SISTEMA DE SAÚDE

Ascensão Apogeu e Queda

SISTEMA DE SAÚDE

JOSÉ POÇAS

Ascensão Apogeu e Queda

Perspetiva baseada num longo percurso profissional e em histórias clínicas e de viagens

BY THE BOOK



Anton van Leeuwenhoek, 1680, Jan Verkolje,
pintor dos Países Baixos (1650-1693)

Curar umas vezes,
aliviar frequentemente,
confortar sempre

Frase de autor desconhecido, atribuída a Hipócrates, o Pai da Medicina,
a William Osler, o Pai da Medicina Interna, ou mesmo a outros venerandos mestres

Quando não encontramos o repouso
em nós próprios, é inútil ir
procurá-lo noutro lado

FRANÇOIS DE LA ROCHEFOUCAULD
Pensador e militar francês, 1613-1680

O mais importante não é a longevidade
mas a intensidade da vida

LÍDIA JORGE
Escritora portuguesa

O livro é um mudo que fala,
um surdo que responde,
um cego que guia,
um morto que vive

PADRE ANTÓNIO VIEIRA
Prelado e pensador português, 1608-1697



Animalculos, 1795, Anton van Leeuwenhoek,
comerciante de lentes e considerado o inventor
do microscópio (1632-1723), transpondo para desenho
as suas observações

DEDICATÓRIAS A ALGUÉM MUITO ESPECIAL, TAL COMO A UM ILUSTRE DESCONHECIDO: AQUELES ABRAÇOS QUE RECORDAREI COM EMOÇÃO PARA SEMPRE 11

ENQUADRAMENTO 19

PREÂMBULO: HISTÓRIAS DE CRIANÇAS 25

PREFÁCIO 37

SER MÉDICO 43

MEDICINA INTERNA 62

DOENÇAS INFECIOSAS 93

O HSB E O CHS 203

O SISTEMA DE SAÚDE E O SNS 295

DA ADOLESCÊNCIA ATÉ À DESPEDIDA DO CHS E DO SNS 555

A MEDICINA, SEMPRE, MAS... MUITO MAIS DO QUE ISSO 589

EPÍLOGO: AS ALTERNATIVAS QUE NÃO EXISTEM 613

POSFÁCIO 629

O AUTOR 635



Micróbios, 2024, Alice Poças Rias
(Nota: Prenda de anos da minha netinha no meu 66º aniversário)

Agradecimentos

Agradeço a todos quantos tornaram a feitura deste livro uma realidade. Esperando não cometer nenhuma omissão, que, se existir, será certamente involuntária, gostaria de manifestar os meus sinceros agradecimentos à Editora ByTheBook, na pessoa da Ana Albuquerque e das suas colaboradoras, por terem sido decisivas, uma vez mais, para que eu tenha conseguido levar a cabo, da melhor forma possível, mais este projeto editorial, que é como que o retrato de um trajeto de vida profissional de várias décadas. Idêntico reconhecimento é inteiramente devido à revisora do texto, Benedita Rolo e à empresa gráfica Grafisol.

A todos os que colaboraram na parte da ilustração, que para mim é sempre muito importante, uma vez que sem a sua ajuda jamais conseguiria ter efetuado o levantamento iconográfico que consegui recolher, onde logicamente incluo as instituições coletivas (Câmara Municipal de Lisboa, através do seu Gabinete de Estudos Olisiponenses, a Misericórdia de Lisboa, bem como as Câmaras Municipais do Porto e de Coimbra). Neste âmbito, é de toda a justiça destacar e reconhecer também o árduo trabalho exaustivo de inventariação efetuado pelo Jorge Chaves, tal como o facto de poder incluir várias representações pictóricas originais elaboradas de propósito pelo Fernando Correia, onde se consegue perscrutar a rara sensibilidade de um genuíno amador. Assim, agradecer a colaboração destes dois amigos, ficará sempre aquém do que efetivamente mereceriam. Mais ainda, o orgulho enorme em poder incluir duas pinturas da minha querida netinha, Alice, que ofereceu este ano aos seus avós maternos no seu 66º aniversário, portadora de uma personalidade e de uma veia artística invulgares para a sua tenra idade, o que permite antever, quem sabe, um eventual futuro brilhante no campo das artes.

À Paula Fortunato e à Maria José Seborro da Ordem dos Médicos, ao Pedro Pedroso e à Sónia Silva da ULS Arrábida e ao Luís Gomes da Microassiste, pela ajuda preciosa na recuperação de ficheiros dos meus artigos publicados dos quais já não dispunha de qualquer exemplar em formato eletrónico editável no meu arquivo pessoal. Ao Jorge Mata, meu advogado, por ter sido de insuperável disponibilidade e competência, quer no acompanhamento do complicadíssimo processo de aposentação da minha esposa e do meu, quer pela forma ponderada com que me aconselhou no diferendo que tive com o CA do CHS.

A todos os que estão citados explicitamente ao longo dos textos, por terem partilhado com espírito solidário os momentos que aqui veem relatados, tal como aos que aceitaram o convite para deixarem umas palavras registadas no livro

(Barros Veloso, Carlos Cortes, Carlos Vasconcelos, José Barata, Paulo Nossa e Pedro Pita Barros), e, ainda, aos que fizeram parte das cerimónias de apresentação (André Martins e Rogério Palma-Rodrigues), porque aceitaram implicitamente ser coniventes com a mensagem que pretendo deixar registada, na esperança que a mesma seja finalmente ouvida por parte de quem pode efetivamente arranjar maneira de fazer com que a minha visão de que a sobrevivência do SNS está mesmo por um fio não se venha a confirmar. Uma palavra adicional muito especial à Leonor Freitas Campos pela sua decisiva ajuda a esta realização, bem como pela sua presença amiga.

Jamais poderia deixar de referenciar, de uma forma genérica, todos aqueles que acabam sempre por ser os mais importantes de todos, mas cuja influência só pode ser percecionada no espírito que acompanhou todo o longo processo de escrita, sentimento que espero que se estenda também a quem venha a fazer a leitura destas páginas: Aos meus doentes, cujas histórias aqui constam, dado que, sem eles, todo o sentido se perderia quase por completo. Aos meus colaboradores destes mais de quarenta anos, porque quase sempre encontrei na grande maioria deles a partilha dos mesmos valores que subjazem à forma como encaro o exercício da profissão que abracei com verdadeiro espírito de missão.

Finalmente, aos meus amigos e à minha família, que tão determinantes foram no modo como vejo a vida, quer fora, quer dentro da Medicina. De entre os primeiros, destaco o casal Drooger (Thomas e Kathy), descendentes de emigrantes dos Países Baixos nos EUA, por terem sido uns verdadeiros Pais dos meus filhos durante a sua estada no Estado do Michigan, com quem já viajei, acompanhado pela minha esposa, a Ana, por diversas ocasiões, quer em Portugal, quer no seu país, e com quem criámos uma rara amizade e uma intensa cumplicidade na forma de encarar o Mundo. De entre os do segundo grupo, a minha avó materna, Lucinda Guerra, que com a sua enorme cultura popular me inspirou indiretamente a dar o título a muitos dos artigos deste livro, pois recordo sempre com imensa saudade os muitos aforismos que sabia adaptar a cada assunto, nas muitas conversas que tivemos, até falecer, já nonagenária. Por fim, porque os últimos são sempre os primeiros, como o povo diz, à Ana, por ser também colega de mister, por partilhar da mesma visão do que é ser-se Médico, que eu aqui expresso, e, não menos importante, por ter sabido tão bem colmatar de forma generosa as minhas frequentes e demoradas ausências do seio familiar provocadas por motivos profissionais, vestindo em simultâneo, muitas vezes, a pela de Mãe e de Pai na educação dos nossos dois filhos.

SETÚBAL, 2024/05/31



Convento de Mafra, século XVIII, autor anónimo, onde se situava uma botica e uma enfermaria que ainda hoje se podem visitar



Doentes Internados Num Hospital Medieval,
1450, autor anónimo, *in Avicenna, Canon Medicinae*,
da Biblioteca Medicea Laurenziana, Florença

DEDICATÓRIAS A ALGUÉM MUITO ESPECIAL, TAL COMO A UM ILUSTRE DESCONHECIDO: AQUELES ABRAÇOS QUE RECORDAREI COM EMOÇÃO PARA SEMPRE

Ao meu Pai, Manuel Poças Martins Leite, que, muito comovido, me deu um apertado abraço no final da tarde do dia 25 de abril de 1974, quando intuiu que a Revolução dos Cravos já era irreversível, exclamando: "Filho, agora já não precisas de imigrar para evitares ter de ir parar à guerra colonial".

Ao meu Filho, João Ricardo Mendes Poças, a quem eu dei dois abraços muitos anos depois e com um sentimento em tudo semelhante, embora em contextos bem diversos. O primeiro, quando no aeroporto de Londres, à vinda de umas férias na denominada "Índia Portuguesa", me despedi dele, por seguir diretamente para os EUA, após curta escala, no intuito de ir para lá estudar durante um ano. O segundo, quando, já licenciado, imigrou pouco tempo depois do seu casamento com a Sara, sua esposa e recém-diplomada, tendo ido viver e trabalhar para o Reino Unido, já lá vai quase uma década.

O meu pai, legitimamente, temia que eu, o filho mais velho e com quase 16 anos nessa altura, viesse a poder morrer na Guerra do Ultramar daí a alguns anos, se a situação política interna do país se mantivesse inalterada, ou que imigrasse para a Suécia, como lhe dissera que faria, e, assim, fosse dado como desertor, sofrendo depois as amargas consequências de não poder voltar tão cedo à casa da família nuclear.

Se, na realidade, este jamais quereria sequer imaginar a hipótese de ver o seu filho "oferecer" o eventual sacrifício da própria vida por uma causa que considerava(mos) injusta e absurda, eu não pretendia, de todo, voltar a confrontar-me com algo idêntico ao que tinha acontecido dois anos antes, quando a minha filha Joana, que estudou também durante um ano letivo na terra do Tio Sam, e que por ter assistido, cerca de duas semanas depois de ali ter chegado, aos dramáticos

atentados às Torres Gémeas em Nova Iorque, motivou a minha consequente ida ao seu encontro ao fim de alguns dias, na companhia da Ana, para nos certificarmos de que se encontrava bem e que era possível arquitetar uma maneira de a evacuar em segurança pelo Canadá, em caso de eventual extrema necessidade.

Tal como não aceitei nada bem ter de me confrontar com a ida do João para outro país, no intuito de arranjar forma de concretizar os naturais anseios de qualquer jovem licenciado: poder ter um emprego que lhe propiciasse uma vida pessoal, familiar e profissional com independência económica, sem ter de se escravizar com o costumeiro multiemprego precário, podendo assim realizar-se com saudável autonomia, sem necessitar da ajuda constante dos seus progenitores, o que significaria reduzir a sua vivência quotidiana apenas a uma permanente e abjeta frustração na luta permanente pela mera sobrevivência com os parcos proventos económicos que então auferia, como infelizmente acontece presentemente a muitos dos jovens portugueses.

Depois do jantar de despedida na casa dos meus compadres, ao chegar a casa, desatei a chorar convulsivamente, exclamando bem alto à Ana: "Nunca poderei perdoar ter-me separado do meu filho nestas circunstâncias, porque tal não resultou de uma simples e respeitável opção de vida do próprio ou para aproveitar uma oportunidade de emprego imperdível que eu compreenderia e aceitaria com naturalidade", como veio a acontecer, alguns anos depois, com a partida da Joana e da sua família para a Argentina. A minha (nossa) frustração era tão só justificada pela falta de condições no país onde nasceu e quereria continuar a viver, se acaso conseguisse ter uma vida semelhante à que veio a encontrar no estrangeiro. Clamei bem alto, eivado de revolta: "Estes políticos reles que nos têm governado não merecem o Povo que têm e estão a asfixiar o futuro da Nação e dos seus Cidadãos de forma irreversível". Ainda por cima, porque fui eu, a Ana e o Zé Beatriz e a Alda, os pais da Sara, a sermos os primeiros a reconhecer que essa era a melhor opção pragmática de vida no imediato, porque os preferíamos ver "bem de vida", ainda que longe, a estarem perto, mas asfixiados com a falta de futuro.

Aos meus dois filhos (Joana e João) porque, quando ainda crianças em idade pré-escolar, foram atrás de mim da mesa de jantar até à porta da rua da nossa casa, agarrados às minhas calças, uma vez que tinha chegado do Hospital alguns minutos antes, para depois ter de sair de novo para ir entrar de urgência no Hospital de S. José, em Lisboa, após ter comido algo muito apressadamente. Abracei-me aos dois, dizendo-lhe que tinha de ser, pois o pai era médico e tinha de ir tratar dos doentes. Ambos exclamaram a chorar de rompante: "Mas, papá, tu ainda acabaste de chegar há pouco a casa vindo do hospital!!!...".

Fechei a porta e corri para não perder o transporte e evitar chegar atrasado às minhas obrigações profissionais, choramingando amarguradamente para dentro e repetindo incessantemente em surdina para mim mesmo: "Nenhuma criança será jamais capaz de entender uma situação destas!!!" Optei por nunca mais o fazer, ficando sempre em Lisboa até depois de jantar nesses dias, na companhia do meu cunhado José Mendes, pois era preferível guardar para o dia seguinte os abraços e os beijos que só poderia dar à pressa na véspera, uma vez que tinha causado antes, involuntariamente, uma maior sensação de perda aos meus filhos do que a que eles passaram a sentir depois, ao verem passar um dia sem ver o seu pai.

Foram crescendo e habituaram-se a ter o pai e a mãe à vez em casa vários dias na semana, pois durante vários anos eu fiz um a dois períodos de urgência semanal de 24h consecutivas, e a Ana, alternadamente, 12h de dia ou de noite. Eu, em Setúbal e na UCI do Hospital Curry Cabral ou na do Hospital do Barreiro, e ela, no Hospital Concelhio de Palmela, desativado passados alguns anos. Talvez que, em parte, devido a estas ausências, a vontade de seguirem a profissão dos pais, como era frequente acontecer noutras gerações e que lhes surgiu espontaneamente por volta dos três anos, extinguiu-se de maneira mais ou menos súbita por volta dos seis, certamente por terem ganho uma maior consciência sobre as circunstâncias que envolveram os traumáticos acontecimentos relatados de que me recordo amiúde, bem como pela vida quase completamente absorvente que viram durante décadas aos seus pais.

O que une o sentido de todos estes dramáticos abraços, corporiza no fundo, a mensagem deste livro. A de que, depois da implantação do regime democrático, muitas das esperanças se goraram, sobretudo no domínio dos cuidados de saúde. O que não quer significar, de todo, que tenha qualquer sentimento de nostalgia pelo regime político derrubado naquela celebérrima data. Pretendo, tão somente, assumir que, independentemente da luta tenaz de mais de quatro décadas pela causa da prestação de cuidados de saúde com humanismo e sentido de missão, bem como pela constante preocupação em refletir muito acerca dessa problemática, opiniões que passei regularmente ao papel e que aqui compilei em livro, não me resta neste momento, infelizmente, qualquer dúvida fundada que, como se depreende da pintura que escolhi para a capa deste livro, o melhor serviço público que se erigiu depois do alvor da democracia entrou numa decadência imparável, realidade que nunca foi verdadeiramente assumida com frontalidade pelos sucessivos governos que têm presidido aos destinos da Nação nas últimas décadas, que jamais se responsabilizaram por pouco ou nada de consequente terem feito para

evitar ou inverter tal declínio, tal como de darem reais condições de vida digna às novas gerações, quer de profissionais de saúde, quer da população em geral, semeando assim uma lógica e inerente descrença no seu amanhã.

O derradeiro abraço que aqui quero deixar registado foi também presenciado pelos meus filhos, estavam eles a frequentar o ensino primário, tendo ocorrido na praia de Santa Mónica, nas imediações de Los Angeles, no Estado da Califórnia dos EUA. Estávamos os três a brincar no areal ao final da tarde, quando um indivíduo mais velho do que eu, suponho que após ter estado algum tempo a observar-nos sem que nenhum de nós o tivesse notado, abeirou-se de mim a falar o idioma castelhano, perguntando-me se éramos portugueses. Respondi-lhe que sim e levantei-me. Este colocou de seguida o seu braço por cima do meu ombro, a olharmos para o imenso oceano Pacífico na nossa frente, cujas ondas nos cobriam intermitentemente os pés ao sabor da maré, e, muito comovido, exclamou de surpresa: "Os nossos dois povos foram os que descobriram quase toda a Terra para a civilização ocidental, como é o caso do Continente Americano onde nos encontramos". Emocionei-me também por aquela terna, embora inesperada, iniciativa, não tendo resistido a dar-lhe um abraço apertado, retorquindo: "Somos povos vizinhos irmãos e esse feito é um legítimo e fundado orgulho ibérico".

Os meus filhos olharam-me um pouco incrédulos, pois o verdadeiro alcance deste simbólico episódio, só muito mais tarde apreenderam, dado que uma das minhas (nossas) preocupações foi a de lhes mostrar tanto Mundo quanto foi possível, durante as duas semanas de férias que tínhamos no verão, por vezes acompanhados de amigos, outras só com a família nuclear. Como será de supor, desconheço a identidade deste personagem, nunca mais o encontrei, e estou convicto que jamais lerá este livro. O que não lhe retira, de maneira nenhuma, o direito a aqui figurar em devido destaque.

Como construir a felicidade num Mundo semeado por insanas guerras fratricidas e atentados eivados de soez brutalidade é ainda outra questão vital à qual importa saber dar resposta consequente, uma vez que todos os aspetos referidos logicamente se interligam muito, simbolizando o âmago dos desafios que os cidadãos e as Nações enfrentam neste presente cheio de trucidantes incertezas. Para tal, considero que é mesmo muito importante aproveitar as oportunidades que o denominado turismo cultural não massificado nos proporciona, no sentido de se promover um saudável entendimento do Mundo e a candente aproximação de todos os Povos que nele habitam, postura que reputo de fundamental à educação das novas gerações para uma cidadania responsável, tal como referi no texto intitulado "Reflexões com espírito natalício em tempos de pandemia sobre

a medicina e as viagens: Uma evocação da memória de seis colegas, em estilo de dedicatória a um doente especial" do livro *Reflexões em Tempos de Pandemia: Histórias de Vida, de Prazer, de Sofrimento e de Morte*.

E, também, afirmar com toda a convicção que jamais poderemos julgar a História com os padrões do presente, mesmo considerando que existem alguns valores que sempre deveriam ter sido intemporais, tais como o respeito por todo o tipo de diferenças, sejam elas decorrentes de quaisquer características ou crenças a cada Ser Humano, desde que todas as pessoas ou os respetivos grupos, sejam eles minoritários ou maioritários, os respeitem, não fazendo mau uso da liberdade com prejuízo de ninguém, como infelizmente aconteceu amiúde ao longo de séculos na Humanidade. A Inquisição, o Holocausto Nazi, o Holodomor, as chacinas dos povos arménio e curdo, ou, mais recentemente, as guerras fratricidas na Europa e no Médio Oriente são disso eloquentes exemplos. Os contextos históricos devem, pois, ser olhados no tempo em que ocorreram, não impedindo tal que assumamos, sempre, a História de cada Povo ou Nação na íntegra. No que tiveram de bom, ou no que hoje temos de considerar menos conforme.

Jamais poderei esquecer o facto de ter tido um impulso perfeitamente espontâneo à saída da visita a Malaca, após ter estado com uma pequena comunidade de pescadores que ainda hoje se autointitulam de Portugueses, onde no botequim de um deles havia inúmeras bandeiras de Portugal e aí bebi uma cerveja Sagres bem fresca ao som de uma música que se assemelhava "estranhamente" a um vira minhoto cantado num crioulo quase impercetível, começando depois a entoar bem alto o Hino Nacional, no que fui imediatamente seguido pela Ana e por alguns colegas e amigos que me acompanhavam, entre os quais o autor do Pósfácio desse livro, Carlos Vasconcelos. Foi indiscritível a emoção que senti partilharmos em conjunto aquele momento, o que jamais me aconteceu de novo.

Daí o subtítulo do livro, porque considero que, para além das histórias clínicas, as das viagens não deixarão de transmitir ao leitor tudo o que pretendo, sendo possível verificar que, no fundo, o que delas podemos colher de ensinamentos para a vida complementa-se de uma forma perfeitamente harmoniosa, de tal modo que, conforme se poderá verificar em muitas delas, conversar com os doentes é como fazer uma viagem pelos seus países, costumes e crenças, que não só pelos candentes aspetos clínicos da sua história familiar e epidemiológica, o que só nos enriquece como Seres Humanos se soubermos dar azo a que tal aconteça, praticando a Medicina como aqui defendo.

SETÚBAL, 2024/05/31



O Retorno do Filho Pródigo, 1669,
Rembrandt van Rijn,
pintor dos Países Baixos (1606-1669)



Hospital Real de Todos os Santos de Lisboa,
painel de azulejos do século XVIII
fabricado por uma oficina lisboeta,
localizado no Museu da Cidade de Lisboa



O Chafariz de El-Rei, século XVI,
pintor desconhecido, que se admite ser uma
representação de Lisboa antes do Terramoto
de 1755, revelador de um inesperado
cosmopolitismo da capital portuguesa

ENQUADRAMENTO

Tendo-me aposentado no início deste ano de 2024 com uma incontida vontade de literalmente "mudar de vida", como soe dizer-se, e tal afirmei no discurso de apresentação do meu último livro, intitulado *Despedidas que Jamais Esquecerei* que ocorreu em dezembro último em Vila Nova de Gaia e em Palmela. Essa genuína intenção consta num texto que integra este livro, tal como o discurso de apresentação do meu livro anterior, realizado em Setúbal, intitulado *Reflexões em Tempos de Pandemia*, integrou, por sua vez, o livro anteriormente referido. Este foi um compromisso que não queria deixar de cumprir, compilando a parte mais significativa do que venho escrevendo acerca da problemática da Saúde no nosso país durante as últimas três décadas e ainda não publicado em livro. A estes, anexei ainda outros textos completamente inéditos e que são fruto de uma constante reflexão, uma vez que a realização desta intenção me é literalmente vital para fazer esse "voltar de página" com a necessária tranquilidade interior.

Assim, o livro aborda diversos assuntos que, embora inter-relacionados, corporizam áreas distintas desta complexa e ampla temática, mas com suficiente individualidade para serem referidas em capítulos diferentes, encadeados necessariamente por ordem cronológica, pois, o respeito pelo enquadramento histórico em que essas publicações foram feitas é algo imprescindível para respeitar com a mínima seriedade intelectual a sua necessária contextualização e consequente interpretação pelos leitores.

Penso ser compreensível o enfoque particular que dei ao que escrevi acerca do SNS, do HSB/CHS e da problemática das Doenças infeciosas, dado que foi sobre estas três temáticas que o número e a extensão dos textos é mais importante, uma vez que, independentemente das minhas outras áreas de especialização médica (Medicina Interna e Medicina do Viajante), a visão sistémica dos problemas, com natural enfoque na instituição onde exerci durante quase quatro décadas, bem como no sistema de saúde onde ela está integrada, é algo que pesou naturalmente de uma forma mais intensa do que nas restantes temáticas. Algumas ideias são repetidas em vários textos, e mesmo em anteriores livros, uma vez que

é minha profunda convicção que teria sido benéfico terem sido atempadamente ouvidas por quem tem funções executivas ao nível governativo e legislativo, no sentido de evitar o caos que se adivinha poder estar próximo e para o qual alertei, tal como outros, desde há muito.

Convém, finalmente, explicitar neste curto introito o que entendo por "mudar de vida" e por "virar a página". O primeiro conceito quer dizer que sinto, após uma entrega consequente e sem reservas durante décadas à causa de trabalhar diariamente para uma instituição até à quase exaustão, no sentido de evitar o meu próprio colapso enquanto pessoa, como se depreenderá da leitura do livro, passar a usufruir do maior luxo da sociedade contemporânea: poder ser dono do meu tempo, algo que só intermitentemente foi possível até ao momento, mas o que não me impediu de o ter sempre perseguido afincadamente, no intuito de um dia poder ver esse desígnio concretizar-se. Não para não fazer nada, nem tampouco para deixar de ser médico ou de exercer ainda clínica por mais algum tempo, mas, essencialmente, para me ocupar também de outros projetos que são de natureza diversa, que ao longo do livro esclarecerei e que são fundamentais à minha realização pessoal enquanto Ser Humano, sendo também uma nova forma de exercitar o meu sentido de cidadania ativa e de continuar a ser útil à sociedade. Persistir a fazer tudo em simultâneo como nos últimos anos intuo com muita clarividência que me iria certamente levar ao colapso a prazo, que é algo que não desejo de todo, nem que alguém me possa em sã consciência exigir.

O segundo conceito significa uma firme e definitiva recusa em continuar num sistema e numa instituição que deixou de respeitar os profissionais e os doentes, tendo ambos hipotecado de forma intolerável a confiança imprescindível ao relacionamento entre Homens e Instituições, quer entre si, quer de uns para os outros, sentimentos e realidades sem os quais deixou de fazer qualquer sentido continuar a desenvolver as funções que exercia, como adiante o leitor melhor poderá entender.

Explicar ainda que, para a ilustração deste livro, procurei fazer um levantamento inédito da representação pictórica ou gráfica de antigos Hospitais (sobretudo os da época Medieval) da cidade de Setúbal, dos da região envolvente e de Lisboa, tal como de outras regiões do país, designadamente do Porto. O que significa também que tenho um gosto muito particular pelo estudo da relação entre esta forma de arte e a atividade médica, o que já me fez proferir várias conferências alusivas e a ter como objetivo fazer um livro sobre esta temática no futuro.

Mas também que me dedico, enquanto mero amador interessado, ao estudo da História, tendo tido um frustrado projeto de Museu dedicado à Malária,

com base no notável acervo documental do ex-Instituto de Malariologia de Águas de Moura, que infelizmente nunca se concretizou, apesar de ter tido um projeto com a garantia de viabilidade por parte da edilidade de Palmela, que foi obstaculizado de forma inqualificável pela Direção do INSA no virar do século, e também pelo próprio Ministério da Saúde, ao ponto de me ter recusado a estar presente na inauguração das novas instalações do CEVDI de Águas de Moura, como expliquei no meu primeiro livro *Ode ou Requiem*.

Tal como, mais recentemente, me ter envolvido em dois outros projetos que espero poder vir a dizer que não ficaram pelo caminho, como soe dizer-se, à semelhança do que aconteceu com a anterior frustrada iniciativa. Um tem como tema: "As pestes e a perseguição religiosa", visando dar realce ao facto de existir uma Gafaria Medieval em Setúbal, cujo portal está classificado como Monumento Nacional desde 1910. O segundo, acerca dos "Tratados Ibéricos", tendo em consideração que o de Tordesilhas foi ratificado no reinado de D. João II na cidade de Setúbal, pela qual este monarca tinha reconhecida predileção, embora se admita que aqui terá tido uma tentativa de assassinato, episódio que estaria registado, de forma alegórica, na "Casa das Quatro Cabeças" que se situa no seu centro histórico. O primeiro destes está apontado para ser edificado no espaço que foi o Hospital João Palmeiro, um dos que existia na Idade Média na cidade, que tem dois quadros que aqui incluí, um deles na contracapa. Ou seja, como aludiu o grande escritor francês Honoré de Balzac, "o Homem morre a primeira vez quando perde o entusiasmo". E isso, como se pode concluir, não faz parte dos meus planos ou da minha postura perante a Vida.

Desta forma, algo alegórica, ao ilustrar este livro com imagens de antigos hospitais e do Terramoto de Lisboa, que destruiu o Hospital que se supõe ter sido um dos mais evoluídos na Europa nessa época, o de Todos os Santos, pretendo deixar bem vincada a ideia que é impossível tomar boas decisões no presente e perspetivar adequadamente o futuro sem conhecer o seu passado. Passado que nos ensina que nos devemos preparar para o imprevisto, como, quer o Terramoto de 1755, quer a recente Pandemia, o confirmam. Em complemento e com o mesmo propósito, a separar os diversos textos de cada capítulo, fiz como que uma História sumária da Medicina que se praticava na época medieval e na transição para o Renascimento através de pungentes ilustrações que cuidadosamente selecionei, no intuito de colocar em evidência o contraste com a medicina atual, onde a sua sofisticação advém de um vertiginoso aperfeiçoamento tecnológico e científico que, na minha perspetiva, jamais deverá colocar em causa a necessária e vital vertente Humanista.

Um derradeiro esclarecimento se impõe. Os textos que escrevi de novo estão todos datados a 31 de maio do corrente ano de 2024, por três razões primordiais. A primeira, porque foi a data em que remeti a maquete do livro para a editora, tal como me tinha comprometido antes, de modo a não atrasar o exigente e laborioso processo de edição. Depois, por coincidir com a data do primeiro aniversário da morte da minha Mãe, a quem dediquei o meu último livro, intitulado *Despedidas que Jamais Esquecerei*, tal como o dediquei também à minha esposa e colega, bem como aos meus doentes, a muitos dos quais o ofereci ao longo do primeiro semestre deste ano. Jamais poderei esquecer os últimos seis meses da Sua vida, durante os quais escrevi muito na sua presença, sempre que os meus afazeres me permitiam e nos períodos em que poderia estar a descansar, pois tentar contribuir para lhe minorar o seu enorme sofrimento, virou então a minha principal missão.

Mas, não o nego, por ter coincidido ainda com a semana em que o atual governo apresentou o seu Plano para o Setor da Saúde, na concretização de um compromisso assumido publicamente aquando da campanha eleitoral das últimas eleições legislativas. Assim, porque não achava nada adequado ou sequer honesto tecer qualquer comentário definitivo acerca do seu conteúdo, até porque o que mais importa será futuramente avaliar o impacto efetivo das medidas que acabarem por ser implementadas, decidi encerrar com esta data a feitura dos textos com que complementei a coleta dos restantes. É que fazer julgamentos muito em cima dos acontecimentos, em circunstâncias como esta, não é uma postura que cultive ou que ache apropriada, mau grado o minha prévia convicção de que, mais uma vez, iremos ficar defraudados nas naturais expetativas, tal como, de resto, se pode depreender da leitura deste livro, tendo em consideração que não antevejo, mediante o que já se passou em alternâncias políticas anteriores, que agora venha a ser muito diferente, para melhor. O que não obsta a que bem gostasse que assim fosse de facto!

Concluindo, durante muito tempo várias pessoas me foram dizendo que o público em geral nunca iria poder ler o que eu ia escrevendo, apesar do interesse que reconheciam, dado que muitas dessas publicações eram efetuadas na Revista da Ordem dos Médicos ou no seu *site* e não na imprensa generalista. Ao que sempre respondia que um dia os haveria de compilar e torná-los públicos em forma de livro. É, assim, o que estou fazendo, quase como se de uma imposição ética de caráter se tratasse perante a sociedade e a minha própria consciência, uma vez que o que não pretendo de todo é que alguém jamais possa vir a dizer que nunca tomou verdadeira noção daquilo que aqui deixo dito para a posteridade, designadamente no que se refere à iníqua desvalorização constante do HSB/CHS,

invocando nunca ter sido realmente alertado para isso de forma explícita e global. No fundo, no intuito de obviar a que a História seja depois adulterada, embora não esconda que se trata, como digo no subtítulo, de uma visão assumidamente pessoal, baseada nas reflexões que fui fazendo acerca da minha longa vivência no âmbito do exercício profissional, em que exerci em diversas instituições de saúde, públicas e privadas. Mas factos serão sempre factos!!! É que este período, no fundo, corresponde exatamente ao que mediou entre a estruturação do SNS, o seu apogeu, e... o seu dramático fenecimento que está à vista de todos.

Uma última chamada de atenção devo fazer constar. Os textos não são todos da minha exclusiva autoria, sendo dois de outras pessoas, um em coautoria com um ex-interno e dois que contaram com o contributo de outros colegas do CHS, tal como está devidamente referenciado em notas no final de cada um. É que escrever, para mim, é realizar aquilo que foi dito de forma eloquente pelo grande escritor italiano Cesare Pavese: "É bom escrever porque reúne as duas alegrias: falar sozinho e falar a uma multidão".

SETÚBAL, 2024/05/31



Hospital Real de Todos os Santos de Lisboa, século XVIII, autor desconhecido



Terramoto de 1755, século XVIII,
João Glama Ströberle, pintor português
(1708-1792)

PREÂMBULO: HISTÓRIAS DE CRIANÇAS

Introdução

Com um estilo que se assemelha ao de um livro de memórias que foi terminado numa época da vida que muitos apelidam de reflexiva, irei começá-lo por recordar alguns episódios que reputo de muito significativos e que ocorreram numa fase muito inicial da minha vida profissional, estava eu a frequentar o estágio de Saúde Pública na companhia da Ana no segundo semestre de 1983. Este tinha a duração de seis meses e realizei-o no Centro de Saúde de Vila Nogueira de Azeitão, nas instalações do edifício que era o antigo Hospital da Misericórdia daquela vila, já de tradição bem vetusta, onde se chegaram a fazer regularmente partos até alguns anos depois do derrube do Estado Novo.

Várias situações me deixaram profundas marcas, de modo a figurarem no meu mais precioso acervo de recordações, uma delas que contarei mais adiante num dos textos deste livro. Todas fizeram com que ficasse indelevelmente marcado para sempre na forma de estar na Medicina e na especialidade pela qual viria mais tarde a optar, tal como a pensar muito acerca da decisiva importância que a influência das condicionantes sociais têm no estado de saúde das pessoas e das populações, e, igualmente, na tipologia organizativa da rede de cuidados e da sua acessibilidade por parte de quem é mais necessitado, o que, no nosso país, corporiza uma grande percentagem dos nacionais, sobretudo nessa altura.

Recordo que essa época se situou temporalmente numa complexa encruzilhada histórica, onde pontificaram o início da estruturação do SNS e o retorno maciço de populações oriundas dos PALOPS, designadamente de Angola, onde grassava uma guerra civil fratricida que impediu que muitos dos que lá quereriam ter permanecido, conseguissem reunir as mínimas condições para ali continuarem a viver, por sentirem que a sua sobrevivência era literalmente posta em causa em muitas circunstâncias do seu pouco banal dia a dia. Assistimos hoje, de novo, à vinda de um enorme contingente de emigrantes, designadamente do Brasil, dada a proximidade da língua comum e a ancestralidade de alguns antepassados em certos casos, razão pela qual vêm amiúde no encalce desses vestígios das suas

remotas raízes familiares. Mas também, e mais uma vez, em busca da segurança e da paz que já não conseguiam ter no país onde nasceram.

Algo que no contexto geopolítico atual nos deve colocar interpelantes reflexões sobre o modo como queremos desenvolver a nossa Pátria e edificar o nosso futuro coletivo. A questão básica é tão só esta, na minha perspetiva: Se exigimos, e, bem, que os nossos imigrantes sejam bem tratados nos países para onde foram viver e trabalhar, e se, como é unanimemente reconhecido, necessitamos de emigrantes para a nossa própria subsistência como país, teremos de os acolher da mesma forma, não pactuando nunca com as redes de tráfico que os exploram de forma completamente desumana. Para mim, não há outra forma de ser coerente. O que significa, também, ter para com os mesmos equivalente grau de exigência no respeito pelas mais básicas regras de cidadania responsável que devemos ter para com os nacionais. Tal como é inadequado e demagógico prontificarmo-nos a receber todos indiscriminadamente, e sempre. Nem mais, nem menos.

O regime anterior à instalação da democracia em Portugal não tratou mal apenas os nativos das ex-colónias, pois a miséria, o analfabetismo, a falta de liberdade de expressão e de condições de vida digna, tal como de padrões de desenvolvimento adequados também afetava muitos dos naturais de Portugal Continental, em especial em vastas zonas rurais do seu interior, tal como nos arquipélagos atlânticos dos Açores e da Madeira, como é incontestável verificar e as histórias que a seguir contarei, que aconteceram no início da década de oitenta do século XX, são disso exemplarmente demonstrativas. Note-se que convém frisar que ocorreram quase às portas da capital do reino, o que se poderia pensar, *a priori,* ser impossível de acontecer!

Na realidade, com a concentração progressiva de populações na periferia dos maiores centros urbanos costeiros, fenómeno que não para de se acentuar e que tem expressão mundial, a miséria social que aí podemos encontrar é, por vezes, embora com características algo distintas, ainda mais acentuada do que a que encontramos nas povoações mais pequenas de onde essas populações saíram, fenómeno que exige respostas que os sucessivos governos não têm conseguido dar a um nível suficientemente satisfatório. O que não deixa de ser uma consequência também do círculo vicioso do encerramento sucessivo de estruturas de apoio social e comunitário, que permitiriam, se fossem antes adaptadas de forma mais harmoniosa e racional, certamente evitar o abandono do interior por parte significativa das populações que optaram por de lá sair desde há muito. Fenómeno que surgiu ao longo do final do século XIX e que cresceu na primeira metade do século XX, e, de novo, na segunda década do século XXI, embora aqui

com características algo diferentes, o que justifica a existência de grandes comunidades de imigrantes portugueses, primeiro nos EUA, no Canadá, no Brasil, na Venezuela, na África do Sul e em vários países europeus, designadamente em França e na Alemanha, e, mais recentemente, também na Inglaterra, tal como aconteceu com o meu próprio filho mais novo.

A primeira História

Uma das funções que tinha naquele estágio era a de fazer a saúde escolar. Saíamos de manhã numa carrinha do Centro de Saúde acompanhados por motorista e enfermeira, com uma regularidade definida superiormente, sendo as visitas devotadas primeiramente às escolas primárias para a verificação da correta aplicação do Plano Nacional de Vacinação Infantil. Um problema que era muito prevalente em quase todas elas era o da má condição da dentição das crianças, coisa que muitos pais diziam não ter muita importância, argumentando, embora erradamente, que a dentição do adulto só mais tarde iria surgir, pelo que a saúde daquela não tinha, para eles, muita importância. Razão pelo que também não entendiam ser ainda muito importante criar precocemente hábitos de higiene oral dos seus filhos. Tudo reflexo não só da baixíssima literacia em saúde, mas também da debilidade económica de muitas das famílias. Bem tentei contrariar estas falsas ideias junto das crianças e dos seus pais, insistindo com os professores para o fazerem também, ciente que, sendo uma atitude importante, não iria certamente ter de futuro, só por si, grandes repercussões na inversão daquela calamitosa situação. Mas tentava insistir sempre, para não ficar com um peso na consciência...

A segunda História

Contudo, algo de muito mais perturbador e inesperado verifiquei um certo dia, quando fui a uma das escolas de uma aldeia que se situava no sopé da serra da Arrábida, onde nunca tinha ido antes e onde nunca mais voltei depois. Tratava-se de uma elevada percentagem de alcoolismo infantil, como só conhecia das histórias muito antigas que se contavam acerca da tradição de dar a comer as famosas "sopas de cavalo cansado" às crianças no norte do país, desde a idade pré-escolar, algo que, apesar de eu ser do Porto, nunca verdadeiramente tinha diretamente observado. A professora confessou a existência daquele fenómeno e

a forte repercussão negativa que ele tinha no rendimento escolar dos seus alunos, ao passo que a enfermeira confirmou que já era sabedora disso, tal como muitos dos habitantes da vila e os meus colegas que anteriormente ali tinham efetuado o mesmo estágio. Fiquei literalmente siderado, até porque nunca tinha disso ouvido sequer falar. Ainda falei com alguns dos seus pais, mas tive a nítida sensação que tal tinha sido, com soe dizer-se, "uma pequena gota num grande oceano", que nenhuma alteração iria produzir...

Como sabia que iria ter ainda que percorrer as restantes escolas primárias da freguesia, a que se seguiriam as secundárias, pensei que, com o ritmo que estava definido superiormente pela ARS de Setúbal, como de facto veio a acontecer, não teria hipótese de ali voltar antes de terminar o estágio, uma vez que esta tinha sido uma das primeiras, ou mesmo a inicial, já não estou bem certo, mas também porque esta atividade, devido às férias escolares, só decorreu em quatro dos seis meses do tempo total do estágio. Contudo, recordo-me muito bem de me ter interrogado a mim mesmo: "O que mais poderia fazer?" Decidi que o mais adequado seria elaborar um relatório circunstanciado, na expectativa de que as autoridades locais hierarquicamente competentes se pronunciassem e anunciassem alguma decisão depois de o analisarem, com eventual cooperação de outras instâncias de índole oficial ou de outra natureza. Tal como a enfermeira que me acompanhou anteviu, ao dizer-me secamente: "Doutor, não vale a pena, eles não lhe vão ligar, dado que os outros seus colegas já antes tomaram também idêntica iniciativa, e... nada!!!" Assim aconteceu mais uma vez de facto: um ensurdecedor e incomodativo silêncio foi a única coisa de que tive notícia.

Muitas vezes dou por mim a pensar que esta história foi a que poderá ter estimulado decisivamente que, passados uns anos, perante algumas disfuncionalidades que sentia serem verdadeiramente intoleráveis e que me impeliam a tentar fazer algo mais do que apenas limitar-me a tecer inconsequentes lamúrias em privado, ou, simplesmente, a "encolher os ombros", comecei a escrever artigos a uma cadência definida pelo ritmo das circunstâncias, mas sempre com o mesmo objetivo de chamar a atenção a quem de direito, pelo que muitos dos textos aqui publicados pela primeira vez em livro (outros já o foram noutros livros publicados antes deste, designadamente nos dois últimos, já que o primeiro não contém nenhum deste âmbito), são "Cartas Abertas" aos sucessivos ministros da Saúde. Que sempre têm optado pelo mesmo tipo de resposta, embora isso nunca me tenha retirado qualquer vontade de continuar na mesma senda!!! Até um dia, que até talvez esteja próximo...

A terceira História

A história seguinte não ocorreu temporalmente muito distante desta última e, tal como a seguinte, envolveu também crianças, razão que poderá ter fortemente contribuído, como o afirmo no meu primeiro livro, *Ode ou Requiem*, para nunca desejar vir a ser Pediatra, pois, crianças, como digo invariavelmente, de preferência, "só as bem saudáveis!!!".

Um certo dia, surgiu uma criança no Centro de Saúde que estaria no início da adolescência, acompanhada pela sua mãe, que insistiu muito veementemente com a enfermeira para que esta solicitasse a um dos médicos ali presentes para a observar. A enfermeira decidiu, então, vir perguntar-me se dava autorização, ao que respondi logo que sim, até por ter persentido alguma preocupação no seu semblante. A criança lá entrou na companhia da sua mãe e eu notei de imediato um odor algo estranho e incomodativo que, só depois, verifiquei de onde tinha origem. Tinham um aspeto, pela cor da pele e a entoação da linguagem, como confirmei depois, de serem oriundas de África, talvez de Angola. Presumi também, pela precária indumentária, que teriam grandes restrições de índole socioeconómica, algo que igualmente no fim verifiquei corresponder à realidade.

Indaguei sobre o que se passava, e, a mãe, sem esperar muito para responder, disse-me, com um ar que transparecia um misto de contida revolta e de extrema preocupação, que tinham vindo fugidas da guerra civil de Angola havia algum tempo, estando presentemente alojadas na casa de um familiar de quem poucas referências tinham antes, mas que havia concordado em acolhê-las temporariamente na sua própria residência, à falta de outra alternativa viável, "por uma mera questão de caridade", como fez questão de afirmar logo no início, dado que também tinha uma vida notoriamente precária em termos profissionais e habitacionais, tal como no que dizia respeito às próprias capacidades financeiras pessoais e familiares. Referiu que o que a preocupava, relativamente, na condição de saúde da sua filha, era algo que já se tinha iniciado no seu país, tendo-se vindo progressivamente a agravar. Tinha consultado um médico na cidade onde vivia, mas não lhe tinham dito de que doença se tratava, sequer receitado qualquer medicamento, ou aconselhado efetuar algum exame.

Perguntei, então, quais eram as queixas objetivas da criança, ao que a mãe me disse finalmente que os dentes da criança, que já eram supostamente da dentição definitiva, estavam sucessivamente a cair, que sangrava muito facilmente das gengivas, pelo que não conseguia comer em condições, e muito menos lavar a boca ou escovar os dentes, exalando cada vez mais um odor pior da boca, ao

ponto de as terem ameaçado que ou se iam embora da casa do familiar, ou arranjavam cura para a filha, porque o ambiente na pequena habitação onde estavam a viver era pouco menos que insuportável, não tendo ainda conseguido encontrar qualquer alternativa, que naturalmente tanto ambicionavam.

Examinei (a custo) a criança, notando que tinha um aspeto emagrecido e pálido, evidenciando um precário estado de higiene, e, ao observar por fim a sua boca, fiquei extasiado com a cor arroxeada das gengivas, que estavam hipertrofiadas, o que jamais havia visto antes em alguém. Além disso, sangravam espontaneamente, sendo igualmente notória a falta de algumas peças dentárias, estando muitas das restantes nitidamente prestes a saltarem fora, e, como já disse, um odor muitíssimo difícil de suportar. A mãe questionou-me logo de seguida, secamente: "Doutor, diga-me por favor que doença tem afinal a minha querida filha", certamente por ter notado que eu próprio não parecia menos apreensivo do que ela.

Esclareci que, sem solicitar alguns exames, não poderia ter a certeza, mas o que aconselhava vivamente era que me deixasse contactar imediatamente o Hospital, para que fosse internada, uma vez que o cabal esclarecimento daquela invulgar situação clínica o aconselhava, por permitir chegar a um diagnóstico mais rapidamente, a que logicamente se seguiria a instituição da terapêutica mais apropriada ao mesmo. Não pestanejou sequer e deu imediatamente o seu consentimento.

Foi então que liguei pelo telefone fixo para o Chefe de Equipa do Serviço de Urgência (ainda estávamos muito longe da época dos telemóveis e dos computadores), e pedi para falar com um pediatra, se por acaso estivesse algum de serviço a essa hora, dado que sabia, por experiência própria, que infelizmente isso nem sempre acontecia. Ao falar com o colega, descrevi-lhe sumariamente o caso clínico, concluindo que poderia ser um escorbuto, cuja descrição só conhecia dos livros de história que contavam a saga das viagens marítimas dos nossos intrépidos marinheiros de antanho ou dos atlas de Medicina que folheava de vez em quando, mas que admitia também poder ser de outra etiologia, designadamente de uma hemopatia maligna. Disse-me concordar com a ida da criança para ser imediatamente internada, mas quanto ao diagnóstico... que não. Embora acrescentasse que considerava que as hipóteses que lhe havia referido não estavam, na verdade, *a priori*, completamente excluídas, de acordo com a sua experiência. Teria logicamente que a observar primeiro e logo se veria depois, tendo assim terminado a nossa conversa.

Disse à mãe para ir de imediato para o Hospital no intuito de ser logo internada e que o colega com quem tinha acabado de falar a aguardava para a observar e realizar exames. Desejei as melhoras e vi-as partir com um certo ar esperançoso, pois tinha realçado que possivelmente seria a primeira hipótese, e que se assim fosse, como vim posteriormente a saber que sim, apesar das dúvidas do colega, o tratamento até era relativamente simples e efetivo, embora exigindo passar a ter uma dieta adequada daí em diante, sobretudo com a ingestão regular de fruta, em particular de citrinos, bem como uma intervenção pela estomatologia. Nunca mais vi estas duas personagens, mas soube que a criança esteve internada uns tempos e recuperou bem com a administração parentérica de vitaminas, em particular da C, a par de uma dieta reforçada, dado que as carências alimentares eram múltiplas. Teriam conseguido arranjar uma vida melhor, é a dúvida que nunca verei esclarecida, tal como me aconteceu a muitos doentes que lhes perdi o rasto, o que é sempre causa de algum incómodo existencial a qualquer médico que se preze.

A quarta História

A última história é, porém, ainda muito mais impactante, pelo que frequentemente a conto, terminando sempre a dizer que "um destes dias a haverei de escrever!". Um outro dia, penso que já depois das outras histórias terem ocorrido, calculo que próximo do final do estágio, surgiu no mesmo Centro de Saúde um jovem casal, insistindo muito para que a enfermeira solicitasse uma consulta urgente com um dos médicos. Mais uma vez acedi, até porque o que fazia eram essencialmente consultas não agendadas, e, às vezes, pequenas cirurgias, em contraste com os clínicos gerais que ali estavam colocados como Médicos de Família, que se ocupavam essencialmente em atender os "seus doentes" regulares. O casal lá entrou passados poucos minutos e verifiquei logo que traziam ao colo uma criança de poucos meses muito embrulhada numa manta, o que mal me permitia ver-lhe a cara.

Disse-lhes para se sentarem e perguntei qual a razão da urgência do pedido, ao que um deles, já não me recordo bem qual, me disse que não eram pais, mas antes tios. Logicamente perguntei, então: "Mas onde é que estão os pais, afinal?" "Doutor, isso é uma história muito complicada, mas já percebemos que lha temos de contar, o que, acredite, muito nos vai custar fazê-lo." Lá fui então informado, certamente com um ar perfeitamente incrédulo, que viviam desde há poucos

anos na vizinha povoação da Quinta do Conde, onde na altura não havia qualquer Centro de Saúde. Tinham-se para aí mudado, vindos das Beiras, para tentarem melhorar o seu padrão de vida, tendo arriscado montar um negócio de venda de mobiliário, na esperança de poder vir a ter sucesso, considerando o facto de ser um lugar em franca expansão imobiliária e demográfica.

Ambos tinham um casal de irmãos casados entre si que haviam ficado na terra natal de onde eram também oriundos. Aqueles, em contraste com os que me estavam a contar aquela história tão inverosímil, tinham um trabalho de mera subsistência, ligado à atividade agrícola e à pecuária, em terras que tinham pertencido a alguns antepassados, morando numa casa feita ainda, como o povo costuma dizer, "à moda antiga", de pedra de granito, com dois pisos, em que o térreo era onde recolhiam à noite o seu gado. Estes eram, pois, os pais daquele recém-nascido. Fiquei a saber que ambos tinham uma certa debilidade mental e os familiares mais chegados tinham pedido encarecidamente ao padre da aldeia para não os casar, mas infrutiferamente.

Aquela criança já não era o primeiro filho do casal, pessoas que, ainda por cima, nas horas vagas, tinham o hábito de beberem imenso vinho no final de cada dia de trabalho, quando não logo de manhã, o célebre "mata-bicho" da expressão popular, o que preocupava ainda mais os seus familiares que ao enlace de ambos se tinham tentado opor, embora sem êxito afinal. Os seus filhos lá foram nascendo ao sabor das leis da Natureza, dado que não utilizavam qualquer método anticoncecional. Não posso recordar ao certo quantos já tinham tido, mas, o que era ainda mais grave era o facto de os deixarem, assim que começavam a gatinhar com alguma desenvoltura, entregues a si mesmas no corredor da casa, tendo, apesar de tudo, "o cuidado" de deixar bem fechadas todas as portas, não fosse haver alguma queda que os pudesse magoar. Distribuíam bocados de pão pelo chão e também malgas com água e com leite, para que estas se fossem alimentando. Saíam para o campo de manhã e só voltavam ao final da tarde, embora a mãe ali fizesse uma curta incursão a meio da jorna. Algumas já haviam morrido, ao que os seus pais argumentavam simplesmente "que era porque tinha de ser".

Foi neste contexto que aquele casal de tios decidiu ir buscar a pobre criança, antes que lhe acontecesse o mesmo que aos seus irmãos. Como ainda estavam em início de vida e tinham filhos biológicos, decidiram que o melhor era proporem-no para a adoção. Concluíram que "apenas" queriam saber se ela estaria bem de saúde, para desencadearem o processo. Perguntei-lhes, então, se tinha o plano vacinal atualizado e se achavam que a vitalidade da criança era a normal, atendendo a que já tinham a experiência de terem sido pais e terem criado os seus

próprios filhos, bem como se se alimentava adequadamente, nomeadamente, se bebia bem a água e o leite pelo biberão, ao que me disseram que, depois dos primeiros dias, passados num hospital, onde o trataram de uma abstinência alcoólica, tal como já tinha acontecido antes aos seus irmãos, tudo estaria a correr, na aparência, com normalidade.

Lá observei a criança o melhor que pude e, de facto, nada de muito preocupante notei, mas o veredito final implicava a realização de alguns exames auxiliares de diagnóstico sob a orientação, de preferência, de um pediatra. Acrescentei ainda que só o tempo poderia vir a dizer se existiriam efetivamente sequelas e em que grau, não sendo nunca possível de antecipar isso com segurança absoluta. Aceitaram a sugestão, agradeceram-me, e lá saíram, penso que um pouco mais tranquilos.

Eu é que não fiquei nada cómodo com o que acabava de ouvir, pois, se ainda não era pai, mas tinha tido uma família estruturada, carinhosa e responsável, nem sequer conseguia imaginar o que seria nascer e viver num cenário idêntico ou de estar na pele daqueles pobres tios. Convém esclarecer que, naquela altura, a medicina e os apoios sociais não eram o que felizmente são hoje, onde nem sequer havia uma Comissão de Proteção de Menores em Risco, e como o menor parecia estar em boas mãos, tendo já estado internado num hospital, apesar de já existirem Tribunais de Menores, como não existia no posto assistente social, achei que a orientação que tinha dado, mau grado a minha inexperiência, não tinha sido descabida de todo... Até porque, estava também certo que, ao pretenderem concretizar o processo legal de adoção, certamente que teriam de reunir este tipo de pareceres mais especializados!

Conclusões

Tal como fiz num outro artigo deste livro intitulado "Algumas considerações acerca de uma (mera) questão de Confiança, a propósito de duas Efemérides (exemplares) e de duas Histórias verídicas", cujo texto serviu de discurso no *terminus* do segundo mandato em que presidi à Distrital da Ordem dos Médicos, em Setúbal, e onde contei uma outra história em que tive de assistir uma jurista brasileira em pleno voo no interior desse país, que acabou comigo a dirigir-me aos socorristas que se deslocaram de ambulância para a pista, e, em vez de a levarem imediatamente para o Hospital Universitário da cidade capital daquele Estado, estavam antes primeiramente interessados em saber que tipo de seguro de saúde

é que a senhora tinha, para decidirem a orientação a dar-lhe a seguir, a dizer-lhes textualmente com muitos decibéis "levem esta doente o mais depressa possível para o melhor e mais próximo hospital disponível, para que seja convenientemente tratada, uma vez que corre perigo iminente de vida (pensei em enfarte agudo do miocárdio ou em embolia pulmonar, pela sintomatologia), e, depois, que alguém apure quanto custa e quem paga, mas não agora e aqui". Acrescentei, "é assim que acontece em Portugal, e é isso que deveria acontecer hoje e em todo o lado também!". Terminei esse texto a deixar uma mensagem à Ministra da Saúde, a quem remeti esse escrito do qual fiz dele uma Carta Aberta: "Nunca permita que isso se passe, algum dia, no nosso País!" Se se atender à última história com que acabo o último capítulo, poder-se-á verificar que o meu pedido não foi, infelizmente, de facto, atendido.

Mas atrevo-me a pedir, neste preâmbulo, aos Dirigentes Políticos que neste momento estão em funções governativas e aos que se seguirão nesse posto, o seguinte: Não deixem que cenários como os que descrevi com estas crianças voltem a acontecer em Portugal.

Ser médico é, em simultâneo, dar voz à ética no Ato Médico e ao humanismo na relação Médico-Doente, tal como falar pela dos próprios doentes. Este livro é isso, e por tal conto sempre muitas histórias clínicas e de viagens, no intuito da mensagem ser melhor apreendida.

SETÚBAL, 2024/05/31



Marquês de Pombal e o Plano de Reconstrução de Lisboa depois do Terramoto de 1755, 1766,
Louis-Michel van Loo, pintor francês (1707-1771)



Lisboa antes e durante o Terramoto de 1755,
século XVIII, Mateus Sautter,
ilustrador germânico, do mesmo século

PREFÁCIO

PEDRO PITA BARROS,
Nova School of Business and Economics,
Universidade Nova de Lisboa

José Poças construiu este livro como um testemunho das suas observações e reflexões sobre a atividade profissional desempenhada ao longo de décadas. As questões abordadas vão desde a natureza da relação do médico com a sua profissão até à organização geral do sistema de saúde. Por debaixo de um tom por vezes indignado, e frequentemente apaixonado pela sua profissão, o autor revela inconformismo com o que vê como estando a falhar, e agradecimento pelas alegrias que teve.

O leitor irá deparar-se com textos de registo intimista e com textos formais, com textos dirigidos a pessoas e entidades específicas, e com textos para o público em geral. É um testemunho do mundo dinâmico e muitas vezes tumultuoso do sistema de saúde, do Serviço Nacional de Saúde, e do hospital onde mais tempo exerceu atividade (Hospital de São Bernardo, Setúbal).

Este livro é escrito a partir da perspetiva de alguém profundamente inserido no sistema de saúde português e no Serviço Nacional de Saúde. As experiências profissionais do autor proporcionaram-lhe a oportunidade de testemunhar em primeira mão as mudanças e desafios que o SNS enfrenta. Esta perspetiva é enriquecida por histórias da prática clínica e de viagens, oferecendo uma visão global do percurso do sistema de saúde e de um médico do Serviço Nacional de Saúde. É uma perspetiva que valoriza ora os aspetos humanos ora os aspetos sistémicos dos cuidados de saúde. Do ponto de vista pessoal sobressai a dedicação à família. É um elemento essencial do seu percurso.

O livro está organizado em várias secções, cada uma com um foco em diferentes aspetos do sistema de saúde. Inicia-se com histórias e reflexões pessoais, fornecendo um contexto humano para as questões sistémicas discutidas posteriormente. Os capítulos seguintes aprofundam-se em temas específicos, como a medicina interna, as doenças infeciosas, o papel dos grandes hospitais e o sistema de saúde em geral.

O início do percurso do autor, com o estágio de Saúde Pública em Vila Nogueira de Azeitão, deixou sementes para um futuro onde a reflexão sobre a atividade desenvolvida passou a ser recorrente. Essa experiência inicial acaba por formar um modo próprio de olhar para o papel do médico e para o funcionamento

das unidades que prestam cuidados de saúde. Os dramas humanos observados em primeira mão deixaram "cicatrizes" profundas no profissional de saúde que é José Poças.

O nascer do SNS e os seus primeiros anos levam a uma visão global que se torna presente nas reflexões futuras. E também alimentam uma vontade de intervenção cívica, expressa frequentemente por escrito em jeito de exigência de que se faça melhor, mesmo que por vezes receba o silêncio oficial como resposta. Nesta intervenção cívica escrita, fica evidente o gosto pelas expressões fortes como estilo pessoal.

Partindo do tema amplo "Ser médico", é de assinalar a recorrente tensão entre o médico que "cuida" e a "vertigem tecnológica" das últimas décadas, com as dificuldades trazidas pelo uso acrítico da tecnologia ao estabelecimento da relação médico-doente (onde tem de prevalecer a ética, a empatia e a humanização, nas palavras do autor). Vários dos textos do livro abordam, explicitamente ou implicitamente, o papel da informação crescente, proporcionada pelos desenvolvimentos tecnológicos, que o médico tem e a responsabilidade que o uso dessa informação acarreta.

Dada a formação do autor, não surpreende que haja reflexões sobre a Medicina Interna, enquanto especialidade dentro da Medicina. Há uma reflexão sobre o que é, e que papel tem. No percurso profissional do autor assumiu destaque a Infeciologia, e há por isso textos sobre as doenças que mais preocupavam o autor. Inclui-se aqui a SIDA, o seu despertar e mais tarde o domínio da doença com as terapêuticas que foram surgindo. Esta é uma temática que vem desde a década de 1990. No seu percurso, o autor percebe a evolução das oportunidades terapêuticas e a hesitação da atuação política face a essa evolução.

Mais recentemente, o autor trata do papel da crise económica no início da segunda década deste século. Essa crise económica gerou efeitos do lado da procura de cuidados de saúde e do lado da oferta, bem como as consequências que teve sobre os cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde. Nos textos a partir de 2010 surge com frequência a referência às condições de trabalho (com termos como "profunda desmotivação e revolta contida", ainda aplicáveis mais de 10 anos depois dos textos terem sido escritos).

A intervenção cívica sobre os objetivos e o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, revelando a incapacidade em aceitar o silêncio e a indiferença como resposta às sucessivas chamadas de atenção, sobressaem nos últimos anos. Sempre numa lógica de melhorar a saúde das pessoas. Não surpreende por isso a existência de um conjunto de textos tendo por tema o Sistema de Saúde e o SNS.

Nesta fase mais final do percurso profissional, a experiência acumulada leva o autor a refletir sobre a organização do Sistema de Saúde. Refere a concentração de todos os subsistemas (públicos, suponho) dentro do SNS enquanto Seguro Público universal obrigatório de Saúde, o que é na verdade o reconhecimento da necessidade de (re)avaliar o papel de proteção financeira contra riscos de despesa em cuidados de saúde que o SNS dá a cada residente em Portugal.

Há variadas sugestões de operacionalização e melhoria de funcionamento dos serviços de saúde públicos, contendo elementos de exploração de economias de escala, aumento de acesso dos cidadãos e melhorias de eficiência por redefinição de circuitos, de relações entre instituições e de aproveitamento, mas não de endeusamento das novas oportunidades tecnológicas de comunicação e organização digital.

A conjugação da "aritmética financeira" com as necessidades de desenvolvimento das unidades do SNS esteve e está presente nos textos do autor, ilustração de uma situação mais geral de incapacidade de gerar políticas públicas que aproveitem a experiência dos profissionais de saúde e que consigam transmitir uma lógica de caminho coerente (que por vezes aparenta não existir), criticando medidas e decisões avulsas com efeitos negativos e eventualmente menos rentáveis sobre o funcionamento do SNS.

Aliás, a falta de coerência das políticas seguidas é alvo frequente da prosa de José Poças. Um exemplo de "revolta" ilustrativo é o propósito, há quase 20 anos, de limitar o crescimento da despesa com medicamentos hospitalares numa área terapêutica específica: essa despesa depende da prescrição realizada, do número de doentes em terapêutica e do preço acordado para o medicamento. Ter como objetivo limitar a despesa não pode ser feito com base na limitação do acesso dos doentes às terapêuticas de que necessitam.

As relações laborais dos médicos, enquanto classe profissional, com o empregador Serviço Nacional de Saúde são também abordadas pelo autor. O Estado como "pessoa de bem" nas relações contratuais com os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, recebeu especial atenção ao longo das várias décadas de reflexão escrita do autor. E destaca-se a posição quanto à exclusividade dos médicos na sua relação com o Serviço Nacional de Saúde. É um tema sensível, que reemerge na discussão pública de anos a anos, e onde a emotividade, os incentivos implícitos e explícitos, e a política se entrecruzam de forma nem sempre feliz. Do autor, temos a perspetiva em cada momento, dadas as circunstâncias económicas e políticas da época.

Este livro destina-se a um público alargado, incluindo profissionais de saúde, decisores políticos, estudantes e qualquer pessoa interessada no funcionamento dos sistemas de saúde. Procura fornecer uma visão de um percurso que possa informar a prática das novas gerações, a política e a interpretação pessoal desse percurso.

Este livro é mais do que uma coletânea de reflexões; é um apelo à ação. Ao virar estas páginas, encoraja o leitor a pensar criticamente sobre o nosso sistema de saúde e a considerar como podemos trabalhar coletivamente para a sua melhoria. A sobrevivência e a eficácia do SNS dependem do nosso esforço coletivo para manter cuidados de saúde equitativos e de qualidade.

Em conclusão, este livro é o reflexo de uma vida dedicada à saúde dos outros. Que inspire, informe e desencadeie um diálogo significativo sobre o futuro do nosso sistema de saúde.

LISBOA, 21 DE JULHO DE 2024



Hospital Real de Todos os Santos em Lisboa, 1940, Jaime Martins Barata, artista plástico português (1899-1970)



Ruínas da Opera do Tejo após o Terramoto de 1755,
1777, Jacques-Phillippe Le Bas,
ilustrador francês (1707-1783)

SER MÉDICO

Contextualização

Apesar deste capítulo do livro "só" ter três textos e separados por vários anos entre si, tal não significa que desvalorize esta temática. O facto de optar por a colocar no início do livro quer dizer que lhe atribuo uma importância capital, ao ponto de já ter escrito muito sobre ela, ter efetuado muitas apresentações alusivas ao longo de vários anos, bem como de ter tido a iniciativa de idealizar e de levar a cabo a publicação do livro *A Relação Médico-Doente* da Ordem dos Médicos, na qualidade de editor-coordenador e de coautor, com a preciosa colaboração de dezenas de colegas, que visava contribuir para que esta fosse considerada pela UNESCO um Património Imaterial da Humanidade, objetivo ainda por cumprir, carecendo de um comprometimento institucional que tem de ser aprofundado. Aliás, os meus três livros, tal como este, abordam, na sua essência, este candente tema, estando no prelo dois artigos a ele alusivos num livro editado no estrangeiro por uma Editora muito conceituada no meio científico médico, a Springer Verlag, para o qual fui convidado a escrever, na sequência de um Congresso Internacional sobre Ética realizado em 2022 no Porto.

A humanização do ato médico é aquilo que deve ser a base de todos os médicos que exercem clínica, independentemente da sua especialidade. O respeito pela ética e pela deontologia profissionais são o seu lastro e disso jamais nos podemos divorciar. Por tal, nunca deixo de contar histórias de doentes nos artigos ou nos livros que escrevo, não sendo este exceção. Não consigo entender que se possa transmitir aos leitores uma convicta e vital mensagem de humanismo sem que os mesmos sintam que os princípios que se expõem e se defendem não são apenas uma mera abstração, mas antes o resultado de vivências reais que envolveram pessoas concretas, onde sempre esteve presente a empatia, o respeito, a compaixão, o espírito de dádiva, a vontade de ajudar a minorar o sofrimento alheio, a capacidade de partilhar a alegria, e a disponibilidade para ouvir e fazer entender a mensagem que é tida como a mais adequada e adaptada a cada um

dos cenários que se nos apresentam. Como dizia recentemente a enfermeira Carmen Garcia na sua coluna semanal no suplemento de domingo do jornal *O Público*, "não há nada que a nossa voz não abra". É através deste tipo de diálogo que se pode melhor concretizar o Ato Médico e Relação Médico-Doente no seu sentido mais genuíno, embora necessariamente lato, pois abrange todo o tipo de Cuidadores, mesmo para além dos Médicos.

Atente-se à história clínica do doente que serve de mote ao primeiro texto que a seguir apresento, porque ela corporiza precisamente tudo aquilo que se pode dissertar acerca deste assunto, e, deste modo, poderá o leitor imaginar o que intimamente senti ao ler os livros que o doente escreveu, ou quando mos oferecia em cada consulta que compareceu ao longo de vários anos, depois de ter tido alta do internamento que foi despoletado por um episódio de paragem cardiorrespiratória escassos minutos após ter dado entrada no Hospital pelo Serviço de Urgência, no qual eu mesmo o reanimei com a colaboração de um dos meus internos da altura, colega Mário Parreira.

A sensação reconfortante que me invadia e que atingiu um patamar próximo do de estar investido de algum poder "divino", tendo em consideração que, para o doente, ter voltado à vida, eu era quase desse modo encarado por si, como se pode depreender da leitura dos seus três poemas que a seguir refiro, é algo que é mesmo impossível de resumir num simples texto, ficando antes como uma réstia indestrutível na memória que é sempre saboroso recordar, o que nos permite concluir que ser médico de corpo inteiro é, efetivamente, a mais bela profissão a que alguém se pode jamais dedicar. Os doentes sabem-no bem e esse reconhecimento é a única base do denominado "Poder Médico", que outros malevolamente e com menos nobres intenções, pretendem abusivamente dar uma conotação diversa, que nada tem a ver com a sua genuína e intemporal essência. Os inúmeros e inesquecíveis diálogos que travei com este doente (e com muitos outros, alguns deles ainda não escritos) fazem-me invocar uma citação na qual me revejo completamente, da autoria de um grande neurocientista argentino Mariano Sigman, que afirmou de forma sublime: "Uma boa conversa dá-nos a capacidade de ver o mundo através dos olhos de outra pessoa". É esse sentir o outro que para mim melhor define a postura do médico perante o seu doente.

Contudo, deve reconhecer-se que ser médico e exercer clínica não são conceitos completamente estanques e coincidentes. Pode exercer-se clínica sem se ser verdadeiramente médico segundo o conceito que defendo, tal como não ser suposto ter uma interação direta com o doente e ser-se um médico com toda a

propriedade. O verdadeiro fosso que existe resulta, antes, muito mais da postura que se tem perante o outro (doente, um pedaço do seu corpo, um familiar, um colega de profissão, a hierarquia, etc.), do que exercer um ato médico de forma acintosamente despersonalizada ou com repugnantes intuitos mercantilistas. Frei Bento Domingues resumiu magistralmente este sentir a Medicina, ao escrever na sua coluna semanal de domingo no jornal *O Público* que "existem doenças incuráveis, mas não existem doenças incuidáveis". A que acrescentaria que, quem não se rever nesta máxima, não pode ser verdadeiramente considerado Médico.

SETÚBAL, 2024/05/31

Morreu o poeta, não morreu a poesia

A medicina moderna tem-se caracterizado ultimamente pela dependência, cada vez mais notória, da tecnologia, cuja evolução tem sido verdadeiramente vertiginosa. Decorrente diretamente deste facto, o médico do tempo presente tem que demonstrar uma persistente capacidade adaptativa. Neste processo, deve saber conciliar duas realidades, aparentemente antagónicas: A necessidade de acompanhar os constantes e complexos progressos técnico-científicos e a sensibilidade para saber estabelecer uma relação médico-doente, imbuída dos mais genuínos princípios humanísticos de que a sociedade contemporânea está tão carenciada.

Na maioria dos hospitais públicos portugueses, onde as condições hoteleiras são bastante precárias e envelhecidas, onde existe uma excessiva burocratização dos registos clínicos, que constitui um obstáculo significativo à tão importante confidencialidade do ato médico, onde a formação profissional e humanitária da grande parte dos funcionários auxiliares e administrativos é extremamente deficiente, e onde se verifica ainda a coexistência de problemas socioeconómicos que atestam uma degradante vivência quotidiana de muitos dos doentes que recorrem aos denominados cuidados diferenciados de saúde, a possibilidade de se estabelecer uma tal relação com as características já definidas torna-se, pois, muito mais difícil, exigindo do clínico uma permanente e desgastante preocupação neste domínio.

Não é por acaso que se assiste a um número cada vez maior de médicos orientar as suas vocações para especialidades progressivamente mais divorciadas do contacto direto com o enfermo, preferindo antes o refúgio na execução de técnicas auxiliares de diagnóstico ou de atividades de caráter administrativo, o que constitui um reconhecimento de facto, muitas vezes implícito e inconsciente, da dificuldade decorrente desta realidade e que, como seres humanos, estes não conseguem elaborar de forma a sentirem-se realizados profissionalmente no desempenho de atividades clínicas!

Um dos avanços mais notórios registados nas últimas décadas consistiu precisamente na capacidade que o médico tem hoje em dia, em algumas circunstâncias, de interferir ativamente na evolução clínica de certas doenças súbitas, invertendo o curso lógico dos acontecimentos, que, a curtíssimo prazo, poderiam conduzir inevitavelmente à morte do doente!

A reanimação cardiorrespiratória é uma prática constante da generalidade dos médicos que trabalham nos serviços de urgência dos nossos hospitais e permitiu, com a sua vulgarização, que o cidadão comum passasse a encarar o médico não só como o amigo e conselheiro de antigamente, mas também, e acima de tudo, como alguém que tem poderes que, nas sociedades menos evoluídas e em tempos mais recuados, eram atributo exclusivo dos deuses! E, mais ainda, que as suas famílias quase que lhe exigem que os exerça, praticamente, de uma forma indiscriminada!

Esta realidade conduziu igualmente a uma importante mudança qualitativa no processo de relacionamento médico-doente-família e também, por sua vez, de todos estes com o verdadeiro mistério simbolizado pela dicotomia vida-morte.

Também não é por acaso que se assiste, progressivamente, a um número cada vez maior de pessoas vir morrer ao hospital, por vezes em condições bem mais desumanas do que as que se verificariam no leito da sua própria casa. As famílias já não conseguem tolerar o processo de acompanhamento dos doentes crónicos ou geriátricos com doenças em fase terminal, onde a única ação médica legítima é a do alívio da dor e do sofrimento físico e psicológico, na melhor tradição hipocrática. Quantas vezes o carinho da família e o calor humano do próprio lar não seriam bem mais reconfortantes para o moribundo, do que a frieza e a impessoalidade dos hospitais que, neste contexto, se assemelham muito mais a asilos, do que a unidades prestadoras dos tão necessários cuidados de saúde personalizados!?...

Contudo, a dita medicina defensiva que cada vez nos vemos na necessidade de praticar com mais frequência, proveniente dos exageros da necessária e inevitável consciencialização dos doentes e suas respetivas famílias relativamente aos

seus direitos de questionar a má prática médica, conduziram a situações que vulgarmente em nada dignificam o exercício da medicina e não trazem nenhum tipo de conforto e dignidade à generalidade das pessoas.

É óbvio que todas estas condicionantes não legitimam, em caso algum, a recusa cega e obstinada na utilização de tão numerosas e necessárias armas terapêuticas e meios tecnológicos de diagnóstico que reivindicamos, com justificação, ter constantemente à nossa disposição, ou a submissão exclusiva do seu uso a critérios puramente economicistas, que a hipocrisia e o cinismo dos *Big Brother* dos diversos poderes instalados nos pretendem convencer a assumir, contrariando as corretas normas deontológicas da nossa velha e ilustre profissão.

A decisão de se proceder ao início de manobras de reanimação cardiorrespiratória é uma atitude que não é padronizável ou passível de ser protocolada em todas as suas condicionantes e pormenores, devendo antes ser objeto de ponderação, caso a caso, e ser encarada, em primeira e última instância, como um dos atos médicos mais dignificantes e responsáveis. Deve também pressupor, sempre, durante todo o seu curso, uma profunda convicção nos mais elementares direitos do Ser Humano e ser desprovida de qualquer falsa pretensão divina, eticamente condenável.

Estes considerandos iniciais servem apenas de pretexto para uma reflexão sobre um caso clínico vivenciado pelos autores deste trabalho e que ilustra bem, pela sua raridade e conteúdo humanístico, os princípios previamente já enunciados.

Trata-se de um doente E. C., 85 anos, sexo masculino, admitido no Serviço de Urgência do Hospital de S. Bernardo em Setúbal, num fim de manhã de um certo dia do ano de 1991. Recorrera a este serviço por um quadro clínico caracterizado por dispneia e desconforto precordial de instalação progressivas. Referia, nos antecedentes pessoais, queixas compatíveis com Insuficiência Coronária Crónica, Insuficiência Cardíaca Congestiva e HTA, desconhecendo-se na altura da admissão a medicação que efetuava em ambulatório. Após uma observação clínica inicial, foi conduzido à sala de ECG, onde, subitamente, entrou em edema agudo do pulmão, seguido de paragem respiratória, volvidos alguns instantes.

Alertados de imediato, os médicos responsáveis pelo SO e a Reanimação, perante a ausência de outra alternativa (a sala de ECG era exígua, o doente bastante pesado, e a sala de reanimação estava ocupada com outro doente ventilado!...), arrastaram a maca onde o doente se encontrava deitado, ao longo do corredor do SO, procederam rapidamente a uma entubação orotraqueal e iniciaram de pronto as manobras de reanimação cardiorrespiratória.

O monitor cardíaco mostrava, primeiramente, uma assistolia, e, posteriormente, ao longo dos cerca de 60 minutos que duraram estas manobras, períodos de taquicardia e fibrilação ventriculares, tratadas com êxito com terapêutica farmacológica e cardioversão elétrica, adequadas a estas circunstâncias. Durante todo este tempo, foi ventilado com ambu e nunca apresentou sinais clínicos de sofrimento cerebral, tendo sido ligado ao ventilador logo após o outro doente ter sido transferido para a UCI do hospital.

Assim que foi exequível, realizou os exames auxiliares de diagnóstico inerentes à circunstância, que evidenciaram: ECG – cicatriz de EAM da parede anterior; Ecocardiograma- dilatação aneurismática da ponta do VE, com uma FE reduzida e diminuição global da contratilidade cardíaca; Rx Tórax – dilatação e calcificação da croça da aorta, proeminência do arco do ventrículo esquerdo e sinais de estase pulmonar; Análises- que excluíam a presença de um EAM.

O doente evoluiu muito bem do ponto de vista clínico, tendo-se inclusive autoextubado ao fim de aproximadamente 12 horas do episódio de paragem cardiorrespiratória. Foi transferido para a enfermaria de Medicina Interna II, onde permaneceu uma semana, tendo realizado: TAC Torácico, que confirmou a existência de um aneurisma da aorta ascendente; *Holter*, que evidenciou numerosos períodos de extrassistolia ventricular; bem como uma prova de esforço positiva para doença coronária. Passou a ser seguido em consultas externas de Medicina Interna e de Cardiologia, tendo vindo a falecer três anos e meio mais tarde, com um bloqueio AV completo.

Durante todo este período não voltou a ter necessidade de ser internado e teve uma qualidade de vida ótima, cumprindo rigorosamente a medicação prescrita e comparecendo sempre às consultas médicas previamente agendadas, tendo inclusive de cuidar diariamente da sua esposa, também de provecta idade e acamada por sequelas graves de um AVC ocorrido cerca de dez anos antes.

Para além da curiosidade clínica que representa este caso, o que nos impressionou ainda mais e o tornou ainda verdadeiramente mais invulgar foram os condicionalismos de caráter humano que envolveram o mesmo.

É que o Sr. E. C. era um simples mestre de obras, reformado por volta dos 75 anos, não tinha frequentado sequer qualquer tipo de instrução oficial, tendo aprendido a ler e escrever "na escola da vida", como nos costumava dizer. Era frequentador assíduo, nas poucas horas livres que dispunha, de uma pequena tertúlia de café, que incluía, nomeadamente, alguns conhecidos poetas populares da cidade de Setúbal.

Sempre se tinha sentido atraído pelo mundo das letras, lamentando-se, contudo, durante várias décadas, de não ter tido tempo para passar à escrita todos os poemas que guardava em sua magnífica memória. A sua maior ambição era, pois, chegar à reforma e poder, finalmente, dedicar-se à escrita!

Quis o seu destino, porém, que sua adorada esposa adoecesse gravemente, tendo ficado de tal maneira dependente de seu marido que este teve que se conformar com um adiar, quase eterno, da concretização dos seus sonhos.

Ora o mais curioso da questão é que foi precisamente após se ter verificado a ocorrência do referido episódio de paragem cardiorrespiratória que o escritor parece ter desabrochado definitivamente, tendo dado à estampa três dos seus seis livros de poemas, intitulados por ordem cronológica, "Pétalas na Corrente", "Alentejo" e, sugestivamente, "Sol-Poente", do qual foram extraídos os poemas que a seguir transcrevemos, dedicados aos autores deste texto:

PARAGEM RESPIRATÓRIA

Numa tarde fria do mês de janeiro
Descambava o Sol já pró Ocidente
Creio q'a vinte e um, não estou bem ciente,
Resolvi morrer deixando a doente
Mas não consentiram q'eu fosse primeiro.

Uns homens de branco p'ronde me levaram
Fizeram barreira em frente da morte!
Que por fim um deles, num arranque forte
Espancou a morte, que todos vaiaram!

E assim foi que voltei e ainda cá estou,
Para aquilo que Deus me tem reservado;
Mas terei que ter com ela cuidado,
Que se me descuido sou logo levado
Não sei esse quando, mas sei bem que vou!...

RECONHECIMENTO

Pelo acolhimento com que sou tratado
E o calor humano tão suave e doce,
Dou ao sofrimento – q'em paga me trouxe,
Graças que recebo e a que estou ligado!

Neste Mundo em crise d'amor semeado,
Ainda nem tudo se perdeu, que fosse
Irrecuperável, e meu ser curou-se,
Dum mal que eu supunha não ser libertado!

Dois Homens de Bem são o meu suporte,
Qualquer deles pronto a lutar c'oa sorte
Tudo em meu proveito, e em constante luta!

Ambos são formados, bata cor de neve,
Se um é a cabeça que pensa e prescreve...
O outro é o braço, leal, que executa!

A DIZER ADEUS À VIDA!

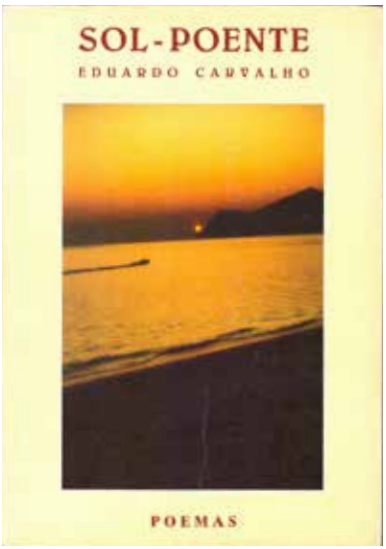
Sinto que vou na descida
em corrida extenuante,
Como pobre agonizante
A dizer adeus à vida!

Com a esperança assaz perdida,
Caindo de instante a instante...
Pedindo a quem me levante
Sinto que vou na descida!

Pobre peregrino errante
Sem reta preconcebida,
Aos tombos como ave ferida
Em corrida extenuante!

Como a vida é já distante
Tão longe e tão dolorida...
Assim eu na recaída
Sou um pobre agonizante!

Minha fé ao alto erguida,
Vai comigo por garante!
E eu vou indo na vazante...
A dizer adeus à vida!



Capa do Livro *Sol Poente*, 1991,
Eduardo Carvalho, 1906-1995,
no qual se incluem os três poemas
referidos

Obviamente que não é pela excelente qualidade literária, que não possuem, que resolvemos transcrevê-los! Move-nos muito mais, um sentimento de eterno reconhecimento a este grande homem. Se, nós médicos, não fizemos mais, de facto, do que a nossa distinta obrigação ético-deontológica e profissional, ao evitar-lhe uma precoce morte cruel, ele constituirá sempre, para todos, um verdadeiro exemplo de estar na vida.

As consultas que efetuávamos eram, porventura, mais importantes para nós próprios do que para ele mesmo. Como é reconfortante recordar a sua entrada no consultório, ouvi-lo recitar os seus últimos poemas, vê-lo oferecer a todos os médicos que episodicamente o observavam as suas derradeiras publicações sempre com uma dedicatória sentida e personalizada.

É com este tipo de memórias que o médico e, em especial, o clínico aprende a moldar o seu humanismo! Elas simbolizam a motivação necessária que constitui, por sua vez, na verdadeira essência, o impagável prazer de exercer este inolvidável mister, de forma a honrar e perpetuar a figura dos nossos mais veneráveis mestres.

Obrigado amigo. Até sempre!

Nota: Artigo em coautoria com Mário Parreira, médico do HSB, Revista da Ordem dos Médicos número de março de 1996. Foi por ambos termos este tipo de postura acerca do exercício da Medicina como uma espécie de guião permanente de conduta que decidimos proceder à feitura de um vídeo, efetuado no dia em que o doente teve alta do primeiro internamento, com ele sentado na cadeira do gabinete do Diretor do Serviço, colega Amaro Lourenço, a ler os poemas que, entretanto, tinha escrito, gravação que guardo religiosamente como recordação desta história clínica a todos os títulos perfeitamente invulgar.



Corpo Humano, 1560, Juan Valverde
de Amusco, médico espanhol, 1525-(?),
in História do Corpo Humano

O Fosso

Há três tipos de governo: o que faz acontecer, o que assiste e o que nem sabe o que acontece

GEORGE SANTAYANA
Pensador espanhol, 1863-1952

Governar é fazer acreditar

NICOLAU MAQUIAVEL
Diplomata e intelectual italiano, 1469-1527

Escolhi para a introdução do meu *site* pessoal (josepocas.com), recentemente colocado *on line*, um texto denominado "Razão de Ser" e que um colega e amigo de longa data, venerável ex-Bastonário (Gentil Martins), me desafiou a transformar num artigo de opinião, repto que aceitei, com gosto. O lema do *site* é Medicina: Cultura, Ciência e Humanização, e nele pretendo divulgar algumas informações de caráter geral e pessoal, estabelecendo certas analogias pouco conhecidas e valorizadas entre a Medicina e outras áreas do saber e das artes, com interesse quer para profissionais, quer para outros cidadãos com atividades fora do âmbito da Saúde (tanto os doentes como os supostamente saudáveis).

Entendo que, para quem trabalha neste difícil *métier*, não será difícil constatar que os tempos são de profunda (mas pouco assumida) crise, não só económica, mas, sobretudo, de valores perenes e de genuínas vocações. Cada vez me vou convencendo mais de que existe um fosso notório e crescente no seio da comunidade dos diplomados em Medicina: Os que são clínicos, os que, não o sendo e trabalhando na execução de exames auxiliares de diagnóstico ou de técnicas, ou ainda na planificação e análise dos determinantes em Saúde ou na Política (com letra grande), nunca perdem de vista a noção de que o seu trabalho é igualmente fundamental para compor, com a necessária adequação e inteligibilidade, o *puzzle* imprescindível para se chegar a um diagnóstico correto (clínico, psicológico e social), logo, ao melhor tratamento possível do doente (e dos cidadãos), e que, quando veem uma imagem de um fragmento do corpo de um anónimo ser humano (no computador, no microscópio, etc.), quando manipulam um qualquer dos seus produtos biológicos, quando executam um determinado procedimento mais ou menos invasivo, quando fazem ou analisam um qualquer relatório, ou quando legislam sobre a regulamentação deste complicadíssimo setor, nunca se esquecem que toda a sua ação se repercute, direta e indiretamente, antes de tudo e de

todos, em alguém de carne, osso e alma que está em sofrimento e que necessita assim do seu decisivo contributo, e... os outros!

Os que só veem cifrões e contrapartidas financeiras (muitas vezes em proveito próprio e com origem especulativa), ou, igualmente condenáveis, os que só se preocupam com a sua fama e em serem socialmente colunáveis à custa da propaganda desmesurada dos seus êxitos individuais, ou, ainda, os que estão confortavelmente sentados a uma secretária dos múltiplos departamentos (oficiais ou privados), exercendo o seu poder de forma autista e despótica, utilizando constantemente eufemismos linguísticos para tentarem esconder a sua repugnante hipocrisia e a sua soez indiferença para com quem sofre e para os que têm por missão primeira e última aliviar a Dor física e psicológica, bem como de restituir a autonomia possível (os do primeiro grupo).

Endeusar a tecnologia como a nova solução milagreira de todos os males do Corpo e do Espírito, olvidando a (nossa riquíssima) História coletiva, a (veneranda) Tradição dos Grandes Mestres, a (intemporalidade) da Deontologia e da Ética do nosso Mister será equivalente a pretender transformar os Homens em asséticas fórmulas matemáticas ou em meras máquinas descartáveis e sem alma, em vez de as colocar antes ao serviço do Bem Comum e de uma Humanidade, necessária e saudavelmente heterogénea, no que concerne à sua etnia, às suas crenças e às suas tradições, mas na qual os Cidadãos jamais perderão a capacidade de se emocionarem perante o sofrimento ou a injustiça (característica absolutamente distintiva de todo o Ser Humano), numa Sociedade em que ninguém é mais importante do que qualquer outro dos seus semelhantes, mas antes uma peça integrante de um Todo que vale muito mais por ter a capacidade de acolher, em vez de excluir.

Os tempos atuais exigem, pois, que não deixemos de marcar uma posição sem quaisquer falsos subterfúgios, em que cada um dá o seu generoso contributo possível para esta, reputo, nobre causa, até porque, em concreto, no nosso país, presentemente, a "caixificação" da prestação dos cuidados de saúde regista um avassalador e mais do que nefasto incremento, vivendo, contudo, numa aparente e anónima ilegalidade, sendo tal tudo menos o que os doentes verdadeiramente necessitam, tornando assim o desempenho do Médico numa torpe caricatura daquilo que deveria ser a essência básica da sua Missão. É que ser Médico e exercer Medicina não é uma profissão como as demais. Tão só porque a saúde e a doença, a vida e a morte, o sofrimento e o bem-estar físico e emocional são tudo menos irrelevantes, mas antes aquilo que mais prezamos. Porque a defesa intransigente destes valores é a nossa mais preciosa herança civilizacional coletiva, dado que

estamos investidos no honroso e intemporal papel de sermos os mais interessados e competentes advogados de defesa dos nossos doentes.

Foi esta a mensagem que pretendi transmitir, num improviso recente, a terminar a cerimónia de apresentação do último livro da autoria do digníssimo colega Mário Moura, intitulado *Os acasos na construção da vida*, pois o seu autor é a personificação do conjunto de valores aqui expresso, pelo seu notável exemplo enquanto médico e cidadão. Também ele, tal como eu agora, se preocupou em denunciar os diversos fossos da sociedade e não só o que já aludi, que tão nefasto é. Mas também os que separam eleitos de eleitores, governo de sociedade civil, ou seja, o Povo dos seus denominados "legítimos" representantes.

É mesmo preciso, e cada vez mais, voltar a fazer acreditar na "bondade" dos que têm por missão dirigir o nosso destino coletivo, para que a descrença generalizada não mine irreversivelmente os alicerces da Democracia e faça retornar os tempos da barbárie. Mas para que isso aconteça é imprescindível descer do pedestal e conhecer a realidade por dentro, não se limitando ao que se pode ler nos tabloides e nas estatísticas oficiais. Os Doentes e os Médicos o exigem.

SETÚBAL, 2018/01/10

Revista da Ordem dos Médicos em 2018, número de janeiro/fevereiro



Representação pictórica de uma disseção anatómica de 1345,
Guido da Vigevano, médico italiano (1280-1349)

Reflexões pessoais em redor da Relação Médico-Doente

Num tempo de endeusamento da tecnologia como se de uma nova religião se tratasse, capaz de responder a todos os males da Humanidade, há que, forçosamente, reconhecer o seu enorme contributo para o bem-estar dos cidadãos e dos doentes, o que se tem materializado num aumento consistente da sobrevida média, tal como no facto de ser capaz de providenciar uma resposta mais rápida e efetiva aos novos problemas que emergem de rompante, como aconteceu recentemente com a Pandemia que ainda não nos abandonou definitivamente.

Na minha perspetiva, o que há a fazer é não abandonar, nunca, o "outro lado" da arte de bem tratar os seres humanos, ou seja, a capacidade de contextualizar a tecnologia como um elemento a ser utilizado com adequação, inserido numa estratégia de uma relação médico-doente imbuída dos intemporais valores da ética, da empatia e da humanização.

Tal como já afirmei numa das minhas publicações, para salvaguardarmos esta postura da prática médica, seria certamente necessário passar a investir muito mais na formação dos novos alunos e dos novos internos nas disciplinas ditas do foro das Humanidades, não deixando, pois, de transmitir sempre a noção de que existem não apenas um, mas antes dois significados igualmente válidos para a agora tão usada expressão de "Medicina Personalizada": a versão tradicional que jamais deverá ser abandonada, ou seja, aquela em que o seu exercício deverá supor sempre o respeito pela ética e pelo conjunto de características (psicológicas, filosóficas, antropológicas, sociológicas e religiosas) de cada indivíduo, na persecução do princípio segundo o qual "uma doença idêntica numa pessoa diferente é uma doença distinta", e a mais recente, mas igualmente válida e promissora, em que o que se valoriza, acima de tudo, é a singularidade do património genético de cada ser, e assim se possa compreender melhor porque é que um determinado fenómeno fisiológico, em doentes diferentes, produz efeitos distintos, ou porque é que, para a mesma doença, pessoas diferentes reagem de modo desigual ao mesmo tratamento farmacológico.

Tal como se poderia obter idêntico proveito através do aperfeiçoamento dos conhecimentos em semiologia clínica como meio de rentabilizar a boa utilização dos meios tecnológicos, e não a sua generalização acéfala. Por todas estas razões, devo dizer que a minha opinião relativamente ao eterno e nunca conclusivo debate que existe acerca da natureza da Medicina, no qual se discute se é Arte, ou se é Ciência, é a de que, possivelmente, poderá (e deverá) ser ambas as coisas em

simultâneo! Ou seja, é uma "Arte" que aspira a utilizar a metodologia científica e, na realidade, se serve das ditas ciências básicas para construir o seu edifício identitário de princípios e de valores, sem ser propriamente ciência pura, nem sequer pretendendo ou devendo restringir-se apenas a tal condição. Assim, é Arte, no modo de relacionamento entre o médico e os seus doentes. Continua a ser Arte, na apreciação e contextualização das subjetividades da anamnese e das emoções na decisão clínica. É ainda Arte, na conceção intelectual e estética da arquitetura do diagnóstico diferencial. É Ciência, em tudo o resto.

Impõe-se, assim, que assumamos sem subterfúgios que diagnosticar, tratar, curar, cuidar, acompanhar ou partilhar solidariamente a alegria, a angústia e o sofrimento dos outros é compreender a essência do Homem e da Humanidade, ditames a que jamais alguém deverá ficar indiferente, em especial o Médico. A que acrescentaria, de uma forma assumidamente provocatória, que, na minha opinião, a este profissional não deverá jamais caber, na âmbito da sua missão corretamente entendida, contribuir, direta ou indiretamente, implícita ou explicitamente, para que qualquer membro da nossa espécie venha a apoderar-se daquilo que deve continuar a permanecer como propriedade exclusiva e distintiva das divindades, ou seja, o acesso à eternidade, como penso estar simbolicamente subjacente ao "quase tocar os dedos entre Deus e o Homem" na intemporal pintura do genial Michelangelo, denominada de *A Criação de Adão*, no teto da Capela Sistina do Vaticano.

Tão só porque a Morte, sendo certamente o último capítulo da Vida, dela faz parte indissolúvel e isso é condição indispensável de dignidade e de manutenção da nossa existência coletiva nesta casa comum que habitamos há muitos milénios e que deve continuar a ser saudavelmente habitável, para que as gerações futuras possam sentir o prazer de nela viver, condição a que todos os Seres Humanos legitimamente aspiram. Por isso, considero que nem tudo o que é técnica e cientificamente possível de ser implementado é eticamente lícito, pois a eventual concretização daquele hipotético cenário seria como que um novo Holocausto, em que as vítimas não seriam, agora, como o foram outrora, apenas os crentes de uma determinada fé religiosa ou etnia, mas antes toda a Humanidade. Seria o fim da Medicina, do Ato Médico e da relação Médico-Doente.

Concluiria, dizendo que a citação de índole hipocrática, tantas vezes repetida, apenas porque parece mal não o fazer, onde se clama que "curar umas vezes, aliviar outras, mas confortar sempre" é a que melhor define a missão do médico, além de ser um imperativo intemporal de consciência profissional também, comporta ainda algo de tão transcendente importância que só é passível de se poder

concretizar, passo a passo, num percurso de solidária parceria sem reservas, em que as idiossincrasias, quer do médico, quer do doente, se potenciem a favor de uma comunhão espiritual, imbuída de solidariedade, de comiseração, de confiança e de empatia, que permita, nas circunstâncias em que tal se aplicar, a aceitação, com o mínimo sofrimento possível, da deficiência, quando não da própria morte, sem nunca retirar a derradeira centelha de esperança.

SETÚBAL, 2022/10/20

VISÃO SAÚDE, janeiro de 2023, número 27



Hospital Real de Todos os Santos de Lisboa, 1940, Jaime Martins Barata, artista plástico português (1899-1970)



Ruínas da Sé de Lisboa após o Terramoto de 1755,
1777, Jacques-Phillippe Le Bas,
ilustrador francês (1707-1783)

MEDICINA INTERNA

Contextualização

A Medicina Interna é a especialidade que escolhi movido por uma vontade interior genuína e é como internista que me apresento sempre em primeira instância. A minha visão desta especialidade, que sei não recolher a unanimidade no seio dos meus colegas, tem por base os modelos que existem nos EUA, no Canadá, na Alemanha, na Dinamarca e na Holanda, onde a medicina atingiu o máximo da sua sofisticação técnica, mas onde, também, se reconheceu que, apesar dos enormes, complexos e sucessivos avanços científicos e tecnológicos, continua a fazer sentido haver internistas generalistas e internistas especialistas, bem como obter a sua formação através de um prévio tronco comum de três anos intensos de aprendizagem, porque isso dá uma homogeneidade conceptual e didática que respeita a interdependência dos sistemas orgânicos que existem no corpo humano, o que se traduz numa enorme vantagem para a organização hospitalar, para a arquitetura dos serviços de saúde, e para o próprio tratamento dos doentes.

Em consonância, aquilo que une ambos os tipos de internistas deverá ser sempre entendido como mais importante do que o que os divide em termos da sua práxis, porque, se é verdade que o corpo humano é só um e é essencial manter uma ideia sólida do seu funcionamento em rede no óbvio reconhecimento da interdependência dos órgãos e sistemas que o compõem, também é igualmente fundamental que se reconheça que, para certas situações clínicas, pela sua raridade ou complexidade, o domínio de certos meios tecnológicos mais sofisticados, se exige que exista a possibilidade de ganhar experiência, bem como de reunir uma massa crítica através da casuística que decorre da experiência acumulada que permita ao médico ter a competência necessária que propicie a que os doentes tenham acesso ao melhor tratamento possível. É por de mais óbvio que ninguém pode saber sempre tudo sobre toda a vasta gama de patologias existentes, devendo sempre permanecer o bom senso de ter a noção dos limites da competência e da experiência de cada um perante cada situação concreta, promovendo-se a

consultadoria e o saudável espírito de trabalho em equipa, sempre no superior interesse do doente e no respeito pela ética e a deontologia profissionais.

Não tenho quaisquer dúvidas que a implementação desta metodologia de especialização, com reflexos na dinâmica organizativa hospitalar, traria enormes ganhos de eficiência, designadamente na ajuda ao tratamento, quer da doença aguda, quer da doença crónica. Caberia à Ordem dos Médicos liderar este processo, representando este livro um estímulo que reputo de sério e útil para levar a cabo esta candente reformulação.

SETÚBAL, 2024/05/31

Medicina Interna: Realidades e equívocos

Numa altura em que estou próximo de concluir o Internato Complementar da Especialidade de Medicina Interna, que abracei desde o início com verdadeira vocação e após ter trabalhado em vários Serviços Hospitalares, de Hospitais Centrais e Distritais, Universitários ou Assistenciais, julgo chegado o momento de passar à palavra escrita o resultado de várias interrogações e reflexões acerca da sua definição e realidade.

O que é afinal a Medicina Interna e qual o papel do Internista? O que é que a diferencia da Clínica Geral e que tipo de fronteira a separa das suas Subespecialidades? Em que contexto legal se enquadra a sua ação e qual é a identidade entre os princípios gerais que a definem e a realidade da sua prática nos Hospitais do nosso país?

Com estas e tantas outras dúvidas me tenho confrontado, ao longo de vários anos, através das minhas próprias convicções e das de outros colegas que partilham da mesma insensata e ingrata paixão pela Medicina Interna.

Penso que não restam hoje quaisquer dúvidas de que, se por um lado se tornaram vertiginosos os avanços científicos da Medicina contemporânea e, através deles, se impôs a necessidade cada vez maior de médicos que dominem as inerentes e complexas tecnologias de diagnóstico e terapêutica, por outro, o ser humano doente não pode ser jamais reduzido à disfunção de um órgão ou sistema isolados, ainda que possa ser expressa numa qualquer fórmula matemática.

As interdependências de funcionamento dos diversos sistemas orgânicos são tão generalizadas e as implicações da atuação nos mesmos, por mais dirigida

e específica, são tão polivalentes que não se pode prescindir de médicos que tenham precisamente a missão de integrar todas estas variáveis, e de coordenar, se necessário, uma verdadeira equipa pluridisciplinar na resolução dos problemas clínicos mais difíceis.

Paralelamente, a valorização dos aspetos psicossociológicos do contexto clínico, a ponderação dos fatores nosogénicos da atividade profissional e o conhecimento do contributo das alterações do património genético, são todos indispensáveis à compreensão global do Homem em toda a sua plenitude, constituindo esta multidisciplinaridade outra das características mais singulares da Medicina Interna.

Por outro lado, o progressivo envelhecimento das populações dos países industrializados e os possíveis efeitos das alterações ecológicas que neles se desenvolvem vieram tornar hoje, quase uma regra geral que os doentes internados nos nossos hospitais são eles próprios o paradigma da necessidade dessa visão integradora, tal é, por vezes, a diversidade de problemas clínicos que se podem concentrar num só indivíduo.

Para além disso, deveremos considerar que a grande maioria das entidades nosológicas, quer pela sua elevada prevalência, quer pela baixa morbilidade e/ou mortalidade, não necessita de meios extraordinariamente sofisticados para o seu diagnóstico e tratamento, sendo, pois, impraticável, ou, mesmo indesejável, que sejam entregues aos cuidados de verdadeiros Superespecialistas.

No entanto, mesmo quando o recurso àquele tipo de cuidados, está indicado para fins diagnósticos, a necessária ponderação dos seus resultados, a sua correlação com os achados semiológicos e a consequente implicação de uns e de outros no tipo da terapêutica mais adequada à idiossincrasia de cada doente, deverá, na grande maioria das circunstâncias, ser orientada pelo Internista.

Existem também outras doenças que, por serem mais raras e de prognóstico geralmente mais reservado, pelo seu polimorfismo de apresentação e evolução clínicas, ou, ainda, pelo atingimento multiorgânico, assumindo por vezes a forma de síndromas, necessitam de ser diagnosticadas e tratadas através de um equacionamento global de toda essa inerente e complexa problemática, no âmbito da Medicina Interna.

Restam, finalmente, algumas situações de diagnóstico diferencial bastante complexo, que se evidenciam por um sinal ou um sintoma isolados (ex.: anemia, febre) ou uma única alteração subclínica num exame complementar de diagnóstico (ex.: VS muito elevada), que obrigam a um trabalho de pesquisa, paciente e meticuloso, papel esse que, mais do que ninguém, o Internista está habituado a desempenhar.

A situação da Medicina Interna nos EUA corresponde, precisamente, ao que acabo de expor e ninguém ignora que é o país onde a Medicina e a Tecnologia em geral estão mais desenvolvidas. No entanto, e por aparente "paradoxo", a Medicina Interna continua a ser aí a Especialidade-Mãe e, consequentemente, a Especialidade mais importante das Especialidades Médicas hospitalares, a par da Pediatria Médica. Não é possível, inclusive, neste país, ser-se Cardiologista, Pneumologista, Nefrologista, Endocrinologista, Hematologista, Oncologista, Gastrenterologista, Infeciologista, Imunoalergologista ou Intensivista sem se obter previamente a titulação em Medicina Interna, após três anos de estágios devidamente organizados e com um currículo mínimo obrigatório bastante exigente. Por outro lado, nos EUA, os Serviços Hospitalares de Medicina Interna englobam geralmente os diversos Departamentos onde se efetuam as várias técnicas das respetivas Subespecialidades, mas com um funcionamento perfeitamente articulado. A titulação em qualquer uma daquelas Subespecialidades faz-se somente após mais dois ou três anos de treino intensivo na realização das técnicas próprias à índole de cada uma.

Em Portugal, não existe, no entanto, qualquer semelhança com esta metodologia de organização e funcionamento. A Medicina Interna e as diversas Subespecialidades estão praticamente divorciadas, assistindo-se a diversos, graves e frequentes anacronismos.

Em primeiro lugar, é quase impossível ao Internista, após a titulação, subespecializar-se, com as excepções dos recém-criados Ciclos de Estudos Especiais para as Subespecialidades de Oncologia Médica e de Cuidados Intensivos.

Em contrapartida, aos médicos dos Internatos Complementares das outras Subespecialidades é-lhes apenas exigido um ano de estágio em Medicina Interna ou em "Área Médica", o que é manifestamente insuficiente, pois, na grande maioria dos casos, esse estágio não passa de um mero pró-forma curricular que os mesmos cumprem contrafeitos.

Para além disto, nos Hospitais que não possuem todas as valências médicas, o Internista é, por assim dizer, Especialista por omissão: se não existe Hematologista é Hematologista, se falta Endocrinologista é Endocrinologista, etc. Ao contrário, nos Hospitais que têm todas as valências médicas, é considerado como que um "Especialista de segundo plano", tendo sob a sua responsabilidade os doentes que nenhuma das outras especialidades aceitam ou aqueles que já foram observados por todas elas sem resolverem o seu problema. Para além disso, deve, ainda, fazer a "triagem" da Consulta Externa e da Urgência, tarefas que

pertencem, por direito próprio, inteiramente, aos Cuidados Primários de Saúde, ou seja à Clínica Geral ou Medicina Familiar!

O Internista é, pois, nestas circunstâncias, o Especialista que mais esforços dispende ocupado com tarefas que, ou não deveriam pertencer-lhe ou são completamente deslocadas dos locais para onde teriam de ser canalizadas, pagando a maior fatura da desorganização do sistema de saúde vigente.

Mas ainda a propósito da Medicina Interna no nosso país, é curioso verificar que em relação à Pediatria Médica, que é no fundo a Medicina Interna das crianças, o que se passa é bem diverso, já que o sistema, embora com algumas diferenças, é semelhante ao que vigora nos EUA. Apetece perguntar porquê este contraste e quais as vantagens daí decorrentes? Apesar do que vem consignado na Lei, nomeadamente no Despacho n.º 23/86 do Ministério da Saúde e no Regulamento do Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos, esta é, infelizmente, a realidade da situação da Medicina Interna entre nós.

Mas, não são só os aspetos qualitativos do problema que são preocupantes. Atente-se ao número de camas hospitalares destinadas à Especialidade e ao que está previsto no referido Despacho Ministerial. Estas assimetrias e contradições, conforme vem bem demonstrado no Editorial do n.º 6 da Revista da Ordem dos Médicos de Junho de 1987, são manifestamente gritantes.

A Medicina Interna não necessita, conforme penso ter ficado bem explícito, de se definir pela omissão de qualquer das suas Subespecialidades, ou pela comparação, não menos absurda, com a Clínica Geral. Basta que saiba, queira e possa ser ela mesma, pois tem e terá sempre um lugar insubstituível e ímpar entre a diversidade necessária das várias diferenciações da Ciência Médica.

A sua vitalidade e o seu renascimento estão bem expressos em inúmeras publicações de indesmentível prestígio mundial e em diversos livros de texto que constituem verdadeiras bíblias da Medicina contemporânea, cuja enumeração seria fastidiosa e desnecessária.

Em Portugal, as Jornadas de Medicina Interna das Zonas Norte, Centro, Sul e da Madeira, a realização do anunciado Primeiro Congresso Nacional, bem como a reativação das atividades da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna podem fazer prever que estaremos próximo de assistir a uma reposição da dignidade desta Especialidade no lugar de onde nunca deveria ter sido apeada.

Revista da Sociedade Médica dos Hospitais da Zona Sul, 1989, Vol. 5,
nº 2, tal como no livro *Medicina do Corpo e Medicina do Espírito*,
editado pelo colega Barros Veloso sob os auspícios da SPMI
na comemoração dos seus 50 anos de existência, datado 2002.



Representação pictórica de uma disseção anatómica, século XV, Bartolomeu de Inglaterra, frade franciscano francês e considerado um dos precursores do espírito enciclopedista (1202-1272)

A formação em Medicina Interna: o generalista e a subespecialização

What was once a science, now's a trade

WILLIAM OSLER
Médico canadiano, 1849-1919

RESUMO

As late as the end of 1992, Internal Medicine was contenting itself with performing exhaustive studies of the problem and proposing unenforceable solutions

JEROME KASSIRER
Internista norte-americano

Após uma breve introdução, o autor aborda o tema da Medicina Interna nas suas mais variadas facetas, fazendo uma resenha pelos aspetos históricos, organizacionais, doutrinários, vocacionais e formativos, tendo sempre como referência as realidades dos EUA (onde esta polémica atingiu maior dimensão) e a portuguesa, servindo-se com frequência de citações de alguns Internistas consagrados como verdadeiros Mestres quanto ao seu pensamento acerca desta complexa problemática. Dá destaque à dicotomia entre a Medicina Interna Geral e as Subespecialidades, bem como à relação entre o Internista Generalista e o Internista Especialista, com particular ênfase à necessidade de se ter de investir prioritariamente de futuro na área dos Cuidados Primários e nos denominados Generalistas (Internistas, Pediatras e Médicos de Família, amplamente deficitários no nosso país), nos quais, indiscutivelmente, se deve basear o nosso Sistema de Saúde. Chama também a atenção para a existência indesejável de um elevadíssimo número de "médicos praticantes da Clínica Geral" sem a posse de habilitações adequadas e de enquadramento institucional apropriado. Apresenta ainda e fundamenta resumidamente um organograma de diferenciação da especialidade a partir de um Tronco Comum de três anos, preconizando a divisão da Medicina Interna Geral em três áreas distintas e complementares: O Internista dos Cuidados Primários, o Hospitalista e o Emergentista, adaptando os reconhecidos modelos americano e alemão. Termina com um enunciar de algumas conclusões, onde destaca a necessidade de se dever assumir as consequências destas reflexões com determinação e coerência, fundamentalmente através de orientações que permitam a efetiva resolução dos problemas dos Doentes e do nosso Sistema de Saúde.

PALAVRAS CHAVE
Medicina Interna, Subespecialidades, Generalista, Especialista

INTRODUÇÃO

There is something not right about this plethora of papers documenting the sad state of General Internal Medicine

LEE RUSSEL
Internista norte-americano

Abordar este tema tão complexo e polémico não é tarefa fácil, embora de uma forma ou de outra corporize uma inquietação mais ou menos constante e profundamente sentida por todo o Internista que preze devidamente a consciência da sua própria imagem e a importância da sua práxis. Por outro lado, talvez nunca tenha sido tão atual nem tenha despertado o interesse de tantos e tão variados setores ligados à problemática geral da saúde, que não os médicos ou mesmo os protagonistas em questão, ou seja, os próprios Internistas.

O eco de toda esta polémica iniciou-se precisamente nos EUA (o émulo vanguardista da medicina moderna) estendendo-se progressivamente a todo o mundo, e, inclusive, ao nosso país, assumindo neste último, a meu ver, uma forma ainda algo incipiente.

Embora seja possível encontrar referências bibliográficas que abordam este tema que remontam ao início do século (1-5), existe um episódio de fundamental importância, relativamente recente, denominado a "terça-feira negra de 17 de março de 1987", sobre o qual McCarty escreveu um artigo lapidar que constitui um verdadeiro marco histórico, intitulado *"Why are today's medical students choosing high-technology specialities over Internal Medicine?"* na famosa revista *New England Journal of Medicine*. Seguiram-se, posteriormente, duas outras publicações verdadeiramente fundamentais para a correta abordagem e compreensão desta problemática, ou seja, dois números da não menos famosa revista *Annals of Internal Medicine*. O primeiro, em 1991 (Vol. 114, n.º 1), e o segundo, em 1992 (Vol. 116, n.º 12, 2.ª Parte), inteiramente dedicados a esta temática e contendo um vasto conjunto de artigos de leitura realmente imprescindível.

Registe-se, contudo, que estas tomadas públicas de posição referidas não surgiram apenas no seu seio ou determinadas exclusivamente por uma vontade intrínseca de reflexão e de afirmação (5)(7-8), mas também, e, até talvez, sobretudo,

pela necessidade de corresponder a um repto irrecusável lançado na sequência da reforma do sistema de saúde americano anunciada pela administração Clinton.

Ao invés dos sistemas de saúde da generalidade dos países da Europa Ocidental, que primam pelo assegurar de cuidados de saúde de um nível minimamente satisfatório a todos os seus cidadãos, independentemente das suas capacidades financeiras e da sua situação social, o que se passava (e ainda passa) nos EUA caracteriza(va)-se sumariamente pela existência de duas realidades preocupantes e, pelo menos na aparência, anacronicamente antagónicas: cerca de 10% da população sem qualquer cobertura sanitária minimamente eficaz e, simultaneamente, pela constatação de possuírem a medicina mais cara e sofisticada de todo o mundo desenvolvido!

Esta realidade justificou, pois, um esforço partilhado no sentido de identificar as verdadeiras causas destes problemas e apontar as soluções possíveis e necessárias, nomeadamente, procurando rentabilizar meios (estruturais e técnicos) e recursos (humanos e económicos), tentando desta forma obter melhores resultados. De toda esta polémica ressaltou a necessidade de centrar a generalidade da assistência médica nos denominados Cuidados Primários, assentes maioritariamente em Generalistas (Médicos de Família, Pediatras e Internistas) em detrimento da tendência até então verificada do aumento progressivo da importância das especialidades na prestação da maior parte dos cuidados médicos necessários às populações (9-21). A conclusão de vários estudos foram no sentido de constatar que, para a generalidade das patologias, os Generalistas tinham um desempenho semelhante em termos da satisfação dos utentes e da competência técnico-científica verificada, relativamente aos Especialistas, embora com um menor dispêndio de recursos técnicos, humanos e financeiros (12)(19)(22-33). Em alusão a este tema, Rui Santos (34) disse com muita pertinência que "a realização de uma técnica é remunerada, mas o conhecimento e a experiência que possam permitir evitar a sua utilização não o é", e, Alexandre Vasconcelos (35), na mesma senda, que "os exames subsidiários deverão ser sempre isso mesmo, nunca a essência do ato médico".

ASPETOS HISTÓRICOS

However the practice of Internal Medicine is too powerful and too central to Medicine to be viewed as passive or reactive

ROBERT STEVENS
Internista norte-americano

Abordar os aspetos da História da Medicina Interna, ainda que de uma forma eminentemente resumida, é de importância capital para a compreensão desta problemática. Em termos internacionais (1-4) poderemos dizer que o termo "Medicina Interna" surgiu na Alemanha em 1882, ano em que se realizou o primeiro congresso em Wiesbaden (cidade situada no mesmo país), tendo o primeiro tratado sido editado dez anos depois (da autoria da William Osler e intitulado – *Principles and Practice of Medicine*, clínico canadiano que tinha precisamente efetuado a sua formação de especialista na nação-berço desta especialidade). O mesmo autor (W. Osler) proferiu a primeira conferência denominada precisamente *Internal Medicine as a Vocation*, em 1897, tendo as célebres conferências clínico-patológicas do Massachusetts General Hospital de Boston, organizadas por R. Cabot, iniciado a sua realização, oito anos depois.

Em termos nacionais (36) tudo se passa muito mais tarde e com interregnos prolongados, significativos de uma inércia preocupante. Assim, o primeiro Boletim Clínico da Sociedade surgiu apenas em 1954, as Primeiras Jornadas foram organizadas cerca de trinta anos (!) depois (1985), o Primeiro Congresso realizado em 1990, e, finalmente, o primeiro número da revista *Medicina Interna* foi editado somente em 1992. Acrescente-se que, por incrível que possa parecer, a especialidade só foi reconhecida pela Ordem dos Médicos em 1979...

ASPETOS ORGANIZATIVOS

The public needs to know more about Internal Medicine in order to make informed choices for quality health care

TASK FORCE OF THE ABIM

Uma das realidades que poderão estar na génese da dimensão desta polémica nos EUA radica, seguramente, pelo menos em parte, na multiplicidade de organizações (5)(7)(15)(24)(37-38) que existem neste país, bem como da sobreposição das suas competências (39), cuja razão de ser e vantagens, se escapará

certamente à compreensão da maioria dos interessados, será de certeza verdadeiramente enigmática aos leigos na matéria (40), em contraste evidente com o que se passa em Inglaterra e no Canadá.

Assim, deveremos referir que, de entre as mais importantes, contam-se a *American Medical Association* (fundada em 1847 e cujo órgão oficial é a famosa JAMA, sendo responsável ainda pela edição de outras revistas, de entre as quais se destaca os *Archives of Internal Medicine*), a *Association of American Physicians* (fundada em 1885), que posteriormente veio a originar o aparecimento do *American College of Physicians* (fundado por H. Stern, em 1915 e cujo órgão oficial é a revista *Annals of Internal Medicine*), o *American Board of Internal Medicine* (fundado em 1936) e a *American Society of Internal Medicine* (fundada em 1956). Contudo, muitas outras organizações se poderão acrescentar, nomeadamente (7)(15) (38)(41) a *Association of Program Directions in Internal Medicine*, a *Society of General Internal Medicine*, o *National Study of Internal Medicine Manpower*, o *Federated Council of Internal Medicine*, o *Residency Review Committee for Internal Medicine* ou a recentemente constituída *Association of Inpatients Physicians*, etc.

No âmbito da formação, organização e a avaliação dos internatos de especialidade (7)(13)(15)(17)(24)(38)(42), a diversidade não é menor, pelo que poderemos citar, a título de mero exemplo, a *Association Council of Graduate Medical Education*, a *Association of Professors of Medicine* (cujo órgão oficial é o celebérrimo *American Journal of Medicine*), a *Education Commission for Foreign Medical Graduates*, o *National Board of Medical Examiners*, o *National Resident Matching Program*, o *Council on Graduate Medical Education*, a *Federation of Licensing Examiners*, o *US Medical Licensing Examiners*, ou o *Graduate Medical Education National Advisory Committee*, etc.

Em Portugal (36), tal como já referimos no capítulo anterior, tudo surgiu bastante mais tardiamente, e também talvez por via disso tenha assumido um caráter bem mais simples. Assim, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna foi fundada apenas em 1951 e o Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais em plena década de noventa do presente súculo, altura em que iniciaram gradativamente a atividade os vários Núcleos de Estudo da primeira organização (Cuidados Intensivos, Diabetes, AVCs, Doenças Autoimunes, SIDA e Hepatologia)!

Se abordarmos finalmente a questão da organização hospitalar, constatamos que nos EUA, os Departamentos de Medicina Interna assumiram um verdadeiro papel aglutinador e coordenador das diferentes especialidades médicas, sendo, pois, as diferenças não menos evidentes, já que esta filosofia surgiu aí em 1950 (29)(43)(44-45), tendo-se posteriormente generalizado a todo o país,

em contraste com o que se passa em Portugal, onde a grande maioria dos hospitais não estão departamentados e nalguns, que já avançaram neste sentido, o Diretor é mais uma mera "figura decorativa", cargo geralmente entregue por convite a título de prémio "fim de carreira" ao mais velho dos Diretores de Serviço das Especialidades Médicas...

ASPETOS DOUTRINÁRIOS LIGADOS AOS SEUS CONCEITOS E AO SEU FUTURO

Internists too often find themselves functioning as triage technicians, with their clinical skills wasted, while patients follow their way through the speciality care labyrinth

RONALD LOGE
Internista norte-americano

São, sem dúvida, os mais importantes e polémicos, e talvez por via disso tivessem dado origem a inúmeros artigos e opiniões, não raramente contraditórios e frequentemente apaixonados. De facto, como afirmava Fletcher (46) "só muito raramente uma quantidade significativa de médicos de uma qualquer especialidade resolveu questionar-se publicamente sobre o seu desempenho, ou acerca da evolução que se verifica ou a que entende que seria mais adequada".

Será que, como se interrogava Stevens (5), "a Medicina Interna existe apenas porque já está organizada, sendo o seu historial uma constante feita de crises, ambiguidades, conflitos e sucessivas adaptações", ou, como questionava Nogueira da Costa (47), "será a Medicina Interna uma recordação romântica, ultrapassada e inútil?" Será que, como afirmava Fitzgerald, (48) "sejam quais forem as razões, parece que a Medicina Interna, como especialidade, está em perigo iminente", ou, como prognosticava Moser (49), quando dizia que "em geral, temo que o Internista seja uma espécie ameaçada. Algumas adaptações irão ocorrer, mas o seu resultado final pode muito bem não ter muito em comum com a imagem do Clínico a que nos habituámos"? O mesmo sentimento de perplexidade foi igualmente expresso por Lepore (1) de uma forma assaz metafórica, quando proclamou *"Death of the clinician: requiem or reveille!"*

Não será que existe algum fundo de verdade nestas visões sarcásticas, caricaturais, e mesmo algo catastrofistas, desde logo quando pensamos em encontrar as definições para as expressões Medicina Interna e Internista? Senão, vejamos como é elucidativo a quantidade e diversidade de sinónimos com que

nos poderemos defrontar. Relativamente à própria especialidade (21)(49)(50-51) as de "Elite do Generalismo" (de W. Osler), "Medicina Clínica", "Disciplina Mãe", ou, de "Especialidade sem Fronteiras", etc. Quanto à do especialista (8)(11)(21)(25)(52)(53-54), as de "Adultista", "Gestor do Doente", "Advogado do Doente", "Prestador de Cuidados Integrados", "Diagnosticador", "Clínico Humanista", "Hospitalista", "Generalista *Sui Generis*", "Consultor", "Sherlock Holmes da Ciência Médica", "Resolucionador de Problemas Clínicos", "Especialista dos Cuidados Médicos", "*Greatkeeper*", ou ainda a de "Doutor dos Doutores"!

Mas, afinal, como é que poderemos defini-los (5)(21)(55)? Certamente que não, como avisava Fitzgerald (48) "como um conjunto de especialistas que se consideram a si próprios mais atualizados do que o Médico de Família, ou mais intelectualizados do que o Cirurgião-Barbeiro"! Mas sim, certamente, como preconiza o mesmo autor (48) quando diz que "creio antes, convictamente, que o âmago da sua identidade é semelhante à de um detetive, feliz e realizado, por poder procurar a verdadeira causa dos fenómenos e revelar os seus mistérios".

Esta quase unanimidade em atribuir uma importância determinante quanto à sua caracterização e diferenciação no que toca às capacidades para efetuar um Diagnóstico e um Diagnóstico Diferencial exemplarmente corretos e expeditos (51)(56) reforça a necessidade da posse de profundos conhecimentos em Semiologia Clínica e de Fisiopatologia (56-59), estando bem ilustrada nas citações de Reynolds (60), quando afirmava que "através dos seus mestres, os internos aprendem a arte do raciocínio clínico que permite o diagnóstico diferencial mediante uma sensibilização para uma opção racional entre a ciência e a tecnologia, por um lado, e o humanitarismo e a compaixão, por outro", e na da *Task Force do American Board of Internal Medicine* (40), que avisava que "a existência de novas metodologias diagnósticas e de protocolos estandardizados não constitui razão suficiente para descurar as vantagens decorrentes dos métodos clássicos de abordagem pela semiologia, da história clínica e da interpretação dos exames complementares de diagnóstico mais simples". De resto, como constata Dans (61), apesar da importância da existência das denominadas *guidelines* mais ou menos consensuais de abordagem diagnóstica e terapêutica, eventualmente subscritas pelas mais credenciadas organizações médicas, deveremos sempre encará-las como "apenas meras tentativas de tratar os doentes de uma forma mais correta" devendo, pois, serem aferidas em função da realidade concreta de cada doente e das circunstâncias envolventes, de modo a poder prevalecer sempre a regra básica do bom senso clínico e da experiência do médico relativamente ao exame, técnica ou medicamento que decidir ser o mais adequado (61-63).

Mais genericamente e de uma forma mais consensual, podemos defini-lo como o especialista que trata as doenças do adulto, de âmbito não cirúrgico, utilizando eletivamente a terapêutica farmacológica, do conjunto de órgãos e sistemas que desempenham as principais funções do organismo e mutuamente interdependentes, frequentemente de caráter multissistémico e, não raramente, de diagnóstico não aparente à simples observação externa. Ou, de uma forma bastante mais simples e acessível à compreensão dos leigos (49), o *Pediatra dos Adultos* que trata doenças graves e em meio hospitalar. Idênticas definições foram dadas por outros diversos autores, tais como Carneiro Chaves (44) e Nogueira da Costa (47).

E o que dizer quanto ao seu futuro? Será que, como se questionava Fletcher (12), "a Medicina Interna conseguirá passar da penumbra para a obscuridade, ou, ao invés, sobreviverá, passando para uma nova era de resplendor"?

Quão longe não vai a profecia de W. Osler (1), quando afirmava há quase um século que "a Medicina Interna deverá ser, no futuro, a especialidade mais abrangente, exigente e compensadora do século XX, bem como uma escolha vocacional soberba para os internos que a abraçarem". De facto, a realidade parece-me muito mais próxima daquilo que pensa Nuckolls (55), ao prever que "no futuro, a prática da medicina será grandemente influenciada pela difícil necessidade da tomada de decisões quanto à racionalização da prestação de cuidados. Estas serão baseadas no interesse do doente encarado como um ser humano uno e pluridimensional, e não somente como a soma de um conjunto desgarrado de diferentes problemas a serem tratados por outros tantos especialistas"! No mesmo sentido se pronunciou Schroeder (16), ao lembrar, de uma forma tão singela quanto profunda, que "a missão mais importante do Internista é tão só ocupar-se dos doentes", bem como Reitemeier (65), quando escreveu de uma maneira lapidar que "a solução para os problemas dos Internistas, bem como para o futuro da Medicina Interna, baseia-se simplesmente na nossa determinação em saber ouvir as verdadeiras preocupações dos nossos doentes, agindo sobretudo no seu interesse, e não apenas no nosso"! De forma semelhante se pronunciou também Weiner (30), Glickman (66) e o próprio *American Board of Internal Medicine* (67).

ASPETOS RELACIONADOS COM A VOCAÇÃO

In the future physicians needs to be more sensitive to social environment and to the cost of care

ROBERT FLETCHER
Internista norte-americano

Nenhuma estrutura ou projeto terá futuro, seja qual for o ramo da atividade humana, enquanto não souber captar o interesse e promover a adesão às suas causas e princípios, por parte das novas gerações. Esta afirmação, de índole indiscutivelmente *lapalissiana*, encerra em si, na realidade, o maior obstáculo à consolidação da Medicina Interna, enquanto especialidade simultaneamente respeitada, cobiçável e insubstituível, ou seja, e consequentemente, sem a angústia de uma vida a prazo e desprezada...

Dentro desta filosofia, Asch (68) afirmava que "os estudantes continuam a apreciar a Medicina Interna como um desafio intelectualmente aliciante, mas também não deixam de referir que sentem tratar-se de uma especialidade muito exigente e stressante", logo, "potencialmente menos satisfatória do ponto de vista pessoal e financeiro, pelo que acabam por fazer outras opções", enquanto Levey (69) exclamava que "se as patologias dos doentes internados no hospital não despertarem um interesse suficiente nos estudantes, então, seguramente, não os conseguirão atrair o necessário como internos". Pior ainda, Nuckolls (55) constatou que "a maioria dos Internistas com 10 a 20 anos de carreira não voltaria a escolher a mesma especialidade, se o tempo voltasse para trás", e Fletcher (12) verificou que "a satisfação geral dos Internistas tinha-se reduzido de 90% para 50%, desde a altura do internato complementar de especialidade, tendo cerca de 25% abandonado a mesma para ingressarem noutra", ou, ainda pior, como constatou Schwartz (42) "50% nem sequer o terminavam"!

Se bem que quase todos nós damos algum crédito de razão a parte destas opiniões algo contundentes (embora expressas por Internistas da melhor estirpe) e temos a sensação subjetiva de que assim é, não existe, de facto, qualquer estudo que tenha sido realizado ou publicado, a partir da nossa realidade nacional e que confirme ou infirme objetivamente esta ideia. Contudo, Soares Franco (70) afirmava que "a Medicina Interna, no nosso país, é quase sempre uma escolha de segunda ordem de prioridades", bem como, de uma forma muito crua, Barros Veloso (59) dizia que "os Serviços de Medicina Interna têm-se transformado, infelizmente, em armazéns de casos sociais e na retaguarda das urgências hospitalares" e, por fim, Rui Proença (71), de uma maneira assaz cáustica, interrogava "onde formar

pois os Clínicos Gerais? Onde ministrar os anos de Medicina Básica dos especialistas? Em que locais se irão integrar os conhecimentos das várias especialidades? A resposta é dura: Não nos hospitais de que dispomos". A terminar, o mesmo autor (71) afirmava com uma veracidade quase chocante que "o panorama atual da Medicina Interna é, pois, mau. Tão mau que os médicos só em último recurso fazem a opção pela Medicina Interna para a sua especialização e graduação". Contudo, convém dizer que existem outros autores que, como Grattinger (72), não são tão pessimistas, tendo este afirmado que "a idade de ouro da Medicina Interna pode ter terminado, mas o desafio e as oportunidades são, certamente, tão excitantes, embora com uma natureza diferente da das gerações precedentes".

Mas, ao certo, quais serão, afinal, as razões deste nefasto desinteresse? Variadíssimos autores dissertaram sobre este aspeto (12)(16)(32)(42)(48)(68)(73)(74-79), apontando uma grande diversidade de hipóteses, de entre as quais podemos destacar: A perda do poder de compra e da qualidade de vida, o facto de ter que lidar com doenças crónicas (a SIDA e o cancro, etc.) e doentes problemáticos (alcoólicos, toxicodependentes, idosos, terminais ou sem qualquer terapêutica etiológica útil), pelo excesso de trabalho burocrático, com perda de autonomia e pressão para altas hospitalares cada vez mais precoces, excessiva carga horária, e, finalmente, pela crescente probabilidade de ameaça de litígio judicial. A este propósito, Schultz (80) exclamava com oportunidade que "como será possível esperar que internos que chegam a passar mais de 80 horas semanais com atividades assistenciais, tenham ainda tempo e energia para se dedicarem e desenvolver projetos de investigação", tendo Friedman (81) feito também idêntica constatação! Não será a realidade nacional, neste aspeto particular, infelizmente, muito idêntica à americana? Basta pensar, por exemplo, na implicação negativa que acarreta para os serviços e para o próprio médico, a sua transformação numa nova caricatura de especialista, ou seja, em "banquista", tal é a carga horária de urgência que se exige atualmente à grande maioria dos Internistas!

De facto, como afirmava Barros Veloso (82) "a Medicina Clínica sofreu uma enorme desvalorização, por ter passado a ser possível "ver aquilo que antigamente se inferia apenas através de laboriosos raciocínios". É, pois, eminentemente necessário, uma revalorização do Ato Clínico em si mesmo (77) por parte, quer dos cidadãos e dos doentes em geral, quer dos gestores e governantes em particular, para já não dizer, também, por parte dos próprios médicos. Não o devemos, pois, deixar desfasar escandalosamente da importância e prestígio atribuídos à utilização das mais variadas e sofisticadas tecnologias, tal como acontece presentemente, sob pena de hipotecarmos definitivamente a essência primeira e última

da razão de ser e existir do Médico, na melhor tradição Hipocrática do termo, e, ainda por cima, fazendo com que toda a sociedade tenha que pagar uma fatura incomensuravelmente maior, quer do ponto de vista humano, quer económico!

Quanto às estratégias para tentar resolver estes problemas, segundo diversas opiniões nem sempre concordantes (10)(12)(18)(21)(23)(25)(34)(37)(48)(58)(66)(69)(75)(78)(82-88), poderemos citar o reconhecimento da diversificação do âmbito de ação clássico e da gama de interesses do Internista, nomeadamente em áreas de fundamental importância e atualidade, tais como a Medicina Ambulatória, a Epidemiologia Clínica, as Técnicas de Comunicação, a Informática e a Bioestatística, as Metodologias de Decisão Clínica e de Avaliação da Qualidade, a Economia e a Sociologia Médicas, a Medicina Comportamental e a Medicina de Adição, os Cuidados Paliativos, a Farmacologia Clínica, a Medicina da Adolescência (em colaboração com a Pediatria) e a Geriatria, a Medicina Nutricional, a Ética e a História da Medicina, o Ensino, a Investigação e a Comunicação Científica, etc. Outra das inovações em vigor nos EUA, é a possibilidade da sua acumulação com uma de outro conjunto de especialidades não pertencentes ao grupo das vulgarmente denominadas Subespecialidades, ou seja (89), com a Pediatria, a Medicina de Emergência, a Medicina Física e Reabilitação, a Neurologia, a Medicina Ocupacional e a Medicina Preventiva.

Quererá isto dizer no fundo que, como afirmam Faustino Ferreira (88) e Barros Veloso (90), "o Médico só poderá ser um Internista na sua plenitude se for um Clínico excecional", ou ainda, como acrescenta Nápoles Sarmento (91), "um verdadeiro Humanista?" Não implicará, pois, em última análise, que "o Internista deverá comportar-se sempre como um eterno estudante"? (92) Poderá então conceber-se tal especialista sem que o mesmo seja reconhecido pelos seus pares como alguém possuidor de tão ecléticos atributos, dignos de um verdadeiro *Grand Patron* da Medicina, ou seja, tal como foi descrito por Tumulty (49) quando afirmava que "o Internista é um verdadeiro cientista clínico e, simultaneamente, um devotado humanista, tendo a capacidade de possuir uma visão holística do ser humano enquanto doente, em detrimento da sua visão fragmentada"? Corresponderá esta visão ambiciosa e saudavelmente utópica, sinceramente, à nossa realidade atual?

RELAÇÃO ENTRE GENERALISTAS E ESPECIALISTAS, E ENTRE MEDICINA INTERNA GERAL E AS SUBESPECIALIDADES

Patients do not wear a diagnosis on their foreheads. Diagnosis is best done by General Internists

MICHAEL LACOMB
Internista norte-americano

As ambiguidades relativas a esta matéria remontam também à época da origem da própria Medicina Interna e, só por si, poderia ser tema de um extenso artigo (1-4). O paradigma desta contradição começou desde logo quando o próprio W. Osler afirmou (1), em dissertações espaçadas no tempo, que "no fundo, não existem mesmo especialidades médicas", e, simultaneamente e com rara lucidez, "a especialização está aí à porta e veio para ficar", ideia posteriormente consubstanciada em 1926 (93) pelo próprio *American Board of Internal Medicine* quando este afirmava que "um dos factos mais espantosos da medicina moderna é a sua tendência para a especialização".

Esta tendência, que se iniciou logo no início do século nos EUA, teve a sua fase de grande apogeu neste país na transição da sétima para a oitava década, apresenta uma inegável lógica que foi exemplarmente expressa por Fletcher (12), quando este disse que "o Internista Generalista tem de ser colocado num lugar muito particular de entre as especialidades médicas, dado possuir conhecimentos profundos, tanto em patologias simples, como complexas. Contudo, a ciência médica tornou-se tão vasta que parece realmente impossível a qualquer Internista manter um grau elevado de atualização de conhecimentos em todos os seus domínios, ou, mesmo em algumas das suas partes". É exemplo disso a extensa bibliografia aconselhada pelo *American College of Physicians* (94).

Num testemunho raro e cheio de ironia e oportunidade, Lee (8) colocava esta questão nos seguintes termos: "Mas, afinal, qual será a verdadeira diferença entre o Generalista e o Especialista? Penso que ambos se distinguem mais pelos seus estados de espírito, do que pelo seu desempenho. A especulação é o familiar amigo do primeiro, constituindo a eterna frustração do segundo." Terminava, opinando que "o risco do Generalista era o da ignorância, ao passo que o do Especialista seria o da incompetência"! Num mesmo espírito de argúcia e acutilância, um outro autor, Noble (95), fazia a seguinte constatação e, simultaneamente, um desafio: "A Medicina Interna tornou-se muito mais uma amálgama de especialidades do que uma disciplina integradora. Estará a Medicina Interna Geral no epicentro da própria Medicina Interna, ou será apenas um dos seus apêndices?"

E Frist (96) acrescentava que, em alusão ao denominado *Princípio de Peter* "o *expert* pensa geralmente que é um exímio conhecedor em todas as suas áreas de especialização, o que está bem longe de ser verídico".

Curiosamente, a resposta a estas questões quase que poderia ser dada pelo testemunho expresso pela insuspeita *Association of Subspeciality Professors* (45), segundo a qual "o pêndulo do sistema deve oscilar num arco que compreenda os atributos do Generalista e do Especialista de modo a servir os interesses do doente com o máximo de qualidade possível. A Medicina Interna, até ao limite do possível, deve falar a uma só voz", bem como ainda pelo da *Task Force do American Board of Internal Medicine* (40), segundo o qual "a Medicina Interna como especialidade integradora é mais vasta do que a soma dos domínios das suas Subespecialidades. Estas devem ser sempre praticadas no contexto lato de um profundo conhecimento da Especialidade Mãe, sendo o acesso às mesmas somente obtido após um treino exaustivo nesta última", opinião partilhada por Glikman (29) e Benson (98).

Quais serão, pois, as suas funções e competências? De uma forma geral, poderemos dizer que (18-19)(30) (99-100) ambos podem (e devem) dedicar-se ao ensino e à investigação, embora neste último aspeto, o Internista Generalista mais à componente clínica, e o Internista Especialista mais à componente básica. O primeiro deve abarcar predominantemente as doenças de maior prevalência e de caráter multissistémico, bem como a direção de equipas pluridisciplinares e a consultoria ao Médico de Família, ao passo que o segundo deve incidir a sua ação sobretudo nas entidades nosológicas mais raras, resolvendo problemas clínicos mais complexos, efetuando exames invasivos sofisticados e exercendo um papel de Consultor do Generalista (31)(101). É óbvio que esta dicotomia não é absolutamente estanque, nem quanto ao âmbito nos domínios dos problemas clínicos (27), nem quanto à capacidade para a execução dos exames auxiliares de diagnóstico (31)(56)(102-104), onde deve ser exigido um treino de aprendizagem estandardizado e (re)certificado (102-105), desde que se continue a executar um número anual de técnicas que permita a manutenção da experiência necessária num nível mínimo de aceitabilidade (31)(102-104).

Em sentido inverso e complementar, vários autores reconhecem com grande consensualidade a necessidade dos Internistas Especialistas manterem um nível aceitável de atualização no contexto das outras Subespecialidades, para além da que possuem ou exercem primordialmente (66)(93)(106-110), tal como preconiza Langdon (31) quando afirma que "elas fazem parte integrante da própria Medicina Interna e o seu treino deve contemplar uma sólida implantação no âmbito da

Especialidade Mãe". Braunwald (43), de uma forma contundente e com a grande autoridade que se lhe reconhece unanimemente, chama a atenção para "o perigo que poderá representar o facto do Subespecialista ser cada vez mais relegado para o papel de Supertecnologista, em vez do seu papel de Clínico", tal como Artur Paiva (97) dizia "a principal característica do Internista Generalista é, hoje em dia, a humildade em reconhecer as suas limitações".

A concretização destas ideias-chave deve (tem de) pressupor uma forma de organização hospitalar, tal como a que já foi exposta no capítulo anterior dedicado a este tema, permitindo que, como diz Duffy (25) "a Medicina Interna e as suas Subespecialidades devem manter-se unidas e integradas numa única disciplina". Na opinião abalizada de Glickman (29) "os Departamentos de Medicina constituem, pois, a base dos maiores avanços no diagnóstico e tratamento dos últimos 30 anos, devendo continuar a ser o local privilegiado de treino dos Internistas, tendo permitido uma verdadeira revolução em diversos campos da ciência que se estendem da biologia molecular à imunologia, etc.", e na do insuspeito Brauwald (43), "embora uma nova filosofia de estruturação horizontal de algumas especialidades se apresente como justificável, este processo não deve pressupor a diminuição da importância do papel integrador da Medicina Interna".

É pois tempo de reconhecer a necessidade de uma nova definição de Internista, tal como propõe o *American College of Physicians* (21) ao dizer eloquentemente que "o Internista Generalista continua a ser a referência incontornável no tratamento do adulto, embora se reabilite o conceito de que ele pode ser uma autoridade local num campo mais específico no qual tenha adquirido particular experiência e competência. Existem fatores geográficos que podem ser determinantes na sua prática clínica. Ele e o Internista Especialista têm, pois, muito em comum. A sua colaboração íntima, assegura o atendimento integral do doente. Esta partilha e este ambiente determina o desenvolvimento de um médico com características pluridisciplinares, que deve saber adaptar-se às diferentes circunstâncias que rodeiam a sua práxis. De facto, neste contexto, existe uma continuidade lógica entre a atuação de ambos", posição idêntica também defendida por Barros Veloso (90). A terminar e em consonância, tal como recomenda Papper (49) "todo o Internista, Generalista ou Especialista, deve reconhecer o papel fundamental desempenhado pela Medicina Interna Geral. O Especialista deve, em conformidade, autointitular-se de Internista-Especialista, e não apenas de Especialista", tal como também enfatizam Baker (111) e Stimel (112).

Foi precisamente no respeito escrupuloso por esta filosofia de atuação (que tenho defendido insistentemente em diversos momentos), nomeadamente na

minha intervenção numa Mesa-Redonda do V Congresso Nacional de Medicina Interna, intitulada "O Internista e a SIDA", bem como junto das entidades ministeriais quanto à estruturação do Núcleo da Valência de Infeciologia do Hospital de S. Bernardo em Setúbal, e, ainda, finalmente, na proposta de estruturação curricular da Disciplina de Infeciologia que me foi solicitada pelos responsáveis do futuro Curso de Medicina do Instituto de Ciências da Saúde Sul!

Os Internistas e a sua Sociedade (nomeadamente através dos Núcleos de Estudo) podem e devem constituir-se, pois, como parceiros privilegiados e idóneos em conjunto com outras Sociedades Científicas representantes das diversas Especialidades, na discussão conjunta dos mais relevantes assuntos de interesse e âmbito comum. Isto, claro, sem prejuízo de se reconhecer que, em certas situações clínicas perfeitamente documentadas, tal como, por exemplo, a SIDA, a asma, a artrite reumatoide, os síndromas coronários agudos e as restantes patologias do foro dos cuidados intensivos, etc., o prognóstico depende em muito da experiência, logo, na sua globalidade, nos doentes tratados por Generalistas, este é menos favorável do que nos abordados por Especialistas (33). No campo muito específico da SIDA e atendendo às particularidades inerentes e óbvias que decorrem da sua realidade envolvente, bem como à escassez do número de Infeciologistas a nível nacional, tal como à tradição da dedicação dos Internistas a este problema de saúde, a resposta eficaz passa, sem sombra de dúvida, por uma articulação efetiva entre estas duas especialidades, idealmente sob o patrocínio de ambas as Sociedades, tal como tenho defendido com alguma insistência, e, penso, coerentemente (113-115).

Por todas estas razões, tal como afirma Fournier (101) "tanto as capacidades integradoras do Internista Generalista como a visão reducionista do Internista Especialista são necessárias".

PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO CURRICULAR E ORGANIZACIONAL NO ÂMBITO DA MEDICINA INTERNA

Determining the optimal composition of physician work force in Internal Medicine depends, in the long term, achieving a balance between cost effective high quality patient care and continued research, productivity and innovation

ASSOCIATION OF SUBSPECIALITY PROFESSORS

A situação da Medicina Interna em Portugal caracteriza-se sumariamente por dois atributos que já tive a oportunidade de expressar num artigo publicado por mim há cerca de onze anos e intitulado "Realidades e Equívocos da Medicina Interna" (116): O primeiro, pelo facto de se definir, sobretudo em muitos hospitais que não possuem todas as especialidades, como a Especialidade por omissão, ou seja, se não existe Infeciologia, o Internista é o Infeciologista, se não há Oncologistas, assume o papel do Oncologista, etc. O segundo, pela ausência do denominado "Tronco Comum", em absoluto contraste com o que se passa com a Pediatria Médica (ou seja, no fundo, a "Medicina Interna das crianças"), na qual, com a exceção da Pedopsiquiatria e da Cardiologia Pediátrica, todas as outras Subespecialidades médicas têm origem na Especialidade Mãe, tal como se propõe afinal que seria amplamente desejável para a própria Medicina Interna (29)(40)(84), sendo presentemente, mesmo, uma recomendação decorrente de diretivas comunitárias que, infelizmente, ainda não passaram de meras intenções (117), parecendo a sua implementação particularmente difícil de levar a cabo no nosso país (118).

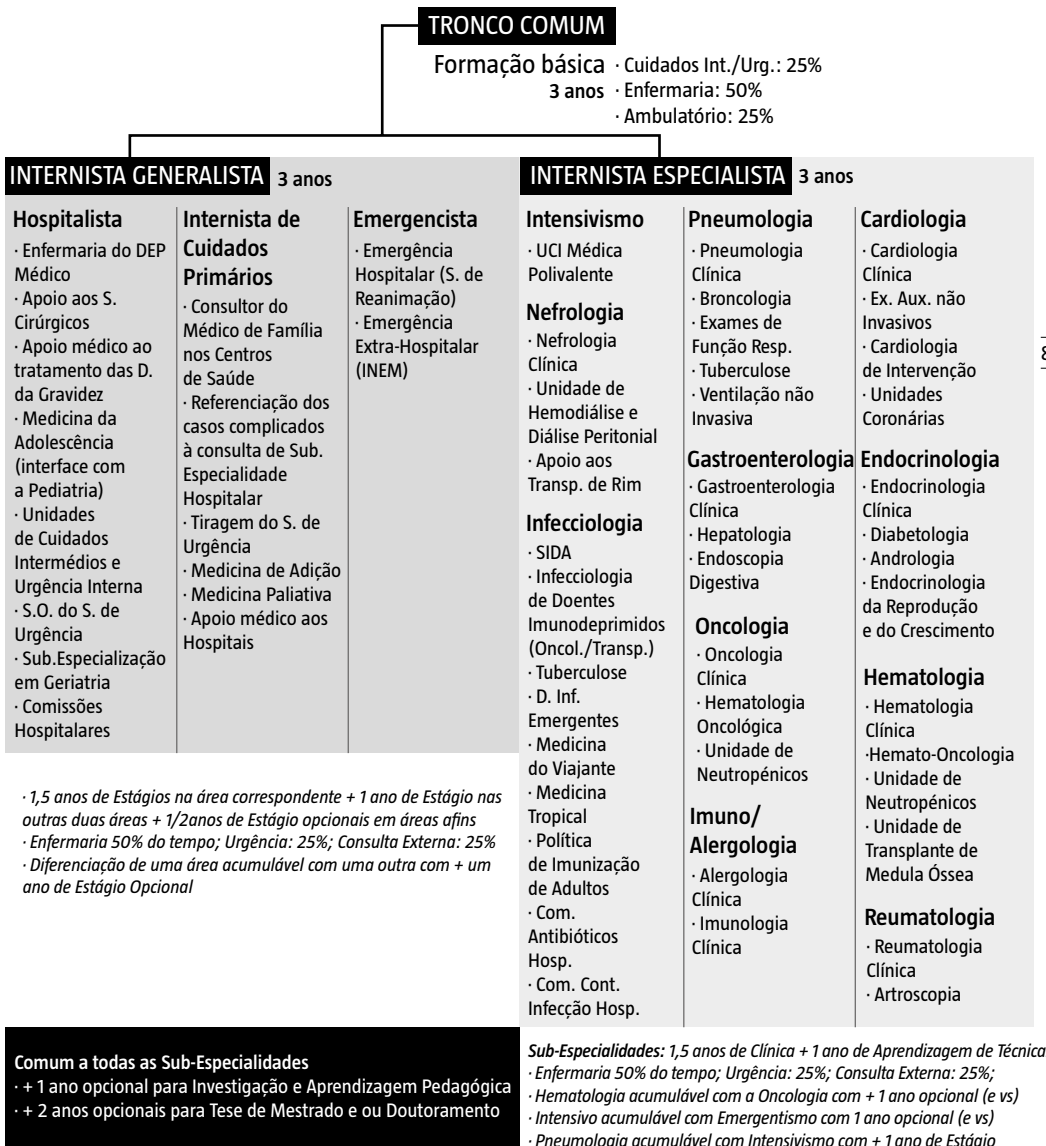
Por outro lado, entre nós, a percentagem de Generalistas (Internistas, Pediatras e Médicos de Família) relativamente ao número total de médicos é de apenas 21,5% (7220) ou de 54,5% (18.312), conforme se exclua, ou se inclua, os 11.092 (!) médicos que, não tendo oficialmente a especialização em Medicina Familiar, se encontravam registados até ao mês de maio de 2000 na Ordem dos Médicos, admitindo-se, contudo, que pelo menos a grande maioria, se dediquem à prática da denominada Clínica Geral. A falta de adequação do currículo e formação da maioria destes colegas aos padrões impostos pela CEE indicia muito provavelmente a sua deficiente atualização científica e o consequente contributo para os défices de funcionamento dos Cuidados Primários. A título de mero exemplo, bastará pensar na qualidade de desempenho da grande maioria dos médicos que neste momento asseguram a triagem da maioria das urgências hospitalares... Aquela percentagem regista, porém, valores substancialmente diferentes da verificada

noutros países, tais como nos EUA (33,3%), Canadá (50%) e Inglaterra (66,6%), situando-se o ideal algures entre estes dois últimos valores (23)(75)(107).

Outra das constatações é a existência, também segundo os números fornecidos pela Ordem dos Médicos, até à mesma data, da seguinte percentagem de Médicos Especialistas, relativamente ao número total de Internistas (1434); Cardiologistas: 49,0%; Infeciologistas: 6,8%; Endocrinologistas: 10,8%; Gastrenterologistas: 25,6%; Hematologistas: 11,1%; Imunoalergologistas: 10,3%; Nefrologistas: 12,3%; Oncologistas: 11,6%; Pneumologistas: 32,4%; Reumatologistas: 5,8%; Intensivistas: 7,5%. Embora não tenha sido possível ter obtido a percentagem de colegas que têm uma ou mais Subespecialidades em acumulação com a própria Medicina Interna (sendo nos EUA de aproximadamente 2/3) (112), esta distribuição percentual confirma a grande carência de Internistas, bem como o excessivo peso (relativo, e, mesmo, absoluto!) de algumas das Subespecialidades, tal como se verificou nos EUA (23)(25)(119-120), país onde, depois de constatada esta realidade, se encetou um percurso inverso, ou seja, tal como já se fez referência, de investimento privilegiado nos Cuidados Primários (23)(107).

É minha convicção profunda que esta nova filosofia de organização só terá sentido se se iniciar logo na fase pré-graduada (1)(92)(108-109)(121), se tiver seguimento na fase de especialização (75)(109)(121-127), com a criação de um Tronco Comum (29)(40)(45), e, finalmente, na organização departamental dos hospitais (29)(44-45)! Felizmente que emerge no meio médico do nosso país uma consciência cada vez mais refletida da importância destas questões, sendo um exemplo disso a proposta de currículo do novo Curso de Medicina do Instituto Superior de Ciências da Saúde Sul, da responsabilidade respetiva dos Professores Doutores Carlos Ribeiro e Manuel Helphern, que recentemente foi proposto para apreciação aos Ministérios da Saúde e Educação, e no qual tive a honra de, tal como já referi, dar uma modesta contribuição. São seus objetivos, para além de explicitamente se assumir como prioritária a formação de futuros Clínicos Gerais e Internistas, pretender-se concretizar uma nova filosofia de integração do aluno na problemática clínica desde uma fase bastante mais precoce do que era clássico ocorrer (como tem proposto o Professor Doutor Fonseca Ferreira ao longo de toda uma profícua carreira), tentando, pois, dar seguimento prático à diretiva comunitária de abolição do Internato Geral. Este projeto tenta romper com o que Samuel Bloom (109) disse, quando afirmou que "a história da educação médica é a da história de uma reforma sem qualquer mudança", bem como ainda tentar evitar a concretização daquilo que Graetinger (14) quis dizer, quando escreveu que "dar a melhor assistência médica possível é a missão do hospital, enquanto a mais apri-

morada educação será o papel da faculdade. Estas obrigações, que deveriam estar intimamente relacionadas, nem sempre são congruentes". No fundo, como refere Frist (96), "o Internista deve ser o cérebro das Faculdades, devotado a ensinar e adquirir um volume enciclopédico de conhecimentos, embora com a preocupação de exercitar o seu brilhantismo com humildade, dignidade, paciência e confiança". Seguidamente e de forma resumida, tentaria descrever e fundamentar o que vem expresso em diagrama no seguinte esquema (obtido através da adaptação dos modelos americano e alemão, à luz do pensamento que tenho vindo a expor):



Notas:

Penso que se deveria respeitar a percentagem já aludida quanto ao número ideal de Generalistas (Internistas, Pediatras e Médicos de Família), relativamente ao total de médicos (entre metade e dois terços), sendo de referir como amplamente desejável que o maior número possível de Médicos que se dedicam à Clínica Geral seja efetivamente especialista em Medicina Familiar e possua um adequado enquadramento institucional. Penso que a percentagem de Internistas, neste grupo mais restrito, dever-se-ia situar entre o quarto e o terço (23)(75)(107).

A opção pela Medicina Interna Geral ou pela Medicina Interna Especializada só deveria ser efetuada após um primeiro exame de titulação e de acesso à progressão da carreira de Internista, após três anos de um Tronco Comum (29)(40)(84)(128). A distribuição curricular durante este período, deveria ser de 50% para a Enfermaria do Departamento de Medicina Interna, 25% para a área de Ambulatório (84) e outro tanto para as áreas de Cuidados Intensivos Polivalentes e Urgência Geral de adultos.

Após este exame, entre metade e dois terços deveriam ir para uma carreira de Internista Generalista e os restantes para uma das Subespecialidades, cujo número teria em consideração fatores epidemiológicos nacionais e regionais, bem como a rentabilização das unidades e centros de técnicas de diagnóstico mais sofisticadas implantadas ou a constituir (75). Cada uma delas teria a duração de mais três anos.

A carreira de Internista Generalista compreenderia a existência de uma de três áreas de diferenciação: O Hospitalista (que deveria corresponder a metade do total). A propósito da sua importância progressiva nos EUA podemos encontrar algumas referências bibliográficas recentes (33)(41)(84)(129-131). O Internista dos Cuidados Primários (25% do total), que juntamente com o equivalente nas carreiras de Pediatria e de Ginecologia/Obstetrícia centrariam a sua atividade principal como consultores dos Médico de Família nos Centros de Saúde inseridos na comunidade regional e a quem caberia a referenciação dos casos mais complicados aos Especialistas Hospitalares (para consulta ou exames auxiliares de diagnóstico mais sofisticados e invasivos) (23)(25)(37)(69)(84)(86)(88)(90). Este tipo de Internista é uma realidade emergente nos EUA, diferenciando-se obviamente do Clínico Geral (37)(87)(132). Por fim, o Emergentista, especialidade que nos EUA é autónoma (41) mas que me parece perfeitamente enquadrável na filosofia deste organograma. É uma realidade indiscutível que a emergência extra-hospitalar é uma valência em franca expansão e vive neste momento, no nosso país, essencialmente à conta de "voluntários mais ou menos amadores" que trabalham com contratos precários, na maioria dos casos, nas várias viaturas INEM existentes. A titulação em cada uma destas três áreas far-se-ia com um ano e meio na área respetiva, mais um ano repartido igualmente pelas duas áreas restantes e mais meio ano de estágios opcionais em valências consideradas afins. A dupla titulação em duas destas áreas poderia ser possível, através de mais um ano de estágio opcional na outra área respetiva.

A carreira de Internista Especialista seria possível após três anos de estágios repartidos por um ano e meio de atividade clínica (internamento, consulta e urgência da respetiva Subespecialidade, ou seja, obviamente, numa, em duas ou em todas estas áreas, conforme a índole da mesma), mais um ano de aprendizagem das técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica inerentes à índole de cada uma (certamente, apenas, quando estas existirem), e meio ano de estágios opcionais em valências consideradas afins. Por exemplo, para a Infeciologia, seria obrigatória a frequência de estágio de Microbiologia, para a Reumatologia, a frequência de estágios de Fisiatria e de Ortopedia, para a Hematologia um estágio de Imunohemoterapia, bem como, por exemplo, a Imunoalergologia, a Endocrinologia, e, ainda, a Hematologia, teriam estágios em técnicas laboratoriais das respetivas áreas, etc.

As Especialidades de Oncologia e de Hematologia poderiam ser acumuláveis através de mais um ano opcional de estágio na outra especialidade, o mesmo podendo ocorrer, quer com o Intensivismo e a especialização de Emergentista, quer com a Pneumologia e o Intensivismo (embora neste último caso, não no sentido contrário). A Medicina Intensiva seria, pois, tal como já acontece presentemente, uma diferenciação muito importante da própria Medicina Interna (88)(133).

Uma das vantagens deste tipo de organograma de diferenciação seria proporcionar a existência de um número suficiente de Internistas para fazer face ao caos atual das Urgências no nosso país, sem sobrecarregar demasiado cada médico em termos da sua carga horária semanal (a Triagem ficaria a cargo do Internista dos Cuidados Primários, a Reanimação do Emergentista, e as Salas de Observação (ou seja, as Unidades de Cuidados Intermédios dos Serviços de Urgência) do Hospitalista.

Outra vantagem seria também a de promover um espírito de grupo entre todos os Internistas (Generalistas ou Especialistas), com um tipo de linguagem e de preocupações onde aquilo que seria comum teria uma importância muito superior ao que os pudesse fazer divergir, em matérias de organização e de distribuição de tarefas em função das competências e experiências respetivas.

Ainda uma outra vantagem seria a de permitir e facilitar o diálogo entre Cuidados Primários e Diferenciados (23)(33), pelo que a própria Medicina Interna se constituiria como uma das bases fundamentais na formação do Médico de Família (23)(59)(69)(90).

Simultaneamente, prevê-se de uma forma institucional, coerente e assegurando a necessária continuidade o apoio a áreas fundamentais, tais como os Serviços das Especialidades Cirúrgicas (130-131), Cuidados Paliativos (21), etc.

A Geriatria constituiria assim uma das áreas mais importantes de diferenciação (10)(21)(69), sobretudo para o Internista do Ambulatório e para o Hospitalista.

Estariam previstos, a título opcional, de uma forma comum a todos, a realização de mais um ano para a aprendizagem das metodologias da Investigação Científica e/ou das Atividades Pedagógicas para quem quisesse seguir a Carreira Universitária, seguidos ou não de mais dois anos para a efetuação de Teses de Mestrado ou Doutoramento (84).

Deste modo, em teoria, entre os 35 e os 40 anos, qualquer médico poderia atingir o topo das carreiras académica e/ou hospitalar, o que contrasta bastante com o que se passa presentemente.

Por fim, devo acrescentar que sou absolutamente favorável à separação efetiva entre o setor público e privado, bem como à exclusividade obrigatória dos médicos, em que os cargos de chefia deveriam ser ocupados por concurso e aprovação de um programa de ação, por períodos determinados no tempo e com uma autonomia administrativa e financeira perfeitamente estabelecida. Este regime de responsabilização faria obviamente supor a existência de salários dignos (7)(25)(77), onde também se tomasse em devida conta a produtividade individual, mas valorizando justamente as especialidades que desenvolvem quase que apenas atividade clínica e nas quais não é pressuposto serem efetuadas técnicas sofisticadas e onerosas em elevado número (Medicina Interna Geral, Infeciologia, Oncologia, Hematologia, Imunoalergologia, Endocrinologia e Reumatologia). Este aspeto, adicionado ao facto de se ter que investir fortemente no nosso país, na informatização, no secretariado clínico e na rentabilização séria das áreas do diagnóstico (Patologia Clínica, Imagiologia, Medicina Nuclear, Anatomia Patológica, Genética, Biologia Molecular, Microbiologia, Toxicologia e Fibroendoscopias) e terapêutica (Radioterapia) faria com que a produtividade dos serviços clínicos e o aproveitamento integral da capacidade instalada fossem muito superiores ao que se verifica atualmente, bem como, ainda, conjuntamente com a melhoria das condições hoteleiras, promoveriam um acréscimo notório da humanização dos cuidados de saúde prestados. Os sistemas alternativos (privado, convencionado e segurador) são complementares e efetivamente fundamentais, mas carecem igualmente de dignificação, não podendo ser jamais exercidos em tempo parcial ou na quase clandestinidade.

Tenho a plena consciência que a implementação destas propostas não se poderá nunca efetuar de um dia para o outro e que, talvez em grande parte até, sejam um pouco (ou muito?) utópicas! Contudo, estou firmemente convencido que, se não se caminhar, progressiva, mas consistentemente, na concretização de uma alternativa algo semelhante, ficará hipotecado, em grande parte, o futuro da Medicina Interna no nosso país, e não só... Uma outra alternativa, bastante mais radical, mas que permitiria pela negativa e pelo absurdo, demonstrar a verdadeira indispensabilidade desta especialidade, seria a de pura e simplesmente, promover a sua rápida extinção! Alguém poderia imaginar qual não seria o caos que se instalaria de imediato no Sistema de Saúde, e então, sim, justificadamente, a indignação generalizada dos seus utentes? De certeza, porém, alguém (ou todos) se encarregaria(m) de a reinventar, só que, desta vez, com um figurino, muito provavelmente, semelhante ao que acabei de propor!

CONCLUSÕES

Much of what is present is wrong, obsolete and out of time, and should be discarded in favor of new scientific thinking

THOMAS FRIST
Internista norte-americano

Tal como nos EUA (134-135), não há que ter receio em efetuar uma análise correta da situação e de propor a implementação das medidas consideradas necessárias.

Nem a especialidade, nem os seus especialistas, nem tão pouco os doentes ou os hospitais e o próprio Sistema de Saúde, retirarão qualquer benefício de uma ou de ambas as atitudes: fingir que tudo está bem, ou então, dizer mal de tudo, sem se ser capaz de propor nenhuma medida concreta consequente com princípios lógicos e coerentemente fundamentados. Contudo, só assim se podem priorizar as soluções necessárias.

Não basta dizer que se tem orgulho em ser-se Internista, e elogiar a índole desta especialidade, realmente ímpar. É imprescindível, simultaneamente, repensar toda a filosofia de organização da formação pré e pós-graduada, bem como a da organização hospitalar e a da própria especialização médica, tendo como prioritário aquilo que for efetivamente vantajoso para o Doente e para o Sistema de Saúde e, então sim, sem atávicos corporativismos, a Medicina Interna e os seus Serviços e Departamentos serão recolocados no desempenho dos papéis que correspondem efetivamente às suas potencialidades e à sua notável herança histórica.

Importa, pois, ter a coragem de se assumir com lúcida consciência e frontalidade que estamos perante uma crise sem precedentes que não será jamais resolúvel com posturas ambíguas e sem uma sólida fundamentação doutrinária. Espero ter dado um contributo realmente útil para a causa...

Texto que serviu de base a uma comunicação em Mesa-Redonda efetuada no VI Congresso Nacional de Medicina Interna, realizado em maio de 2.000, no Porto, intitulada "A Formação em Medicina Interna", moderada pela Profª Doutora Helena Saldanha

Medicina Interna, 2000, Volume 7, nº 4, tal como no livro *Medicina do Corpo e Medicina do Espírito*, editado pelo colega Barros Veloso sob os auspícios da SPMI na comemoração dos seus 50 anos de existência, numa edição de 2002

Nota: Não poderia terminar sem deixar uma dedicatória final ao Dr. Barros Veloso. Não porque alguma vez tivesse trabalhado diretamente com ele, ou por ter tido algum tipo de relacionamento muito frequente e/ou íntimo. Contudo, numa altura em que se aproxima a sua aposentação, não quereria perder a oportunidade de lhe testemunhar a importância que a sua presença nos diversos Fóruns Médicos, bem como a que os seus textos e pensamentos exerceram em todos os Internistas mais "lúcidos" e que se habituaram a "rever" na sua personalidade ímpar de médico e de cidadão, o que de mais eclético e genuíno se pode encontrar na Medicina Interna. A sua vasta cultura (cite-se os casos da azulejaria e do jazz), a grande diversidade de interesses dentro da ciência médica (repare-se no caso da Oncologia Médica), por vezes numa quase genial antecipação ao marasmo e à mediocridade reinantes (veja-se os exemplos dos temas da Qualidade e da Medicina Pós-Moderna!) seriam suficientes, por si só, para o colocar definitivamente na imensamente restrita galeria dos Notáveis contemporâneos. Não menos importante, as múltiplas conferências com que foi chamado a abrilhantar Reuniões Científicas organizadas por um colega e amigo comum (Fonseca Ferreira) no âmbito das atividades da Sociedade Médica dos Hospitais Distritais da Zona Sul de que fui um dos seus principais dinamizadores. Também, pelo protagonismo na tentativa de reabilitação e dignificação da especialidade, através da realização de Simpósios e Congressos, bem como pelo papel decisivo na refundação da respetiva Sociedade, e, ainda, pela edição da sua Revista, cujo prestígio muito se lhe fica a dever. Por último, por ter sido sempre um pensador consequente sobre o tema que constitui o âmago deste artigo, cujas ideias partilho na essência, ainda que o seu conteúdo se tenha revelado suficientemente incómodo para gorar a concretização de um projeto recente e de que a classe médica se viu, infelizmente, privada... Até sempre, Mestre).

Esclarecimento adicional necessário: O próprio decidiu excluir esta parte do texto aquando da sua publicação na Revista e no Livro, mas acho inteiramente oportuno e justo, não o deixar de exarar aqui para todo o sempre. Obrigado pelo exemplo de modéstia que só os verdadeiramente Grandes são capazes de ter.



Vista panorâmica de Lisboa, c. 1520, iluminura atribuída a António de Holanda, pintor originário provavelmente dos Países Baixos, 1480?-1557, frontispício da *Crónica de D. Afonso Henriques de D. Duarte Galvão*, Câmara Municipal de Cascais, Museu Conde Castro Guimarães



Hospital de Todos os Santos, pormenor da ampliação da imagem cedida, Gabinete de Estudos Olisiponenses da Câmara Municipal de Lisboa



Vista panorâmica de Lisboa e do estuário do rio Tejo, 1530-1534, iluminura de António de Holanda, pintor originário provavelmente dos Países Baixos, 1480?--1557, e de Simon Bening, pintor flamengo, 1483-1561, Genealogia dos Reis de Portugal, Londres, British Library, Ms Add. 12531



Hospital de Todos os Santos, pormenor da ampliação da imagem cedida, Gabinete de Estudos Olisiponenses da Câmara Municipal de Lisboa

DOENÇAS INFECIOSAS

Contextualização

Se a Medicina Interna foi a especialidade que adotei por inata vocação, a Infeciologia foi a que encarei como inalienável missão. Conceptualmente, não se diferenciam muito, por ambas possuírem um eminente caráter de transversalidade e de supraorganicidade, onde o enigma diagnóstico está sempre presente, o que as torna intelectualmente desafiadoras e estimulantes. Contudo, deverei esclarecer que esta orientação que dei à minha vida profissional aconteceu essencialmente por ter tido que dar seguimento, primeiramente, ao surgimento de uma nova doença, a infeção pelo vírus VIH, que em pouco tempo, literalmente, inundou de doentes o hospital no início da década de 90 do passado século, a que seguiu, alguns anos depois, a imperiosidade de ter também que ajudar a enfrentar a pandemia de COVID-19, experiências de vida que jamais poderei esquecer e que me permitiram aprofundar as minhas reflexões em torno do que é a vida, o sofrimento, a morte, e, afinal, o ser Médico.

Não poderia jamais ficar indiferente aos novos dilemas e realidades sociológicas, o que me impôs, em consciência, ter de adotar certos comportamentos, como o de reivindicar o acesso dos doentes aos novos tratamentos, bem como de ver reunidas as adequadas condições para o exercício profissional a quem tem por missão tratar as doenças que os afetam, combater todas as formas de discriminação, implementar metodologias de trabalho e de estratégias que permitissem o adequado acompanhamento clínico dos que apresentavam maiores debilidades sociais, designadamente dos excluídos e marginalizados pelos fenómenos da emigração ou do desemprego, para além de ter aprendido a lidar com os fenómenos das dependências e de todos os tipos de intolerância. Estigma e intolerância que, para além dos doentes, se estende também, não raramente, a quem os tratava e disso tive abundantes exemplos pessoais. E, também, por fim, não menos importante, envolver-me com projetos que, se tivessem sido levados às últimas consequências, poderiam ter conseguido colocar Portugal e o Mundo mais perto

de poder terminar com algumas doenças, enquanto problema de Saúde Pública, como no caso das infeções pelos vírus VIH e da hepatite C.

Também, de organizar debates sobre a vertente ética de toda aquela complexa problemática, atrevendo-me a tentar propor uma alteração legislativa que permitisse, em certas situações-limite, o internamento compulsivo dos portadores de doença infeciosa contagiosa com potencial pandémico, sem tratamento existente e com mortalidade associada elevada. Algo que se discutiu em circuito fechado, quer na Ordem dos Médicos, quer em debates públicos que envolveram especialistas com diversa formação académica e experiência profissional numa Instituição Universitária, mas que não teve, infelizmente, seguimento por quem de direito, o que torna o país potencialmente mais vulnerável perante a emergência de eventuais surtos com essas características.

Igualmente, de alertar para o possível surgimento de novas enfermidades ou o ressurgimento de velhas doenças, tendo para isso contribuído muito o longo e profícuo trabalho desenvolvido em parceria com o CEVDI de Águas de Moura (Centro de Estudos de Vetores e Doenças Infeciosas do INSA, Instituto Nacional de Saúde), onde a colaboração com o seu Diretor e fundador, o saudoso Professor Armindo Filipe e seus colaboradores, foi determinante para a formação dessa consciência. Problemática de idêntica índole que se veio a colocar na implementação da Consulta do Viajante e na criação do Centro de Vacinação Internacional, o que permitiu o posterior acesso ao reconhecimento da respetiva competência por parte da Ordem dos Médicos, tal como da profícua colaboração com a SPMV (Sociedade Portuguesa de Medicina do Viajante). É que convém ter sempre presente aquilo que o filantropo Bill Gates sentenciou de forma lapidar e assertiva: "a preparação necessária para fazer face a uma pandemia é a que devemos fazer para com a guerra".

A prática da infeciologia, por ter uma forte interdependência com a microbiologia e a saúde pública, estimula a procura de um melhor entendimento acerca do relacionamento das comunidades humanas, das pessoas entre si e destas com a natureza, o que nos faz ter de aprender muito acerca de assuntos tão diversos, quanto a ecologia, a integração dos novos avanços tecnológicos, tal como com a preservação do respeito pela ética na prática médica e das determinantes sociológicas das doenças, conhecimento sem o qual jamais poderemos exercer o nosso mister da forma mais adaptada possível à evolução das novas realidades, quer no presente, quer no futuro.

Nesta medida, não queria terminar a introdução deste capítulo sem focar, pela voz de outrem, aquilo que parece traduzir dois aspetos que reputo ser

fundamental refletirmos, porque, se por um lado, certamente nos iremos confrontar com uma próxima pandemia um destes dias, por outro, há que reconhecer que o que é necessário para lhe fazermos face se aplica a muitas outras realidades do presente, tal como escrevi abundantemente no meu livro *Reflexões em Tempos de Pandemia*.

Uma delas concerne à forma como encaramos a morte, tal como refletiu de forma oportuna o filósofo português, José Gil no seu livro *O Tempo Indomado*, ao dizer: "No hospital, a vida tonou-se no resíduo que existe no corpo e mais nada. A pessoa é desapropriada da vida porque é desapropriada da morte. Por isso o hospital se tornou, com a pandemia, um lugar extremamente paradoxal: lugar de horror e um lugar de esperança ao mesmo tempo. Não é um lugar de acolhimento, mas um lugar hostil, como uma espécie de inferno que anuncia a morte... se agora nos aproximamos da morte querendo morrer em casa, isso não significa que vai haver uma reaproximação dos ritos de morte que temos vindo a apagar cada vez mais. Houve isso, porque a pandemia nos fez acordar para a morte. Mas depois, vai haver novamente um encobrimento... queremos só uma coisa, que é essa pequenina imortalidade de esquecer a morte."

A outra que não posso também deixar de abordar é a nossa relação de profissionais com a comunicação social e os cidadãos, sempre ávidos de "novidades". Disse, com muito propósito, Manuel Maria Carrilho, igualmente um filósofo português que foi ministro da Cultura, no seu oportuno livro sobre a pandemia, intitulado *Sem Retorno*: "Todo o largo espectro das doenças de que padecem os seres humanos foi assim marginalizado pelo imperialismo alucinado da COVID-19, numa medonha comprovação do axioma totalitário que diz que "só existe o que se passa nas televisões", e sobretudo que estas vivem cada vez mais no regime unidimensional do entretenimento, quer ele se apresente com a máscara da informação ou das novelas, dos concursos ou dos comentários. A mediatização através de todos os media que, como que milagrosamente sincronizados, a pretexto de informar a verdade, pandemizaram a informação, rendendo-se completamente à espetacularização e à especulação sem freio a propósito de tudo o que lhe permitisse falar da COVID-19 e aumentar a emoção que todos associavam à sua progressão no mundo. Somos sem dúvida melhores a explicar do que a compreender... o que sempre se revela nesses momentos a um olhar mais atento e informado, é uma espécie de espetáculo ventríloquo... repetindo interminavelmente "o que se sabe", ainda que manifestamente pouco ou nada compreenda do que se diz. É também por aqui que passa hoje o contágio, neste caso, um poderoso e perigoso contágio mental que, em vez de informar, desorienta a generalidade das

pessoas que seguem as notícias. Mas é talvez mesmo esse o segredo do sucesso das atualidades: explicar o que não se compreende. Aqui é que certamente se justificava- em nome da saúde do espaço público, algum "confinamento mediático".

Somente concluiria a introdução deste capítulo, exclamando: Para meditar, sem dúvida...!!! E, aprender com humildade. Pois, sobre estes aspetos, também refleti em diversas partes do meu livro *Reflexões em Tempos de Pandemia*.

SETÚBAL, 2024/05/31

As doenças nosocomiais e os riscos profissionais da atividade médica: Deveres e responsabilidades no caso da Tuberculose

É hoje, por todos, possível constatar as alterações substanciais quanto à evolução que as doenças infeciosas têm tido, sobretudo desde o início da década de 80 do corrente século, e em especial depois da eclosão da pandemia da SIDA.

A título de comentário, pode-se presentemente dizer quão longe, infelizmente, fica a realidade atual daquela que certos autores tentaram predizer relativamente a esta problemática, tendo-se chegado a afirmar, no fim dos anos 70, que este tipo de enfermidades estava condenado à extinção pura e simples e que as mesmas deveriam ser remetidas definitivamente para os compêndios de História da Medicina!

A realidade das populações de todos os países do mundo encarrega-se, ela própria, de desmentir este erróneo presságio. Basta pensar na extraordinária morbilidade e mortalidade associadas a algumas doenças de elevada prevalência mundial, de que se destacam, por exemplo, a infeção VIH, as hepatites B e C, a malária, a schistosomose, a leishmaniose, as DSTs ou a velha tuberculose, bem como a etiologia de natureza microbiana de certas patologias, até há pouco tempo insuspeitada, onde se incluem, de entre um número cada vez maior e diversificado, a doença péptica, vários tipos de neoplasias, de que o sarcoma de Kaposi é um mero exemplo.

Também a realidade da vivência quotidiana da generalidade dos médicos confirma estas apreensões. Pensemos apenas na mudança substancial do tipo de

patologias internadas e observadas em consulta externa. São as afeções relacionadas com a miséria humana e afetiva, com os discriminados e excluídos da sociedade, com fenómenos em acentuada expansão, tais como a toxicodependência e a indústria ligada à pornografia, a grande mobilidade populacional (refugiados, emigrantes, viajantes, etc.), que condicionam decididamente a dinâmica epidemiológica das diversas nosologias e, em particular, como é óbvio, a das doenças infeciosas contagiosas, algumas das quais já acima referidas.

É certo que se registaram, contudo, avanços tecnológicos verdadeiramente notáveis, que ajudaram ao diagnóstico e controle de alguns destes flagelos. Lembremo-nos das técnicas imagiológicas (ECO, TAC, RNM, PET scan, Imunocintigrafia, biologia molecular, etc.), das vacinas de recombinação genética, das imunoglobulinas imunoespecíficas, da síntese por recombinação do DNA e aplicação terapêutica das múltiplas citoquinas endógenas e hormonas, dos antimicrobianos inclusos em lipossomas, dos transplantes de órgão, da cirurgia genética, ou das diversas técnicas de amplificação genómica aplicadas ao diagnóstico.

No entanto, tal como tem acontecido ao longo de toda a história da Humanidade, outras "novas doenças" vão surgindo, aparentemente a um ritmo avassalador, que nos vão fazendo lembrar que deveríamos passar a tratar a Mãe Natureza com mais respeito, já que simbolizamos a sua parte intrínseca presumivelmente mais responsável. O que fizermos presentemente em termos da. degradação do meio ambiente, nomeadamente, pela poluição e pela desflorestação indiscriminada das zonas intertropicais, repercutir-se-á inevitavelmente de forma negativa no nosso futuro próximo, enquanto espécie da mesma. São exemplo disso, a descoberta de vários vírus das ditas Febres Hemorrágicas (Ébola e outros), que tornaram este um tema frequentemente eleito para capa de diversas publicações de caráter não médico, assim como para guião de filmes hollywoodescos, assumindo, pois, uma inusitada e verdadeira dimensão mediática.

Para além disso, tornou-se ainda muito problemática a terapêutica das denominadas "velhas doenças", pelo surgimento ameaçador de quimiorresistências generalizadas e que nos deixam, com frequência crescente, com um leque de opções terapêuticas, em termos de antimicrobianos, cada vez mais reduzido. São exemplo disso, as infeções nosocomiais por estafilococos ou enterobateriáceas, mas também as infeções da comunidade, tal como as produzidas pelo BK.

É lógico pensar, pois, que Portugal não iria ficar intocado por estas transformações profundas. Em primeiro lugar, porque as condicionantes de natureza socioeconómica assim o determinam. Para isso basta apenas referir alguns exemplos: a guerra colonial, a descolonização, o retorno maciço de imigrantes,

a desertificação humana e do ecossistema das zonas do interior do país e a consequente concentração populacional em volta dos grandes centros urbanos, em particular no litoral, o incremento predador do turismo de massas, os fenómenos relacionados com a exclusão social, etc.

Por outro lado, o envelhecimento notório do parque hospitalar e a dificuldade em acompanhar os progressos tecnológicos já enunciados, mau grado os reconhecidos esforços desenvolvidos nos últimos anos, provenientes do crónico e grave subfinanciamento do setor da saúde, não permite encarar a resolução dos referidos problemas, com a prontidão e a eficácia exigíveis, por parte de um país que está integrado numa comunidade económico-política tida como de vanguarda ao nível mundial (a CEE!).

Se, por um lado, melhoramos substancialmente, por exemplo, em termos comparativos, no que diz respeito às taxas de cobertura vacinal e da mortalidade materno-infantil, mantemo-nos nos nada honrosos primeiros lugares no que toca a prevalência da tuberculose e da infeção VIH!

O equacionamento correto do contexto destes problemas e das consequentes respostas adequadas não depende exclusivamente do poder político, cabendo aos médicos individualmente e às suas organizações de classe uma cota importante desta responsabilidade.

No que toca à realidade do distrito de Setúbal, por motivos de todos conhecidos, esta problemática ganha uma acuidade especial ao nível nacional. Por um lado, pelos reconhecidos problemas de índole socioeconómica que seria fastidioso discriminar e que já foram objeto de reflexão profunda num Fórum Sociológico intitulado "Setúbal: 10 anos em Retrospetiva", realizado em janeiro de 1995, no qual tive uma intervenção denominada "Evolução dos Cuidados de saúde na perspetiva de um médico hospitalar – Implicações sociais". Por outro lado, pela grande carência sentida ao nível dos Cuidados Primários, com a falta de inúmeros clínicos gerais, já que ao nível dos Cuidados Secundários, com a construção dos novos hospitais de Barreiro e de Almada e a próxima ampliação do de Setúbal, espera-se que venha a aumentar e melhorar significativamente esta prestação.

Especificamente em relação à tuberculose, temática altamente preocupante e objeto principal deste artigo, teremos que verificar que tarda a efetivação do denominado. "Plano Pneumológico Nacional" e dos seus consequentes resultados práticos. Se bem que me pareça positiva a integração administrativa dos STDR nos hospitais da sua área de influência geográfica e a tendência para a criação de valências daquela especialidade em todos os hospitais centrais e distritais, alguns obstáculos permanecem.

Assim, o distanciamento geográfico dos STDR relativamente aos centros hospitalares onde se faz o diagnóstico e tratamento, em regime de internamento, de bastantes casos desta infeção, bem como a sua crescente associação à SIDA, veio dificultar o seu acompanhamento. Se se considerar que um dos fatores principais no êxito no tratamento desta doença é precisamente o da promoção da adesão do doente e que esta é frequentemente dificultada, precisamente, pela desmultiplicação desnecessária de consultas e exames a serem realizados nas diferentes instituições envolvidas (STDR e Hospital), que, entre outros inconvenientes, acentuam o absentismo laboral de estratos populacionais já de si desfavorecidos, não seria de concluir que seria mais consequente assumir na íntegra a prestação destes cuidados, no caso dos doentes que foram objeto de internamento, em consultas hospitalares de Pneumologia ou de Infeciologia (conforme os casos)?

Não deveriam, pois, em conformidade com estes pressupostos, os antibacilares ser fornecidos nas farmácias destas instituições, tal como foi preconizado numa reunião sobre este tema, realizada sob o patrocínio da APECS, em Lisboa, no ano de 1994? Não seria mais adequado, por exemplo, a vigilância da terapêutica dos casos de dupla Infeção VIH/BK ser efetuada nos Hospitais de Dia, das Unidades/Serviços de Doenças Infeciosas, onde estes doentes são seguidos, tanto mais que, nestes casos, esta infeção é frequentemente sistémica ou extrapulmonar?

Não será premente tomar na devida conta que uma parte substancial e crescente desta população de enfermos é precisamente do grupo dos toxicodependentes, onde o absentismo aos diversos locais de prestação dos cuidados sanitários mais básicos é por demais evidente, pelo que haveria que ter em especial atenção a integração numa equipa terapêutica que dispusesse de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, tentando humanizar a sua prestação e atenuar os efeitos devastadores deste verdadeiro flagelo? Não se evitaria assim o surgimento de muitos dos casos de falência terapêutica pelo incumprimento dos esquemas posológicos prescritos e o incremento consequente de multirresistência já verificados?

E o que dizer relativamente ao que se passa quando o doente tem que ser internado em meio hospitalar? É bom que se lembre que a grande maioria das instituições de caráter senatorial do nosso país foram irreversivelmente desativadas e que as poucas restantes estão completamente superlotadas com casos mais carenciados de índole social ou com doentes com BK multirresistente. E quantos não aguardarão por uma destas vagas, enquanto se encontram internados nos hospitais centrais ou distritais?

Onde é que estão os quartos de isolamento respiratório mandados construir por ordem ministerial nos nossos hospitais? Será que basta ao poder político

emanar uma ordem escrita, embora sem descentralizar as vultosas verbas necessárias, para aliviar a sua pesada consciência? Será que ainda há quem pense, como o fez o Dr. Salazar de má memória, que é suficiente legislar hipocritamente no Diário da República, para acabar de vez com a prostituição ou a mendicidade?

Não compreendem os nossos gestores da saúde e governantes que se trata de uma doença transmissível por via aérea, logo parcialmente independente dos comportamentos, e, por via disso mesmo, mais difícil de controlar em termos de epidemiologia hospitalar! Onde é que estão os meios de descontaminação do ar, as pressões negativas nos quartos de isolamento ou as máscaras com características adequadas?

Não se lembrarão aqueles senhores que em enfermarias coletivas como as nossas, um doente admitido por uma qualquer doença pode contrair uma outra (a tuberculose!), eventualmente bem mais grave, por incumprimento das próprias regras, precisamente por parte de quem as define, em contradição absoluta com os princípios legislados?

E não terão os profissionais de saúde, o direito de poderem exigir as devidas medidas de proteção contra uma doença de caráter eminentemente profissional que, na hipótese do BK multirresistente, não tem neste momento, praticamente, hipótese de cura possível? Ignorarão que anualmente vários casos de tuberculose se registam de facto no seio dos profissionais de saúde em todo o país? Não se tornará lícito, portanto, perante uma destas eventualidades, acionar os mecanismos jurídicos próprios de um verdadeiro Estado de Direito Democrático? Para quando o preenchimento dos lugares de Medicina do Trabalho nos hospitais, a que o Estado Português está obrigado por determinações europeias bem precisas? Em conclusão, não será preferível, tal como diz o velho aforismo popular, prevenir que remediar?!

Por todas as razões expostas e cientes da gravidade desta situação, os médicos responsáveis pelos Serviços de Medicina I e II, Pediatria, UCI, Urgência, Consulta de Doenças Infeciosas, Pneumologia e da Unidade de Broncoscopia do Hospital de S. Bernardo de Setúbal endereçaram recentemente ao Conselho de Administração, ao Diretor Clínico e à Comissão de Higiene e Epidemiologia Infeciosa o texto que a seguir se transcreve, e no qual tomei parte ativa na sua redação.

Este documento vem na sequência de um pedido oficial de financiamento para aquisição de diverso material (algum do qual fazendo parte do presente documento) endereçado à Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA no ano de 1994, por parte do Conselho de Administração do mesmo Hospital, tendo eu próprio participado também na sua elaboração, sem que tivesse havido até ao momento qualquer resposta oficial por parte daquela entidade.

DOCUMENTO

1. O distrito de Setúbal é um dos distritos do país com maior incidência de tuberculose, atualmente com 55 casos por 100.000 habitantes. São especialmente preocupantes as formas multirresistentes e a respetiva transmissão, sobretudo em áreas do distrito onde fatores como a toxicodependência, o alcoolismo e a degradação das condições sociais fazem prever menor aderência ao tratamento.

De ressaltar o incremento dos casos de dupla infeção VIH/BK que aqui têm significativa prevalência, condicionando um contexto menos favorável comparativamente a outras zonas do país.

Lembramos que órgãos do Ministério da Saúde elaboraram e difundiram recomendações respeitantes à necessidade de as instituições hospitalares disporem de espaços de enfermaria com características de isolamento respiratório, para prevenção da transmissão nosocomial desta doença. Será oportuno referir que se verificaram recentemente vários casos desta infeção em profissionais de saúde no nosso Hospital, nos quais a hipótese de transmissão intra-hospitalar da infeção foi justificadamente considerada.

2. Consideramos que o nosso Hospital deve enfrentar esta realidade e concretizar medidas adequadas, criando condições de diagnóstico de tuberculose e início de tratamento céleres, assim como reduzir o risco de transmissão nosocomial da tuberculose. Relativamente às condições para o rápido diagnóstico será adequado:

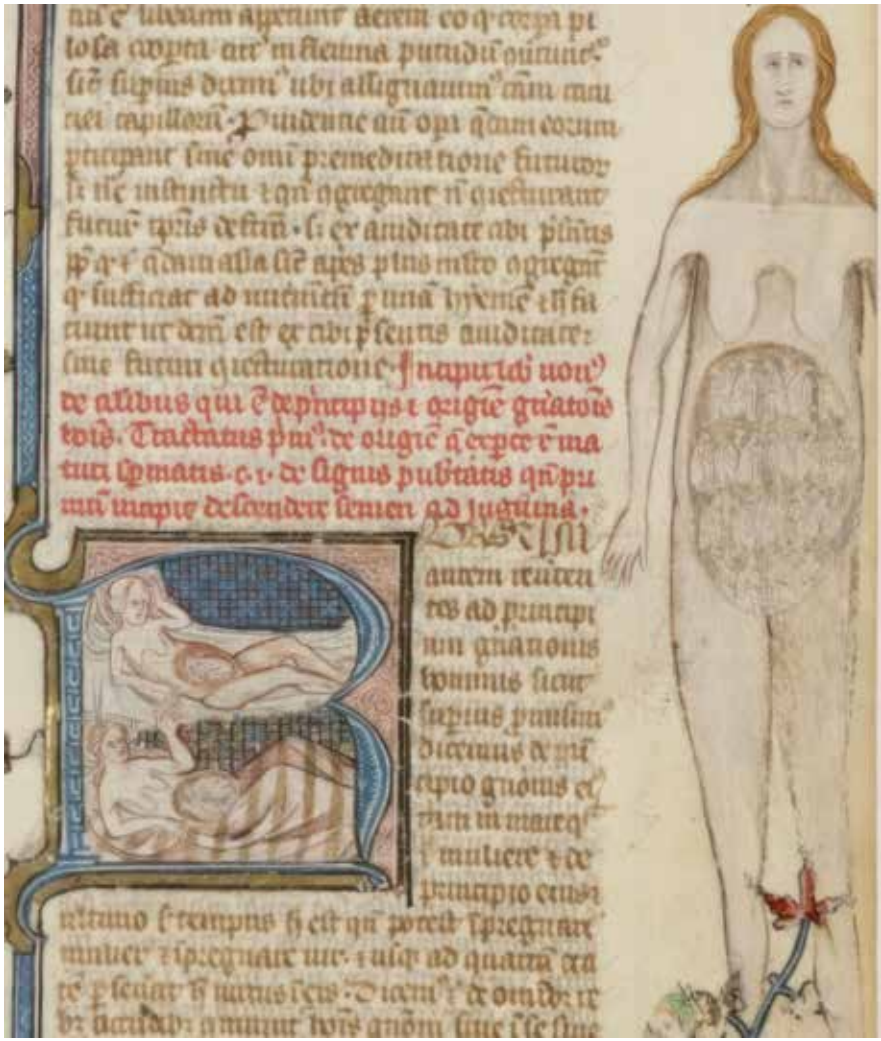
a. Execução de exame direto da expetoração para pesquisa de BK de doentes observados no Serviço de Urgência, com resposta urgente.
b. Realização no nosso laboratório da técnica de doseamento para ADA em líquidos orgânicos, porquanto tem elevada sensibilidade e especificidade na tuberculose pleural, meníngea e peritoneal.
c. Instalação da tecnologia de exames culturais em meio de BACTEC, possibilitando a obtenção com a maior brevidade de resultados culturais e TSA, em situações clínicas de difícil diagnóstico ou com suspeitas de resistências.
d. Aquisição de tuberculina PPD SRT23 a duas unidades do *Statens Seerum Institut* de Copenhaga, atualmente recomendada pela OMS e pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia para a realização da prova de Mantoux.

3. Relativamente à prevenção da transmissão nosocomial da tuberculose será adequado:

a. Implementação de medidas que visem o isolamento dos doentes com tuberculose pulmonar em fase de contagiosidade, particularmente das formas multirresistentes no nosso Hospital, no contexto da remodelação do seu espaço físico, o que permitiria efetiva a concretização das recomendações emanadas do Ministério da Saúde.
b. Utilização de máscaras pelos profissionais hospitalares que laborem em áreas de maior risco. Sendo desejável associar eficácia com a comodidade, propomos máscaras com características definidas pela OMS, atualmente utilizadas em enfermarias de risco de hospitais com valência pneumológica importante, por exemplo PCM2000 SUBMICRON FACE MASK (entregamos à Comissão de Higiene um exemplar da máscara utilizada no Hospital Pulido Valente).
c. Ponderação da necessidade de instalação de equipamento de filtragem do ar em zonas hospitalares com maior risco de transmissão de tuberculose.
d. Instalação de equipamento de descontaminação do ar, nomeadamente com recurso a lâmpadas de radiação ultravioleta.

Revista Ordem dos Médicos, da FNAM, 1992, número 1/2

Nota da Redação da Revista: Na sequência de uma reunião da FNAM com médicos no distrito de Setúbal e elementos da Direção dos Serviços envolvidos, em que foram levantadas questões relacionadas com os riscos profissionais, nomeadamente as infeções nosocomiais, o Colega Dr. José Poças elaborou o trabalho que se publica.



Representação pictórica de uma grávida, século XIII,
Alberto Magno, teólogo e cientista germânico
(1200-1280)

Testemunhos de uma Vivência

Cerca de treze anos após a descrição dos primeiros casos clínicos da infeção VIH, a SIDA tornou-se numa pandemia de dimensão planetária e é, atualmente, o principal problema de Saúde Pública mundial. É, ainda, uma doença eminentemente mediática e assume progressivamente um caráter verdadeiramente mitológico, à semelhança de outras epidemias tão bem conhecidas ao longo da já longa História da Ciência Médica, como sejam, por exemplo, a peste, a lepra, a sífilis ou a tuberculose!

Nenhuma daquelas, porém, provocou um tão grande impacto na Sociedade e no próprio Homem, quer ao nível epidemiológico, quer ao nível psicológico. Estimulou também um desenvolvimento tal da atividade investigacional e tecnológica nos mais diversos domínios científicos (Farmacologia, Microbiologia, Imunologia, Genética, Bioquímica, Biologia, etc.) que só encontra paralelo no cancro!

A sua mais ampla problemática envolve, pois, o ser humano na sua globalidade interior e nos aspetos mais intrinsecamente profundos e relacionais com o seu semelhante, como sejam os da sexualidade. Obrigou, inclusive, ao redimensionamento desta, não só numa perspetiva meramente individual, mas eminentemente civilizacional!

Reivindicamos o direito a uma paternidade consciente e responsável, mas temos que passar a ter de encarar igualmente a própria sexualidade como tal, não só em relação ao parceiro(a), mas, inclusive, em relação à descendência e, mais ainda, relativamente à própria Humanidade. A sexualidade não se esgota na genitalidade e ambas devem supor um relacionamento mútuo baseado no amor recíproco, para podermos ultrapassar o verdadeiro complexo gerado pela consciencialização de que, infelizmente, o sexo se tornou, para além do mais, num possível e frustrante veículo da própria morte. Só através do amor e no amor estas angústias se podem dissipar e a sexualidade reassumir as suas verdadeiras funções, conjunção sem a qual o homem não se perpetuará enquanto ser vivo inteligente e emotivo: a manutenção da espécie e o prazer.

Outra revolução produzida foi a da noção da importância da educação na formação das consciências dos jovens. Primeiramente, ao nível da família, com os pais. Depois, ao nível das escolas, com os professores. Por último, ao nível da sociedade, onde o Estado, através do Governo democrático e outras entidades individuais e coletivas (onde sobressaem, nesta problemática, as ONG's – organizações não governamentais, as diversas autoridades eclesiásticas dos diversos grupos religiosos e as variadas organizações pacifistas e ecologistas) que devem

cooperar em programas adaptados às realidades sociológicas de cada comunidade, grupo etário, religião, etc., sem hipocrisias ou falsas verdades, mas com os meios necessários à prossecução consequente de objetivos consensuais.

Não é mais legítimo ignorar que a verdadeira origem dos grandes problemas que a nossa civilização enfrenta – a fome, a guerra, a poluição, a extinção de espécies animais e vegetais, a superpopulação de alguns países e o envelhecimento de outros, o racismo e a xenofobia, o analfabetismo cultural e emocional – assentam numa faceta da própria Natureza, intrínseca ao Homem, que importa reconhecer, para equacionar uma efetiva mudança de comportamentos.

Flagelos sociais, como a miséria, o desemprego, a prostituição, a toxicodependência, a delinquência, os nacionalismos discriminatórios e os fundamentalismos religiosos, constituem fatores facilitadores da disseminação da infecção VIH e de outras eventuais futuras pandemias. É eminentemente necessário reedificar as relações interpessoais, intercomunitárias, interestados e mesmo interespécies, com base no respeito ecológico pelas leis imutáveis da Mãe Natureza e imbuídas de novos valores, como sejam o da solidariedade e o do respeito recíproco, relegando definitivamente o egoísmo e a falta de dignidade para a memória dos manuais de História.

Provavelmente, não foi só o comunismo totalitário e desumano que entrou em falência efetiva (aos níveis económico, político, filosófico e militar). Porventura, teremos obrigatoriamente que reconhecer que o liberalismo predador e consumista também deverá passar a fazer parte do passado. Ambos se mostraram desadequados à edificação de uma civilização verdadeira e necessariamente com dimensão humanística! Impõe-se que encontremos outros caminhos. Novos! É, neste momento, uma questão de mera sobrevivência da nossa espécie e do nosso património ético-deontológico coletivo, solidamente assentes no edifício de valores já enunciados. A justeza da nossa herança às gerações vindouras vai ser avaliada, não pela quantidade de riqueza material deixada, mas pela qualidade do conteúdo humanístico dos nossos valores geracionais.

O testemunho profundo e sentido de um jovem seropositivo, que aqui apresento de seguida, poderá, pela sua crua veracidade, servir de mote à nossa (e vossa!) reflexão sobre estes problemas.

Revista A Razão, 1996, número 49

"A MORTE NÃO ME ATEMORIZA..."

Vou falar-vos da minha experiência vivencial, qual circense homúnculo a que o anonimato protege. Que dizer, que acrescentar a essa dolorosa experiência de ter de me esconder (...)? Como encarar esta existência dual de normal/anormal, este duplo viver, este cinismo que se nos cola à alma, e que tudo subverte e sufoca? Como viver com a permanente mentira que resulta da abjeta condição a que são relegados os que, como eu, fizeram da heterodoxia o seu modo de vida? Como tranquilizar o condenado a uma morte a prazo, a quem é negado um futuro, prisioneiro do presente e em penitente autoreflexão sobre o passado?

O passado que nos aflora a mente, de forma mais inesperada. Sempre me opus à formalidade comportamental. Como são vazios os manuais de etiqueta, meros sintetizadores do cinismo social! A libertação dessa alienante sujeição a postulados meramente economicistas, a renúncia à sociedade onde tudo se compra e se vende, a renúncia a um mundo em que um sorriso é um *intermezzo* para a loucura.

A inocência, a crença na possibilidade de estabelecer relações de convivência baseadas na amizade, no respeito mútuo, na aceitação inquestionável do outro, na liberdade de escolha em oposição aos estereótipos que nos são impostos e que condicionam, ainda que a nível subconsciente, todas as relações que estabelecemos... A conotação libertária do movimento *hippie,* passando pela exaltação da criatividade individual, recorrendo muitas vezes à rotura violenta com os cânones e os padrões comportamentais vigentes... Todas as gerações têm as suas utopias; a nossa foi, essencialmente, uma geração hedonista.

A busca dos grandes espaços, o de viajar sem destino nem finalidade, em direção ao virtual infinito, em busca de algo ou de alguém, em fuga permanente duma realidade suja, fria e depressiva... (...). Como esquecer esses corpos jovens, ágeis e belos, em comunhão com todas as essências da vida, cabelos ondulantes, corpos salgados, lábios quentes e a inocência de um neófito?...

O sexo não era um fim em si, não era a meta pela qual lutávamos, mas apenas uma fase dessa comunhão, dessa partilha libertadora que nos libertasse da mediocridade de uma vida, espartilhada por lucros feitos ou a fazer. Na juventude, não vislumbramos a abjeta metamorfose que lenta e gradualmente se assenhorava dos nossos sonhos, nem a terceira-coluna que metodicamente conspurcava as nossas contradições existenciais. "Sexo, Droga e Rock'n Roll", a trilogia catártica de toda uma geração que fazia da liberdade e do livre-arbítrio o seu santo e senha!...

A recusa ao envelhecimento – a velhice é abjeta! A eterna fonte da juventude transmutada em LSD, que o bom do Timothy Leary caucionou com o seu grau académico da Berkeley de todos os saberes!... Como esquecer essa cálida e "salerosa" Málaga de mil romances, partilhados entre as ondas azuis do mar e os cálidos areais onde vivi meses a fio, até ser ciclicamente expulso pela sequência imutável das estações?

ENTÃO...

O cansaço, o terrível cansaço que atribuí à longa viagem Estocolmo-Lisboa, em trinte e seis horas ininterruptas de condução, levou-me ao médico de família, que me sugeriu uma interminável bateria de análises, entre elas a análise do VIH, circunstância a que não me opus, já que, identificando a doença com determinados grupos de risco em que não me inseria, me considerava ao abrigo de tão hediondo flagelo... Não sou nem nunca fui heroinómano nem homossexual, e após doze anos de fidelidade conjugal total, não poderia ser infetado através de relações extraconjugais.

Quando o médico, com uma diplomacia extrema, me revelou gradualmente o facto de eu ser seropositivo, a minha primeira reação foi de incredulidade e de não aceitação. Nos momentos iniciais, a notícia pairou no meu espírito, como algo longínquo, que eu, tranquilizadoramente imputei à subjetividade e à margem de erro, inerente a todo o processo analítico em que a ciência é pródiga.

O período que mediou até ao resultado definitivo das análises, feitas em credenciada instituição médica, foram momentos de angústia, que apenas o meu natural otimismo permitiu contrabalançar. Eu, que sempre encarei a medicina como um paliativo último para as disfunções orgânicas, da qual a juventude era um seguro eficaz, via-a agora surgir, de repente, como uma constante diária da minha existência. Análises constantes, a espera angustiante nos bancos de inúmeros hospitais, o ritual diferenciado da enfermeira, colocando as luvas protetoras...

Dois factos marcaram singularmente a minha vida: em primeiro lugar o facto de descobrir a seropositividade da minha esposa e o temor em relação à sua reação, que, mesmo que extrema, eu estava na disposição de aceitar.

Meu Deus!, como é terrível saber que fomos nós o veículo do sofrimento de outro ser, e acima de tudo se sentimos um amor profundo por esse mesmo ser! Se o meu amor pela minha esposa era enorme, após a sua reação perante esta nefasta realidade, transformou-se em verdadeira adoração, pois não sei se em caso inverso eu reagiria do mesmo modo...

Após a fase de descrédito, segue-se a de interiorização, as longas noites de insónia, o vasculhar milimétrico do passado, a análise de todas as probabilidades e o retorno de mãos vazias à realidade, a ignorância e a ilibação de um comportamento, também inocente, de alguém que funcionou como mero elo de transmissão inconsciente. Quem me infetou? Quantos terei infetado eu?

Esta dúvida dilacerante, esta culpabilidade doentia, que só a racionalidade permite atenuar, persegue-me dia a dia.

O HOSPITAL

A entrada no hospital com um inexplicável surto febril, 42 graus segundo me afiançaram, sentado numa cadeira de rodas e incapaz de me deslocar por meios próprios, a longa semana de inconsciência numa enfermaria anónima entre desconhecidos e os seus lamuriosos prantos... A morte, essa acidental circunstância da vida, não me atemoriza, fico aterrado, isso sim, com a doença, com o padecimento silencioso e impotente de um corpo dependente, sem livre-arbítrio, sem poder decisório, cadavérico espetro despojado de qualquer atributo humano, mísera flor condenada a fenecer dia a dia.

O lento despertar, as mãos amarradas, penalizado pela impossibilidade de manter a agulha do soro no braço, foi como um novo nascimento em que, lentamente, me situava, espacial e temporalmente. Os rostos de pessoas com quem lidava todos os dias e que, agora, se transmutaram em desconhecidos cuja presença ali me confundia, já que não conseguia estabelecer laços de causalidade... O processo de recuperação foi lento e só foi conseguido com a inexcedível ajuda da minha mulher e sogra, que suportaram estoicamente todos os meus caprichos alimentares e as mais estranhas bizarrias.

O esvaziar do cérebro, a incapacidade de associar conceitos e o vazio da minha outrora prodigiosa memória quase fotográfica, aliada a uma debilidade física que me impedia de caminhar por meios próprios, mero ectoplasma desfigurado... A fraqueza extrema em que me encontrava e a náusea que me revolvia o estômago e aquele inesquecível odor a comida que perdurava em todo o espaço útil e de que não me conseguia libertar...

Queria escapar daquele claustrofóbico universo branco, do qual a alegria tinha sido banida e onde pontificava a esguia figura do profissional da extrema-unção, que de uma forma rotineira e mecânica se acercava do meu leito e me consolava com as benesses do além igualitário e paradisíaco.

A memória (...) desvaneceu-se quase por completo, e tinha, inclusive, dificuldade em articular frases, tendo que reaprender todo o vocabulário funcional de

um indivíduo medianamente culto. As longas horas que passava no isolamento do meu quarto em intermináveis exercícios de mnemónica, decorando listas bizarras... As análises de rotina, que me levam a enfrentar as longas filas de idosos nas suas lamúrias, e as palavras reconfortantes da enfermeira que, de uma forma gentil, gabava o meu aspeto e a elegância do meu corpo em oposição à celulite que afetava o seu... O calçar das luvas era o limite entre dois universos, o do infetado e o do pseudo puro, que com ele contacta com distanciamento e repulsa camuflada.

Os dias que mediavam as vacinas e o prazo de obtenção dos resultados eram de angústia, já que, paradoxalmente, eu me sentia francamente bem, isso se exceptuarmos um cansaço constante e os indicadores dos CD4 a continuarem em acelerada baixa. O envelope aberto ato imediato à sua entrega e a sôfrega busca dos resultados, a impotência que se prende com o desconhecimento da terminologia empregue, levam-me a massacrar o meu médico assistente com perguntas muitas vezes descabidas... O tempo, uma nova noção de tempo, em que a precariedade leva a valorizar em extremo cada momento, e a descoberta de mil pequenos detalhes, outrora perdidos no turbilhão sensorial...

ACOMPANHAMENTO

Não pretendo culpabilizar nada nem ninguém, aceitando a ineficácia e a ilógica processual como característica normal de todas as organizações macrocéfalas, dependentes de conceitos abstratos e rígidos, desfasados de uma realidade não padronizável. Se, no aspeto clínico, tive uma assistência de qualidade, seja pelo zelo do meu médico assistente, seja pela disponibilidade de meios, ainda que o preço dos medicamentos se mostre incomportável, já no aspeto psicológico a inexistência de um acompanhamento psiquiátrico é total.

Assim, a meu ver, se a vertente clínica da doença revela um grau de efetivação bastante elevada, em contraposição à vertente psicológica, que é quase nula, sugiro que as equipas médicas sejam reforçadas com a presença de um psiquiatra, já que este esforço multidisciplinar permitiria atenuar o sofrimento do paciente.

Testemunho de um Doente, Revista A Razão, 1996, número 49

Nota: Li este texto num Simposium organizado pela Cáritas de Setúbal, a convite do seu Presidente, Eugénio Fonseca, realizado numa sala de congressos repleta de centenas de ávidos cidadãos plenos de curiosidade e temor, uma vez que ali se deslocaram para ouvirem as novidades que lhes permitiria ficar a saber um pouco mais sobre uma doença que tanto os intrigava, por ser nova para a Humanidade e de prognóstico muito reservado, dado não haver na altura tratamento eficaz. Fiz ainda uma conferência, onde li excertos de cartas que doentes e famílias me entregavam com muita frequência, quer no Hospital, quer na caixa do correio da minha própria residência. Umas, identificadas, e outras, não assinadas, certamente para que quem as escreveu não queria correr o risco de ser identificado, uma vez que a discriminação estava instalada na sociedade e no seu auge. Achei que falar pela sua voz era muito mais importante do que fazer uma dissertação apenas com terminologia científica. Mas, confesso, o que mais me emocionou foi ler este pungente texto escrito por um meu doente, sobretudo porque o próprio e a sua esposa estavam na assistência e só nós os três sabíamos disso. A sua morte, algum tempo depois, deixou-me uma estranha sensação de orfandade, que jamais tinha experienciado antes. Ser médico é, também, estar presente desta forma e nestas circunstâncias, tal como saber digerir sentimentos tão únicos como os que me invadiram nesses momentos. Algo que toca profundamente os doentes, mesmo que nem o verbalizemos. Basta a troca de algo que, sendo etéreo, se sente tanto que jamais o esqueceremos. À esposa, que ainda acompanhei até ao início do corrente ano, ligam-me laços de cumplicidade e de amizade imensas que perdurarão para além da relação médico-doente. Para sempre!



O Nascimento de César, século XV, anónimo.
Representa uma intervenção cirúrgica que,
por isso, passou a ter a denominação de cesariana

A assistência médica aos doentes seropositivos VIH do distrito de Setúbal: Uma realidade preocupante

Para quem lê regularmente o boletim trimestral da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, a perceção que se tem do impacto social desta pandemia ao nível do distrito de Setúbal está, infelizmente, bastante distorcida devido ao seu subdimensionamento.

Assim, segundo os números oficiais (que refletem apenas os casos declarados de infeção em fase de SIDA!), o distrito de Setúbal ocuparia o terceiro lugar (se considerarmos o seu valor em número absoluto!). Aqui começa precisamente o primeiro equívoco, dado que a linguagem epidemiológica mais fidedigna não é esta, mas sim a da sua prevalência (que toma em linha de conta este valor em relação ao número de habitantes de cada região), o que implica que a dimensão real desta infeção neste distrito ultrapassa largamente a existente no Porto e aproxima-se bastante da de Lisboa. Isto, sem contabilizarmos as subnotificações e o número crescente dos doentes em fase de portadores assintomáticos ou com critério de ARC, que a CNLS não divulga.

Será pertinente fazer aqui uma tentativa sumária de explicar esta realidade, dado que é desta consciencialização que poderemos partir para o equacionamento das necessárias respostas. Vários fatores serão, pois, de considerar:

1. A proximidade geográfica com Lisboa (o grande centro urbano do país, o distrito onde a prevalência é maior e onde a epidemia surgiu mais precocemente);

2. A extraordinária incidência de fenómenos sociais intrinsecamente associados (toxicodependência, prostituição, marginalidade, desemprego e miséria urbana);

3. A existência de um número considerável de outros estratos populacionais em que a disseminação da infeção é grandemente facilitada (indivíduos naturais dos atuais países de expressão oficial portuguesa ou ex-residentes, ex-militares com comissões nas antigas colónias de África, pessoas de etnia cigana, estrangeiros com comportamentos sociais marginais);

4. O facto de ser um centro turístico importante e ter um porto marítimo e fluvial com movimento apreciável.

Muitas outras considerações de natureza epidemiológica e sociológica se poderiam fazer, remetendo eu os leitores deste artigo para o livro de comunicações denominado *Setúbal: 10 Anos em Retrospetiva*, editado pela Universidade Nova de Lisboa, com base num Fórum sobre o mesmo tema organizado pelo seu

Departamento de Sociologia e no qual eu próprio fiz uma comunicação intitulada "Evolução dos Cuidados de Saúde no Distrito de Setúbal durante os últimos 10 anos, na perspetiva de um médico hospitalar: Implicações sociais".

O segundo equívoco diz respeito aos meios técnicos, humanos e de instalações que os serviços oficiais de saúde possuem para dar resposta à magnitude deste problema, sobretudo no que se refere à sua desadequação no seio das instituições prestadoras de cuidados médicos hospitalares, em comparação com o que se passa noutros distritos do país.

Assim, no que diz respeito aos dois Hospitais Distritais de Santiago de Cacém e do Montijo, as diversas carências são de tal ordem que poderemos praticamente afirmar que não possuem as mínimas condições para o acompanhamento integral destes doentes, sendo os mesmos geralmente encaminhados, respetivamente, para os hospitais de Setúbal ou do Barreiro. No primeiro destes casos referidos, teremos que acrescentar ainda que a distância quilométrica e as dificuldades de deslocação dos doentes são de tal monta que não será de mais dizer que a sua qualidade de vida, já de si muitas vezes precária pela natureza intrínseca da própria doença e das dificuldades económicas da grande maioria dos casos, se torna frequentemente intolerável. Idênticas considerações se podem fazer acerca dos residentes nos concelhos de Sines, Grândola e Alcácer do Sal, que pertencem igualmente à área de influência deste hospital.

No caso do Hospital do Barreiro, a assistência estruturada a estes doentes só este ano se iniciou (estando dependente do Serviço de Medicina Interna), havendo um longo caminho a percorrer na otimização dos recursos e na organização da interligação com os cuidados primários.

No caso do Hospital de Almada (que drena o maior agregado populacional do distrito e tem consequentemente o maior número de casos de infetados pelo VIH em seguimento clínico), a sua assistência está a cargo de apenas duas médicas infeciologistas que não possuem serviço próprio autónomo, pertencendo somente uma delas ao seu quadro permanente.

Finalmente, no caso do Hospital de Setúbal, as dificuldades são de diversa índole e porventura, ainda, de maior monta. A assistência aos mais de 300 seropositivos identificados está a cargo de três médicos internistas (dos quais apenas um pertence ao seu quadro efetivo, sendo simultaneamente infeciologista) que acumulam esta atividade com a de assistentes hospitalares de Medicina Interna (com internamento, consulta e urgência desta especialidade).

Não existe serviço próprio ou unidade autónoma, e as instalações disponíveis atualmente são completamente desadequadas (o edifício novo ainda não foi

efetivamente ocupado pelas especialidades cirúrgicas, de modo a ficarem disponíveis os necessários espaços no edifício antigo onde ficarão sediadas as especialidades médicas; falta a concretização do plano de reabilitação do edifício antigo, sem o qual será impossível dar a todos os doentes e aos profissionais de saúde condições idênticas de trabalho e de conforto minimamente imprescindíveis à prática de uma medicina moderna e de cariz humanizante).

Situam-se na área de responsabilidade deste hospital o maior número de centros de tratamento de toxicodependentes, alguns dos quais sem as condições necessárias nem idoneidade para esta importante tarefa e que funcionam sem qualquer espécie de controlo especializado. A não existência de um CAT no Barreiro faz também com que uma parte importante dos inúmeros doentes dessa área, que são assistidos no CAT de Setúbal, tenham vindo também a ser encaminhados para este hospital.

Em nenhum dos três hospitais principais referidos, à semelhança infelizmente do que se passa no resto do país, existem isolamentos respiratórios adequafos para internamento de doentes com tuberculose (infeção oportunista tão prevalente nos imunodeprimidos) que salvaguarde os outros doentes e os profissionais de saúde da sua disseminação nosocomial ou como doença de caráter profissional. Mais ainda, não existe um verdadeiro controlo epidemiológico ambulatorial dos conviventes ou dos que abandonam precocemente o tratamento, bem como a excessiva burocratização do sistema de saúde não estimula a imprescindível adesão destes doentes à vigilância clínica, nem permite a necessária confidencialidade, tal como já referi num artigo publicado na revista do Sindicato Médico da Zona Sul e intitulado "Doenças nosocomiais e os riscos profissionais da atividade médica: Deveres e responsabilidades no caso particular da tuberculose". Com esta realidade, não admira, pois, que os casos de multirresistência continuem perigosamente em crescendo (e alguns, muito seguramente ainda não identificados como tal!), parecendo inexplicável que as entidades responsáveis prefiram dar a entender que a ignoram, tal como foi referido durante o último Congresso Nacional sobre SIDA.

A agravar este quadro já de si bastante pessimista, foi-nos comunicado recentemente a existência de um acordo entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, para o qual os especialistas hospitalares não foram minimamente consultados, e que, a pretexto da rotura iminente dos serviços de saúde prisionais, remete para os hospitais civis a responsabilidade do tratamento dos doentes aí detidos! Ora o que acontece precisamente no nosso distrito, é que das três cadeias existentes, as duas maiores (Setúbal e Pinheiro da Cruz) estão na zona de responsabilidade

do Hospital de Setúbal, bem como, ainda segundo nos foi informalmente comunicado em reunião multidisciplinar recentemente realizada, ficará provavelmente sediada nesta cidade, a prazo mais ou menos dilatado, uma nova prisão distrital, para resolver o grave problema da superlotação das já existentes.

Colocam-se, pois, duas questões fundamentais: Quem é que se responsabiliza pela vigilância dos presos quando estão nas consultas externas ou internados e quem defende a integridade física e de bens dos outros doentes e pessoal de saúde, sabendo por experiência própria que o número de guardas prisionais é também altamente insuficiente? Como é que se pode pretender resolver a efetiva rotura de uma estrutura de saúde com o arrastar de facto para esta situação de umas tantas outras instituições já de si altamente deficitárias, e, ainda por cima, lançando eventualmente o caos no seio dos outros doentes a quem é devido igual respeito e dignidade?

Para além dos problemas já equacionados e de outros que o tempo e o espaço me obrigam a preterir, considero importante referir ainda algumas questões cujas respostas urgem:

1. Para quando a reativação efetiva das Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA e a sua coordenação com as ações da Comissão Nacional e as do Projeto VIDA? Inexplicavelmente, a de Setúbal não reúne há quase três anos!

2. Para quando o reconhecimento da Infeção VIH como Doença Crónica, permitindo colocar os doentes seropositivos ao abrigo do seu articulado legal, evitando que muitos deles tenham desnecessariamente que comprar alguns medicamentos de que necessitam permanentemente, ou os vão pedir à Segurança Social, ou, ainda, que pura e simplesmente não tenham a possibilidade de os tomar? Ignorarão as autoridades competentes que a maioria destes doentes é completamente dependente das suas famílias, já de si maioritariamente de um estrato socioeconómico bastante baixo, sem profissão regular ou desempregados, quando não raramente, marginais sem residência fixa ou família?

3. Para quando uma legislação efetiva e específica para os Hospitais de Dia, de modo a permitir que os seropositivos possam ter acesso fácil aos medicamentos imprescindíveis ao tratamento e profilaxia das suas múltiplas infeções oportunistas (à semelhança dos antirretrovirais) que permita a continuação, enquanto for possível, do seu desempenho profissional de modo a permanecerem cidadãos produtivos e humanamente realizados?

4. Para quando a estruturação adequada da articulação entre Cuidados Primários e Diferenciados de modo a descentralizar e otimizar a assistência médica e o apoio social que estes doentes tanto carecem?

5. Para quando uma verdadeira estruturação da assistência aos doentes tuberculosos, de modo a permitir a desnecessária desmultiplicação de atos médicos que estimulam a sua não adesão e fomentam a disseminação do temível fenómeno da multirresistência? Os infeciologistas e os internistas que já fazem o seu seguimento clínico, não terão também um papel a desempenhar no tratamento desta infeção oportunista, ainda por cima frequentemente sistémica e/ou extrapulmonar nos casos dos duplamente infetados pelo VIH e BK?

6. Para quando um efetivo controlo da idoneidade dos centros para tratamento de toxicodependentes que servem, frequentemente, para empobrecer ainda mais as famílias destes doentes, criando falsas esperanças e promovendo eventualmente o enriquecimento de quem tenha falta de escrúpulos?

7. Para quando a criação de CATs nas zonas do país mais afetadas, tal como a generalização dos programas de metadona (sob critério e controlo especializado psiquiátrico) que estimulem a adesão destes doentes aos cuidados de saúde e diminuam o impacto deste grupo na expansão imparável desta epidemia?

8. Para quando a criação de Núcleos de Infeciologia com instalações autónomas condignas e quadro médico próprio adequado que permita dar efetiva resposta a estes e outros eventuais futuros problemas da mesma índole em todos os principais hospitais, com a necessária colaboração de Infeciologistas e de Internistas?

Não se lembrarão as autoridades nacionais de saúde que este ano a OMS decretou, como tema principal de reflexão no Dia Mundial da Saúde, o das DOENÇAS INFECIOSAS EMERGENTES? Não se lembrarão, as mesmas, que o âmbito desta especialidade está bem longe de se esgotar na SIDA? E as doenças reemergentes e as de importação? E as ações das Comissões de Antibióticos e de Controlo da Infeção Hospitalar? E a tuberculose, as hepatites víricas e as doenças sexualmente transmissíveis que afetam muitos milhares de doentes anualmente no nosso país e cujas determinantes epidemiológicas e sociológicas são comuns com as da SIDA? E as muitas outras doenças infeciosas e parasitárias endémicas? E a necessária atualização periódica do plano de vacinação nacional?

Aos médicos cabe indiscutivelmente o direito de serem consultados pelas entidades governamentais sobre estes problemas e o dever de colaborar com estas na definição de estratégias corretas para a sua resolução. Existem diversas organizações da classe vocacionadas para este efeito que têm elaborado vários documentos cujas conclusões deveriam passar a ser tomadas na sua devida conta. Caberia, talvez, em minha opinião pessoal, à infelizmente moribunda (?!...) APECS (Associação Portuguesa para os Estudos Clínicos da SIDA) um papel preponderante

neste domínio. Cabe, contudo, inalienavelmente ao poder político democraticamente eleito, através dos seus órgãos de soberania competentes (governo e ministério da tutela), a inadiável missão de definir os *timings* e os conteúdos das respostas adequadas que urgem com a consciência plena da dimensão e gravidade dos problemas expostos e suas consequências no tecido social envolvente!

Pela minha parte, no âmbito restrito do meu hospital, entreguei recentemente um pedido de financiamento à CNLS ao abrigo do programa CRIA (em colaboração com as valências de Pneumologia e de Imunologia e com a concordância expressa da Administração e da Direção Médica) que irá permitir (se for aprovado por aquela entidade) um melhoramento substancial no tratamento destes doentes e ultrapassar, pelo menos transitoriamente, esta fase de iminente rotura.

Esperemos, ainda, pelos resultados práticos do Simposium que organizámos (em colaboração com o CEVDI – Centro de Estudos de Vetores e Doenças Infeciosas do Instituto Nacional de Saúde, dirigido pelo Professor Doutor Armindo Filipe), intitulado precisamente "A infeciologia e os Hospitais Distritais", a realizar no próximo mês de Outubro em Troia, que conta com a presença dos principais infeciologistas e internistas nacionais que se dedicam a esta problemática e cuja realização reflete as preocupações expressas e que vem na sequência das Jornadas denominadas "SIDA: Doença de Toda a Comunidade" realizadas em Setúbal há quatro anos e também da nossa responsabilidade.

Espero em futura oportunidade poder transmitir um maior otimismo. Até lá, no mínimo, haja esperança!

Informação SIDA, 1997, número 4



O Alquimista, século XVI, George Ripley,
alquimista e ilustrador inglês (1415-1490)

Doenças infeciosas emergentes

Embora seja um assunto eminentemente mediático e suscite atualmente a curiosidade da generalidade dos cidadãos, a verdade é que a grande maioria dos não especialistas não tem uma noção cientificamente correta sobre este assunto. Na realidade, o seu âmbito e complexidade são de grande magnitude e não é fácil resumi-lo apenas num texto introdutório. Mais ainda, dada a importância do tema e a interpenetração profunda com outros domínios da ciência tão diversos, tais como os da ecologia e da sociologia, a sua abordagem só se torna realmente possível no seio de uma verdadeira equipa pluridisciplinar.

O paradigma deste tipo de entidades nosológicas é o denominado Síndroma de Imunodeficiência Adquirida, mais vulgarmente conhecido pela sigla de SIDA. Como é do conhecimento geral, trata-se de uma doença de etiologia viral, que afetará, no virar do século, segundo estimativas da OMS, cerca de cinquenta a cem milhões de seres humanos em todo o planeta e cujo crescimento em Portugal atingirá, segundo estudo recentemente publicado, a duplicação do número de casos atualmente registados, ou seja, passaremos a ter mais de dez mil casos de SIDA e mais de cinquenta mil casos de seropositivos! A sua transmissão, tal como a maioria das doenças deste grupo (hepatites virais, sífilis, etc.), está eminentemente dependente de comportamentos (ligados fundamentalmente à toxicodependência e à atividade sexual), o que transforma a quase totalidade do comum dos cidadãos em potenciais alvos, à revelia dos inicialmente considerados "grupos de risco".

A agravar este facto, a sua evolução é, do ponto de vista clínico, muito polimorfa e bastante prolongada, o que conduz com frequência a que, quando o diagnóstico definitivo é estabelecido, já o doente se encontra numa fase relativamente avançada da sua imunodeficiência, tendo eventualmente contaminado durante todo esse tempo uma série de outras pessoas. Após o conhecimento da seropositividade, torna-se, pois, eminentemente necessário, com frequência, promover uma alteração substancial do seu padrão comportamental, situação só possível com uma cooperação estreita entre vários técnicos da área da saúde (médicos e enfermeiros), complementada com a de outros, tais como o psicólogo, a assistente social, etc., para além de, evidentemente e acima de tudo e de todos, o próprio doente!

Convenhamos que, nos casos em que existe uma grave desorganização estrutural da personalidade, em que os laços familiares se romperam há longo tempo, em que as dificuldades socioeconómicas só encontram paralelo na verdadeira

miséria terceiro-mundista, em que, por fim, a autoestima e os valores espirituais e de cidadania se subverteram completamente, como acontece infelizmente cada vez em maior dimensão, a referida e vital alteração comportamental é tarefa tão necessária quanto difícil.

Contudo, se bem que seja esta de facto a doença do século, muitos outros exemplos se podem dar, estes mais ligados a problemas de índole ecológica. São os casos das febres hemorrágicas (de que o exemplo mais conhecido é a produzida pelo Vírus Ébola), para cuja eclosão contribuiu seguramente a desflorestação das zonas tropicais e as guerras tribais fratricidas que conduziram a um êxodo de milhões de pessoas famintas em condições sanitárias infra-humanas.

Outro exemplo é o das encefalopatias produzidas por priões, de que o exemplo mais conhecido é a denominada "Doença das Vacas Loucas", para cuja eclosão foi determinante a absurda e artificial tentativa de transformação de um animal que a natureza determinou ser um herbívoro, em carnívoro, através da irresponsável e gananciosa atividade de alguns arautos do comércio selvagem e do lucro fácil!

Mas não é só deste tipo de afeções que se fala quando se trata deste tema. Temos igualmente que considerar no mesmo grupo as denominadas "Doenças Reemergentes", nas quais podemos incluir as vulgarmente conhecidas como "Doenças Venéreas", e, sobretudo, a tuberculose! Esta última afeção, inclusive, simboliza o confronto atual entre o primado da liberdade individual e o da liberdade coletiva. Como todos sabem propaga-se por via aérea, e, por via disso, pode afetar uma infinidade de pessoas aparentemente alheias a este problema, em curto espaço de tempo e num ambiente social supostamente inofensivo.

Por isso, nos casos de não aderência ao tratamento por parte do doente e perante o incremento assustador do fenómeno da multirresistência medicamentosa, as autoridades sanitárias de diversos países começam a encarar seriamente a necessidade de promover internamentos compulsivos, tal como acontecia nas célebres quarentenas dos viajantes marítimos dos séculos passados! Ainda por cima, esta terrível afeção (responsável pela maior taxa de mortalidade produzida por um único agente microbiano em todo o mundo, atingindo a cifra de vários milhões de pessoas/ano) está intimamente ligada a outros flagelos não menos importantes, tais como a SIDA, a toxicodependência, a miséria económica e social, etc.

Ao contrário do que se considerava até ao fim da década de setenta do presente século, não é seguramente a descoberta das vacinas e dos antibióticos, apesar do seu enorme aperfeiçoamento e da grande variedade atualmente disponível, que representarão o fim da Era das Doenças Infeciosas. O cerne de uma resposta adequada passa seguramente pela divulgação e interiorização de

uma sólida cultura geral sanitária acessível à grande maioria da população que promova a sua efetiva profilaxia.

Por outro lado, é necessário ainda que o comum dos cidadãos e os médicos se compenetrem da necessidade de se interessarem pelos grandes temas científicos do momento, nomeadamente os do âmbito da genética, já que tudo se encaminha para que a curto/médio prazo, no interior das sociedades democráticas, sejam eventualmente chamados a tomar decisões de caráter referendário. Os grandes enigmas da Vida biologicamente considerada e as futuras soluções técnico-científicas para os problemas que temos vindo a abordar passam, hipoteticamente, pela manipulação do genoma humano, problemática que extravasa bastante o domínio estritamente científico e se encontra profundamente inserido nos princípios da Ética e da Deontologia, na melhor tradição hipocrática.

A procura incessante e inconsciente da imortalidade, qual quimera longínqua e intemporal de todas as civilizações, credos e filosofias, poder-se-á tornar, assim, no principal obstáculo à sobrevivência do próprio Homem, enquanto Ser Civilizacional com a dimensão que hoje conhecemos e com o Património Histórico-Cultural e de valores construído ao longo de milhares de anos à escala planetária. É, pois, o momento de uma profunda e necessária reflexão sobre este tema, nem que seja como pretexto legítimo para que nos questionemos sobre o nosso futuro coletivo.

Se bem que este texto não tenha sido escrito de propósito para esta revista, mas sim como introdução a uma conferência recentemente efetuada a convite da UPSBJC e outra do Clube Rotário de Setúbal, existe um ponto em comum que não queria deixar de destacar. Enquanto, no primeiro caso, se pretende justamente homenagear o grande arauto da formação pós-graduada ao nível dos hospitais distritais (Professor Fonseca Ferreira), no segundo, pretendeu-se perpetuar a memória de um grande matemático (Bento de Jesus Caraça), cuja biografia está intimamente ligada à cidade de Setúbal. Em ambos os casos, trata-se de figuras de grande prestígio intelectual e cuja mensagem principal da sua práxis vivencial representou um questionar pertinente do *statu quo* vigente, de âmbito muito mais abrangente do que a sua formação académica faria supor, e que só o tempo se encarregará de trazer o merecido reconhecimento.

SETÚBAL, 1999/07/31

Boletim Clínico do HSB, 1999, número 11

Nota: Serviu também de mote a uma Conferência alusiva ao tema que fiz a convite do colega Pardete Ferreira no Clube Rotário de Setúbal algum tempo depois, na altura presidido por este colega



Representação pictórica do Boticário,
século XIV, autor desconhecido,
in Tacuinum Sanitatis, obra italiana

As Doenças Emergentes na Adolescência ou a Teoria dos Dois Mundos Paralelos

Abordar um tema tão vasto, complexo e pluridimensional, dirigido a uma plateia profundamente heterogénea e não especializada, num Encontro patrocinado por uma Associação Cultural de caráter regional que tem como patrono um intelectual português de grande vulto (a Universidade Popular Bento de Jesus Caraça), possuidor de uma obra tão eclética, exige, seguramente, um esforço adicional de abrangência conceptual que extravasa a aparente simplicidade do mesmo.

Devemos começar por definir conceitos e, desde logo, o de Doenças Emergentes. Não sendo um termo consensual entre a comunidade científica, penso ser correto, nesta exposição, dar-lhe um sentido bastante lato, ou seja, não fazer a restrição ao caráter de transmissibilidade, mas abranger também, para além das doenças inteira e genuinamente "novas", outras que estão em recrudescimento, e, mesmo, aquelas cuja evolução epidemiológica previsível e desejável deveria ter sido num sentido da sua regressão franca e não da sua nefasta e persistente permanência ou crescimento! Também ter-se-á que ter em atenção que esta classificação relativamente a cada caso concreto deve supor uma apreciação diferente, consoante a época e a localização geográfica em que nos situamos.

De facto, torna-se pertinente questionar em que realidade sociológica nos deveremos situar. Apenas na do universo restrito da nossa experiência pessoal? Ou, antes, e mais coerentemente, nos domínios da visão universalista da nossa "aldeia global"? Quantas realidades paralelas existem, ou, melhor, coexistem, acessíveis de imediato à nossa capacidade sensorial e cognitiva? Que pontos comuns serão possíveis de encontrar entre elas? Quais as suas diferenças? Serão os problemas nosológicos da adolescência equacionáveis apenas em função da problemática etária? Qual o papel dos diferentes contextos sociológicos na sua realidade intrínseca? Não será afinal pelo menos tão importante como efetuar a mera citação mais ou menos exaustiva das diversas doenças em causa, dissecar as suas verdadeiras causas e enquadramentos, apontando algumas soluções bem acessíveis à perceção, mesmo de leigos ou dos menos interessados?

Neste mundo em mutação permanente é ainda assim possível, em termos meramente didáticos, adotar e aplicar à análise e explanação deste tema, a divisão e classificação sociopolítica clássica, entre países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, entre mundo ocidental e oriental, ou, então, entre norte e sul... Contudo, sem nunca nos alienarmos de que estes diversos submundos fazem, afinal, parte integrante da nossa vida quotidiana diária globalmente considerada,

constituindo-se antes como realidades profundamente heterogéneas interdependentes, estabelecendo contactos profundos e promovendo influências permanentes entre si, negando, pois, na prática, a visão dicotómica puramente reducionista que se poderia inferir da adoção acrítica da classificação primeiramente apresentada e cuja validade é sobretudo decorrente de uma conjuntura convencionada e assente maioritariamente em médias estatísticas de uns quantos parâmetros demográficos e económicos que estão longe de refletir fielmente a grande riqueza civilizacional dos diversos povos e culturas. O mundo de hoje é, no seu âmago, uma coincidência temporal de múltiplas realidades híbridas.

De um modo genérico, poderemos dizer que nos países do primeiro grupo são emergentes as doenças ligadas a comportamentos mais de natureza individual, enquanto nos do segundo são sobretudo prevalecentes as denominadas doenças reemergentes, mais dependentes de comportamentos coletivos.

No primeiro caso, poderemos citar as doenças transmissíveis (SIDA, hepatites virais, tuberculose, DSTs, etc.), as doenças do viajante (*jet lag*, síndroma da classe económica, paludismo, etc.), ou de outras diversas naturezas, tais como a DPCO, a neoplasia do pulmão, a cirrose hepática, a aterosclerose, as doenças cárdio e cerebrovasculares, as demências, as doenças degenerativas do SNC, as alergias, a obesidade, o stresse emocional, as disfunções sexuais, o suicídio, etc., decorrentes, em grande parte, da explosão da toxicodependência, do turismo sexual, do tabagismo, do alcoolismo, das alterações dietéticas e da sobrenutrição, da poluição, do envelhecimento, do sedentarismo, das alterações da matriz sociofamiliar, da depressão psicológica, etc.

No segundo caso, podemos referir, de entre as doenças transmissíveis, a febre tifoide, a cólera, a leptospirose, as infestações parasitárias intestinais e os síndromas diarreicos, as febres hemorrágicas, a schistosomose, a leishmaniose, a tripanossomose, etc., ou de outras diversas naturezas, tais como, por exemplo, a malnutrição, etc., decorrentes de múltiplos fatores, de entre os quais se destacam as deficientes condições sanitárias básicas, a guerra e a fome, os êxodos populacionais foçados, as alterações climatéricas prolongadas e acentuadas, a desflorestação intertropical, o consumo desenfreado dos recursos naturais, a sobrepopulação, etc.

Fazendo jus ao princípio segundo o qual não existem fronteiras administrativas ou diplomáticas para o mundo microbiano, muitas das doenças do primeiro grupo acabam, afinal, por ter maior expressão epidemiológica nos países do segundo grupo (nomeadamente as de natureza infeciosa), tal é a precariedade dos seus sistemas prestadores de cuidados de saúde e as assimetrias na distribuição

dos exíguos recursos humanos e materiais disponíveis, em função daquilo que seria realmente necessário fazer e implementar em tempo útil.

As soluções a empreender serão, pois, eminentemente de natureza diversa, se bem que algo complementar, a saber:

- Na primeira circunstância, passam sobretudo por uma consciencialização educacional que permita a necessária alteração dos comportamentos que estão na sua base que promova estilos de vida mais ecológicos e menos mercantilistas, ou seja, mais humanizados e humanizantes;
- Enquanto na segunda, são fundamentalmente de natureza deontológica e política, exigindo ações integradas num verdadeiro espírito de solidariedade planetária que comprometa, individual e coletivamente, todas as instâncias envolvidas e a envolver!

Trata-se, em última análise, de um verdadeiro desafio de índole ética, vital à sobrevivência da nossa civilização comum, onde a necessária convergência do avanço científico e do desenvolvimento económico sustentado deixem de permitir a marginalização de uma parte muito significativa e maioritária da Humanidade, tal como se verifica, inaceitavelmente, neste momento, e, infelizmente, com uma previsão futura de se verem agravadas as assimetrias que estão na base da sua etiologia, pelo menos, a curto-médio prazo!

Por último, deve-se referir ainda que grande parte dos problemas equacionados são, na essência, tal como entendo dever ser devidamente destacado, acessíveis à sua profilaxia, logo eminentemente evitáveis. Esta simples constatação torna-nos, a todos, cidadãos do mesmo planeta, cúmplices das soluções que viermos a adotar (ou que permitirmos que sejam empreendidas por outrem...) e das suas consequências futuras inerentes. Este é um dever de consciencialização cívica que ninguém, educadores e pais, famílias e escolas, técnicos e leigos, estados e governos, jamais poderá escamotear!

Após a extinção da varíola, e a próxima e possível extinção de outras doenças infeciosas por meio da vacinação em larga escala (ex.: a poliomielite, etc.), a abordagem deste tema é de extrema utilidade e pertinência, quanto mais não seja para deixar bem vincado que outros desafios se nos colocam presentemente, mesmo fora do contexto aparente das doenças transmissíveis, mais na dependência do nosso estilo de vida e da relação que estabelecermos com o nosso semelhante e o planeta que habitamos (entendido como o conjunto dinâmico de todas as diferentes realidades biológicas, geológicas e antropológicas). Saibamos, pois, construir um futuro melhor, aprendendo com os erros do passado!

Prefiguram-se no horizonte próximo novos desafios importantes, como sejam os decorrentes da manipulação genética, que, segundo alguns dos seus arautos, poderão comportar parte da solução dos problemas tratados, ou quem sabe, também, constituir nova fonte de desequilíbrios e de preocupações, sobre as quais é necessário começar, sem grande demora, a tomar verdadeira consciência...

SETÚBAL, 2000/04/26

Nota: Texto de uma conferência proferida na Escola Secundária de Bocage, antigo Liceu Nacional de Setúbal, onde estudei na adolescência, a convite do colega e amigo Irineu Cruz da UPSBJC – Universidade Popular de Setúbal, Bento de Jesus Caraça



Santa Elisabete da Hungria enquanto Enfermeira a Dar Banho a um Doente Leproso, século XV, autor desconhecido, na Catedral de Kosice, Eslováquia

As implicações da Crise Económico-Social: Algumas Considerações no Âmbito das Doenças Transmissíveis

Os tempos primitivos são líricos, os tempos antigos são épicos, os tempos modernos são dramáticos

VICTOR HUGO
Escritor e político francês, 1802-1885

RESUMO

A propósito de uma intervenção pública realizada recentemente sobre a temática das Doenças Transmissíveis no âmbito da discussão sobre a evolução e o futuro do SNS, o autor faz uma breve introdução, onde refere os novos conceitos e avanços no domínio destas doenças e da respetiva especialidade que permitem antever o desenrolar de bastantes e difíceis desafios, efetuando seguidamente uma breve análise da realidade nacional mais recentemente publicada (2000--2013), com especial realce para o que se passa no distrito de Setúbal (que representa 8,14% da população nacional, 82,21% dos quais habitam na Península do mesmo nome). Nos parâmetros analisados para os quais se desconhece oficialmente o que se passa nesse âmbito geográfico e administrativo, são referidos, também em comparação com o todo nacional, os números apurados na ARSLVT (onde a Península se insere, embora seja de destacar que os concelhos do Litoral Alentejano que a ele pertencem foram mais recentemente integrados na ARS do Alentejo, o que tem óbvias implicações em termos de financiamento hospitalar e da acessibilidade por parte das respetivas populações aos cuidados de saúde diferenciados que forem considerados nas Redes de Referenciação das respetivas especialidades).

A referência explícita à Doença Crónica do Fígado, dentro do conjunto das Doenças do Aparelho Digestivo, justifica-se porque se sabe que, no nosso país (bem como em quase todos os restantes) uma percentagem muito significativa se deve a infeções crónicas por vírus hepatotrópicos (designadamente o HBV, e, sobretudo, o HCV).

Na discussão, dá-se especial realce à revisão dos estudos e artigos mais relevantes publicados sobre o tema, designadamente dos que fazem uma análise da influência dos fatores sociais e económicos na dinâmica epidemiológica das

doenças infeciosas e transmissíveis, bem como da custo-efetividade de algumas intervenções.

Termina com uma chamada de atenção para as possíveis consequências, neste âmbito, das políticas que estão presentemente a ser implementadas no nosso país, bem como das responsabilidades que cabem a cada um dos principais intervenientes, designadamente aos profissionais, aos gestores, e aos políticos, não deixando de apresentar ainda propostas concretas que visam a desejável sustentabilidade do SNS.

PALAVRAS CHAVE

Crise Económico-Social; Doenças Transmissíveis; Doenças Infeciosas; Saúde Pública

INTRODUÇÃO

Nós estamos no limbo de uma crise global no que diz respeito às doenças infeciosas. Nenhum país estará a salvo. Nenhum país poderá jamais suportar a indiferença desta ameaça

HIROSHI NAKAJIMA
Secretário Geral da OMS, 1996

A História da Medicina é, em grande parte, dominada pela evolução das doenças transmissíveis. Os avanços na área médica, com reconhecidos e notórios reflexos em termos da morbimortalidade à escala planetária, situaram-se sobretudo no período que mediou entre a revolução industrial, que surgiu nos inícios do século XVIII em Inglaterra, e a primeira metade do século XX (até ao pós-II Guerra Mundial imediato), nos domínios da denominada Saúde Pública (início da implementação das medidas de saneamento básico, difusão das regras elementares de higiene sanitária e o despertar para a importância determinante dos fatores ambientais e da segurança alimentar), a par da descoberta da imunoterapia (ativa, primeiramente, e passiva, depois), bem como da utilização dos primeiros compostos quimioterápicos antimicrobianos.

Este vertiginoso avanço, no "curto" período de cerca de 250 anos (se tomarmos como referência que a história da Humanidade orça as muitas centenas de milhares de anos), provocou uma eufórica sensação de superioridade e mesmo de uma quase invencibilidade a caminho da mítica imortalidade divina, ao ponto

de alguns responsáveis terem admitido que "a guerra contra as doenças infeciosas tinha terminado", tal como afirmou em pleno Senado o então celebérrimo Cirurgião-Mor dos EUA em 1967, e também L. Thomas, venerando Dean da Yale Medical School em 1976, quando anteviu, erradamente, que "a descoberta de novas doenças teria igualmente cessado".

Falsas declarações que não tiveram ainda qualquer eco significativo no presente século XXI, onde nem mesmo com os maiores avanços indiscutivelmente registados nos mais diversos domínios, designadamente, na biologia molecular, na farmacologia, na genética, na imunologia, na epidemiologia e na nanotecnologia, fizeram com que alguém sequer ousasse reeditar semelhante profecia ou evidenciar idêntico estado de espírito, ao ponto de, ao invés, ter sido criado um movimento à escala planetária, denominado *"One Health Iniciative"* (que pretende unir na ação e na base conceptual dos seus fundamentos, a Medicina Humana e a Medicina Veterinária, e que teve em Portugal como seu primeiro e maior cultor o saudoso Professor Doutor Armindo Filipe, Diretor do CEVDI até 2001, conceituado médico veterinário e eminente arbovirulogista), e vários sistemas bastante sofisticados de vigilância epidemiológica das denominadas doenças emergentes e reemergentes (o "ProMED Mail" e a "Emerging Infectious Disease Network" da IDSA, o "GPHIN", do Canadá, o "Health Map", projeto cooperativo norte-americano e inglês, o "MedSys", europeu, o "EpiSPIDER", o "BioCaster", japonês, o "Distribute", da ISDS, o "GeoSentinel", da ISTM e do CDC, o "Argus", da Universidade de Georgetown, o "Landsat Thematic Mapper", da NASA, o "Projeto Foresight", inglês, o programa "RAPIDD", do Centro Internacional *John Fogarty*, americano, ou o "Projeto PREDICT", cooperativo entre diversas instituições americanas altamente credenciadas, em concreto, a Universidade da Davis, o *Global Viral Forecasting*, a *Wildlife Conservatory Society*, a *Ecohealth Alliance* e o *Instituto Smithsonian*, etc.).

A verdade é que, em consonância com o atrás referido, um não muito remoto relatório oficial internacional (OMS, 2008) afirmava perentoriamente que as doenças infeciosas eram causa direta de cerca de quinze milhões de mortes anuais (o que constituía então a segunda causa de mortalidade ao nível mundial, e a primeira nos países em vias de desenvolvimento, sobretudo na faixa etária da pediatria), e que tinham sido descritos cerca de cinquenta novos agentes microbianos patogénicos para a espécie humana nos últimos 40 anos, dos quais, entre 2/3 e 3/4 eram de natureza zoonótica, e veiculados, maioritariamente, por vetores.

No fundo, parecia que todos se tinham esquecido durante demasiado tempo das sábias observações efetuadas por Charles Nicolle, Prémio Nobel da Medicina em 1928 e durante alguns anos diretor do Instituto Pasteur de Paris, quando este

afirmou há quase um século, com toda a sapiente lucidez que "Irão haver sempre novas doenças. É uma fatalidade. Uma outra fatalidade, é o facto de nós não sermos imediatamente capazes de determinar a sua etiologia. Devemo-nos, pois, resignar com a ignorância perante os primeiros casos. Eles serão, pelo desconhecimento, encarados como uma doença já conhecida", e ainda por Rudolph Virchow, em 1867, que afirmou, com grande argúcia e oportunidade que "não passava um único ano sem que ele próprio diagnosticasse uma nova doença".

Numa altura em que alguns países (sobretudo no sul da Europa, e designadamente na Península Ibérica) estão a sofrer severas restrições orçamentais decorrentes de programas de assistência financeira implementados pelos respetivos governos, mediante acordo prévio com organismos internacionais externos, e na sequência dos quais as populações se deparam com uma acentuada, brusca e prolongada crise económica e social, que muitos consideram ser a mais grave do último meio século é, pois, pertinente, levantar a questão de saber identificar e avaliar quais as consequentes implicações desta nova realidade na dinâmica epidemiológica das diversas nosologias enquadráveis neste âmbito.

Esta questão é tão mais candente quanto se vai também tomando consciência que ela coexiste com outros fenómenos assaz preocupantes (ONU, OMS, FAO, 2000-2010), em especial o envelhecimento, a sobrepopulação, a não renovação geracional, e as alterações climáticas e ecológicas que, conjuntamente, ameaçam degradar o meio ambiente e a qualidade de vida das populações, bem como também a segurança alimentar e as reservas de água potável do planeta, a níveis nunca imaginados até há poucos anos, com as inerentes e lógicas implicações, em especial ao nível do padrão epidemiológico das nosologias de cariz transmissível, designadamente as de origem microbiana, que serão, no fundo, o objeto primordial deste artigo.

OS NÚMEROS DA REALIDADE PORTUGUESA NO QUE CONCERNE ÀS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Quando o infortúnio se torna geral num país, o egoísmo torna-se universal

CHARLES DE MONTESQUIEU,
Escritor e filósofo francês, 1689-1755

Quando se abordam estas questões, se consultam e analisam as estatísticas nacionais disponíveis e se é em simultâneo um experiente conhecedor da realidade objetiva vigente, podemos concluir imediatamente que existem dois aspetos incontornáveis: Há uma generalizada subnotificação das DDOs, e muitas outras doenças de etiologia microbiana são difíceis de serem contabilizadas, não só porque a realização de autópsias clínicas é uma exceção na prática clínica da grande maioria dos hospitais portugueses, mas também porque o ICD10 remete muitas das denominadas infeções de órgão ou sistema (tal como o faz igualmente para as doenças oncológicas) para fora do capítulo das doenças de natureza infeciosa propriamente ditas, o que dificulta bastante a sua correta quantificação e avaliação relativas.

Outra dificuldade, mais de natureza conceptual, e mesmo de cariz científico, é a distinção entre Doença Infeciosa e Doença Transmissível. Se é verdade que, por um lado, nem toda a Doença Transmissível é de origem microbiana, já que as de etiologia genética também o podem ser, tem de se tomar igualmente a consciência que, por outro, algumas doenças infeciosas não têm necessariamente um caráter transmissível. Isto sem contar que esta complexidade de conceitos pode aumentar enormemente, se considerarmos que dentro das denominadas doenças idiopáticas ou degenerativas (quer agudas, quer crónicas), um número crescente, através investigações que se têm vindo a realizar com cada vez maior intensidade nos últimos anos, se suspeita poderem ter uma etiologia microbiana, ou então, um seu contributo desencadeante mais ou menos decisivo, conforme cada caso em concreto, o que implica tomar em consideração novos conceitos, como por exemplo, o de "microbioma" (que alguns autores consideram ser o nosso "metagenoma"), "endoretrovirus", "quasespécie", "cassetes", "transposons", "microarrays", "terapêutica génica", "terapêutica anti-sense", ou de "fragmentos proteicos prião-like", bem como, finalmente, a promissora utilização com fins terapêuticos, num futuro não muito distante, de alguns agentes microbianos (sobretudo víricos), ou dos seus ácidos nucleicos, etc.

Resumidamente, ao tomarmos conta dos dados fornecidos pela DGS (1995--2008), a propósito das DDOs, imediatamente se constata que existe uma diminuição acentuada e quase generalizada do número de notificações, apresentando o distrito de Setúbal uma taxa/cem mil habitantes um pouco inferior à da média nacional (respetivamente, 10,9 e 13,1). De realçar que, não contabilizando a tuberculose, as principais infeções notificadas são as salmoneloses (excluindo a febre tifóide e a febre paratifóide, felizmente já bastante raras enquanto entidades autóctones), a sífilis, a febre escaro-nodular e a parotidite epidémica (todas com mais de cem casos anuais a nível nacional).

No que concerne especificamente à tuberculose (segundo a mesma DGS, 2011-2013), a taxa anual de incidência foi pouco superior aos 20/100.000 habitantes (que é o valor que delimita a fronteira entre aquilo que a OMS considera média e baixa prevalência), ocupando o distrito de Setúbal (com 22,55/100.000 habitantes) a quarta posição ao nível nacional (a seguir a Lisboa, Porto, e Viana do Castelo). Esta taxa é, contudo, muito superior (1,5 e 24 vezes mais), entre alguns subgrupos, em especial nos cidadãos dos PALOPs (incluindo o Brasil), e nos emigrantes oriundos dos países do Leste Europeu (sobretudo da Roménia). Entre a população de reclusos, segundo a mesma fonte, tem-se infelizmente registado um aumento constante do número de casos anuais nos últimos três anos (tendo passado de 42 casos em 2010, para 49 em 2011, e 65 em 2013).

A taxa de cura daquela infeção tem sido sempre superior a 80%, embora tenha diminuído em 10% de 2010 relativamente à média dos três anos anteriores (respetivamente, de 92% para 82%), sendo, contudo, muito inferior (entre 53 e 77%) em alguns grupos populacionais específicos (imigrantes, toxicodependentes, coinfetados por VIH ou sem abrigo). As taxas de resistência e de multirresistência não têm também felizmente aumentado nos últimos doze anos, concentrando-se a maioria dos casos no distrito de Lisboa, ocupando o de Setúbal a terceira posição (respetivamente, com vinte e três casos), e registando-se uma tendência para um decréscimo das primeiras e uma ligeira oscilação, com tendência para a estabilização, ao nível das segundas (variando esta última, neste espaço de tempo, entre 3,1% em 2000, e 1,5% em 2006, situando-se em 1,7% no ano de 2011). Preocupante é a diminuição da taxa de realização da serologia VIH nestes doentes, que passou de 87% em 2009, para 85% em 2011, e 81,44% em 2012.

Relativamente à Infeção VIH, sabe-se que, no contexto comunitário europeu, a prevalência desta infeção é, em Portugal, uma das mais elevadas nos três estádios habitualmente considerados (SIDA, CRS e infeção assintomática), quer relativamente à infeção por VIH-1, quer sobretudo, em relação à infeção por VIH-2

(UNAIDS, WHO e ECDC, 2011-2012).Se formos analisar estes parâmetros naquilo que representa a sua distribuição por distritos, concluímos que, em números absolutos, Setúbal ocupa o terceiro lugar (com 5153, o que corresponde a 21,86% do total dos 23.562 casos registados a nível nacional, dos quais faleceram, respetivamente, 1133 e 9619, a que corresponde a uma percentagem de, pela mesma ordem, 21,98 e 40,82%). Contudo, em relação à sua correspondente prevalência, este mesmo distrito ocupa então o segundo lugar (com valores de 0,60 contra os 0,22% nacionais), muito próximo da que se verifica em Lisboa (INSA, 2011), isto apesar de se saber que continua, infelizmente, a existir uma significativa subnotificação mais ou menos generalizada.

Se atendermos agora ao que se passa na população prisional (DGS, 2011), verificamos que o número de casos tem diminuído consistentemente de 2002 até 2010 (onde passou de 725, para 328 casos/ano), acontecendo o inverso com a taxa de execução do teste serológico de triagem, aproximando-se este parâmetro, neste último ano, dos quase 90%. No que concerne aos CADs, o número de testes anuais subiu consistentemente de 2000 até 2008 (tendo sido contabilizados, respetivamente, 2337 e 25.804), tendo estabilizado a partir daí (24.279 testes em 2009), ao passo que o número dos positivos passou a decrescer a partir de 2006.

A prevalência desta infeção tem vindo a diminuir consistentemente (IDT e INSA, 2011) entre a população toxicodependente (que deixou de ocupar o primeiro lugar em 2003, o que correspondia a 43,7%, para passar para o terceiro, depois dos heterossexuais, e, em 2011, situava-se quase em *exe aequo* com os homo-bissexuais, com 17,5%, de entre os denominados grupos populacionais de maior risco), facto que se ficou a dever ao assinalável êxito dos programas de troca de seringas e de preservativos, bem como ao da substituição opiácea medicamente controlada, iniciados em 1993 por iniciativa conjunta da CNLCS e do IDT, com o apoio, designadamente, da ANF.

Em termos do número de casos declarados através dos CATs (IDT, 2011), o distrito de Setúbal ocupa o primeiro lugar com 390 casos, variando a percentagem de seropositivos para VIH, nesta população, entre os 2% (nos doentes aí atendidos nas primeiras consultas) e os 34% (doentes assistidos em Centros de Dia licenciados), apresentando valores intermédios de 10% em diversos outros subgrupos (doentes internados em Comunidades Terapêuticas, ou assistidos em Unidades de Desabituação, etc.). Ainda segundo a mesma fonte, a prevalência de HBV, HCV e tuberculose oscila nesta população, entre, respetivamente, 1 e 4%, 20 e 65%, e 0,3 e 4%.

Apesar do inegável sucesso destas medidas, consubstanciado na consequente diminuição da prevalência destas infeções (designadamente do VIH), a distribuição anual de seringas sofreu uma diminuição sensível a partir de 2000 (onde passou, nesse ano, de 3.504.357, para 2.037.497 em 2010), e a sua importância geográfica ao nível distrital não tem, contudo, sido proporcional à prevalência daquelas infeções (IDT, 2010). Assim, constata-se que, sendo mais volumosa em termos numéricos nos distritos de Porto e Lisboa (com, respetivamente, 28,97 e 25,22%), no de Setúbal, onde, como já se referiu, estes problemas são particularmente prevalentes (foi de apenas 1,63% do total nacional).

Abordando agora a Morbilidade Hospitalar (DGS, 2008), as Doenças Infeciosas e Parasitárias apresentam um peso diminuto de 1,3% apenas, sendo o seu impacto no distrito de Setúbal ligeiramente inferior à média nacional (respetivamente, 1,9 e 2,1%). Em termos de doenças específicas, as infeções por VIH e por HCV são, de longe, as mais importantes (com, respetivamente, 722 e 115 doentes internados anualmente).

Já no que se refere ao grupo das Doenças Profissionais (DGS, 2008), o peso das Doenças Infeciosas e Parasitárias (se bem que muito inferior às causadas por agentes físicos, e às que envolvem o aparelho respiratório e as dermatológicas) manteve-se relativamente estável no período entre 2005 e 2008 (entre 36 casos em 2006, e 23 em 2007), apresentando praticamente o mesmo peso das do foro alergológico, mas, contudo, bastante superior às provenientes da exposição a agentes químicos.

No que diz respeito às causas de Mortalidade (DGS, 2008), as Doenças Infeciosas e Parasitárias (com 2652 casos anuais, o que corresponde apenas a 2,53%) vêm muito atrás das do foro cardiovascular, oncológico, respiratório, endócrino-metabólico e digestivo, situando-se em valores muito próximos das de causa neurológica, ou do aparelho génito-urinário. Ainda segundo a mesma fonte, dentro das Doenças Infeciosas e Parasitárias, a principal causa é, de longe, a SIDA (com 717 casos, correspondendo a 27,03% dos 2652 casos), o mesmo sucedendo com a Pneumonia no capítulo das Doenças Respiratórias (com 5141, correspondendo a 44,43% do total de 11.580 casos), e com a Doença Crónica Hepática no âmbito das Doenças do Aparelho Digestivo (com 1351, correspondendo a 29,47% do total de 4583 casos). Quanto à sua distribuição geográfica, também segundo a mesma estatística, o peso da Pneumonia no distrito de Setúbal é muito semelhante ao da média nacional (respetivamente, 25,8 e 26,5), sendo bastante inferior, contudo, no que concerne à Doença Crónica do Fígado (respetivamente, 5,9 e 10,4).

Procurando agora analisar o capítulo dos Anos de Vida Perdidos (PNS, 2012), a infeção VIH/SIDA ocupa o quinto lugar (com valores iguais aos da Doença Crónica Hepática), e a Pneumonia o décimo primeiro, respetivamente, com taxas padronizadas/100.000 habitantes, de 128,5 e 58,5 anos (projetando-se para 2016 uma redução para, 63,1 no primeiro caso, para 93,4, no segundo, e para 38,2 anos, no último). Ainda de acordo com a mesma fonte, se atendermos agora à distribuição geográfica, em relação ao que se passa na ARSLVT em comparação com o todo nacional, no que concerne à Doença Crónica do Fígado, à infeção VIH/SIDA e à Pneumonia, podemos concluir que, no primeiro caso, é bastante inferior à média do país, acontecendo o inverso no segundo, apresentando, no último, valores muito idênticos (com números, respetivamente de, 136,6 e 162,6, no primeiro caso, 517,0 e 297,6, no segundo caso, e 74,9 e 76,5, no terceiro).

Quanto ao parâmetro Mortalidade Precoce (PNS, 2012), as Doenças Infeciosas e Parasitárias vêm em nono lugar ao nível nacional, com valores de 231 anos de vida perdidos/cem mil habitantes (cifra quase coincidente com a das doenças do aparelho digestivo e a dos acidentes de transporte). Se analisarmos então este mesmo parâmetro, mas por doença específica para a faixa etária das pessoas com menos de 65 anos, podemos concluir que, no que respeita à infeção VIH/SIDA, assistiu-se a uma evolução positiva entre 2001 e 2009 (onde passou de 9,9 para 6,2), projetando-se para 2016 uma diminuição ainda mais acentuada (4,2 anos de vida perdidos/100.000 habitantes). Quanto à distribuição geográfica, tal como se tinha observado no anterior parâmetro referido, o valor da ARSLVT é substancialmente superior à média nacional (respetivamente, 17,5 e 9,9).

Analisando ainda de forma sumária, o que é que se passa com os consumos de antimicrobianos no ambulatório (Infarmed, 2011), tem que se constatar que eles são numericamente muito inferiores aos que se verificam para aos aparelhos cardiovascular e locomotor, bem como aos que dizem respeito ao sistema nervoso central e às doenças endócrino-metabólicas, sendo sobreponível aos pertencentes ao aparelho digestivo (quer em volume de unidades, quer no correspondente dispêndio financeiro). Analisando a sua distribuição geográfica e o cálculo prospetivo para 2016 (PNS, 2012), podemos verificar que os consumos definidos em termos de DDD/1000 habitantes/dia são, ao nível da ARSLVT, muito idênticos aos correspondentes à média nacional, tendo-se assistido a uma diminuição de 19,0 para 17,0 de 2001 para 2009, esperando-se que venham a atingir a cifra dos 13,9, dentro do prazo de quatro anos. Estes números colocam-nos numa posição intermédia no contexto europeu (ECDC, 2011).

Finalmente, em relação às infeções ligadas aos cuidados de saúde (DGS, 2009 e 2010), as mais prevalentes são, por ordem decrescente, as que envolvem o trato respiratório inferior, as das vias urinárias e as da ferida cirúrgica. Em termos dos agentes microbianos isolados, realça-se que as bactérias *gram* negativas predominam, com 55,8%, ao passo que as *gram* positivas atingem os 37,1%, e os fungos, 7,1%. De destacar ainda que a percentagem de MRSA atingiu uma exorbitante em termos europeus (entre 52,0 e 69,2%), o que nos coloca, infelizmente, na liderança (DGS 2010 e ECDC 2011).

AS IMPLICAÇÕES DA CRISE ECONÓMICO-SOCIAL

Eis o que está a acontecer: extenso e profundo sofrimento humano, um número crescente de situações que desafiam as mais básicas e éticas noções de dignidade humana

"Carta Aberta" aos dirigentes políticos e às autoridades de saúde da Europa, pelos presidentes das associações médicas e outras diversas personalidades relevantes das comunidades académicas e médicas de Portugal, Espanha, Grécia e Irlanda, OPSS, 2013

Embora não haja logicamente ainda o distanciamento temporal suficiente e necessário para contabilizar estas questões com a necessária objetividade, basta conhecer o suficiente de História da Medicina e ter uma prática assistencial consecutiva há mais de 30 anos, maioritariamente a tratar doentes graves e doenças complexas em populações com notórias dificuldades de acessibilidade e com acentuadas fragilidades sociofamiliares e carências económico-financeiras, para imediatamente se intuir que esta influência negativa irá ser inevitavelmente confirmada num prazo mais ou menos dilatado no tempo.

É sintomático que nos dois primeiros meses do corrente ano, a par da iniciativa da FSNS referida em epígrafe, tanto a OM, quanto a FCG, e ainda a UC, a DGS e o INSA tenham organizado debates sobre este tema, nos quais muitos intervenientes defenderam essa mesma tese.

No debate organizado pela OM, com a presença de destacados representantes dos países da Europa Comunitária submetidos a programas de assistência financeira internacional (Portugal, Espanha, Grécia e Irlanda) saiu um documento público tipo "Carta Aberta", em que os signatários lembravam aos seus governantes que, para além das disposições constitucionais de cada estado membro da CEE, existem vários documentos e acordos comunitários em vigor (os Tratados Europeus de Maastricht e de Lisboa, o Livro Branco da Comissão Europeia), ou

mesmo internacionais extracomunitárias (Conferência sobre Sistemas de Saúde da OMS) cujas disposições na defesa dos Direitos à Saúde e da Proteção Social estão bem explicitadas, tendo sido obviamente subscritos pelos representantes legítimos desses mesmos países, pese embora, na prática, no momento presente, não estejam a ser adequadamente tidos em conta ou sequer devidamente respeitados, aquando da implementação das políticas sociais vigentes.

Em complemento, o famigerado e sempre incómodo *Relatório da Primavera* de 2012, efetuado anualmente pelo OPSS, foi intitulado sugestivamente de "Crise e Saúde: Um país em sofrimento". Nele se refere, no decorrer de uma extensa e profunda análise, a título de exemplo, no sentido claro de alertar para o que poderá vir a ocorrer também no nosso país num futuro próximo, a presente situação dramática da Grécia, na qual se registou uma subida em flecha da prevalência de infeção VIH de 2010 para 2011, sobretudo no grupo dos toxicodependentes. Este nefasto acontecimento, segundo os entendidos observadores, dever-se-ia não só ao abandono progressivo, naquele país, das medidas de saúde pública que se sabe serem úteis e necessárias numa política consequente de redução de danos (distribuição de seringas e preservativos, substituição opiácea medicamente controlada, etc.), mas igualmente ao facto de alguns comportamentos de risco deliberadamente assumidos pelos próprios, dado que, nesta situação verdadeiramente limite, entenderam que contrair aquela infeção seria a forma mais imediata de poderem voltar a ter alguns dos apoios sociais entretanto perdidos, perda que estes sentiram, consequentemente, não ser mais tolerável de todo.

Por outro lado, ainda nesse mesmo país, sabe-se que coincidentemente com esta crise económico-social, se identificaram nos últimos três anos diversos focos endémicos (CDC, ECDC, OMS), quer de malária (*Plamodium Vivax*), quer de infeções por arbovírus *(West Nile*), cujo combate mais eficaz será seguramente dificultado pelo mesmo contexto desfavorável.

A este propósito convirá chamar a atenção que, no nosso país, o anunciado rompimento do acordo com a ANF no corrente ano de 2013, no que concerne ao seu apoio ao Programa de Troca de Seringas, a extinção do IDT, bem como o caso de infeção por vírus *West Nile* verificado na Península de Setúbal em 2011, e os casos de infeção por vírus do dengue no Arquipélago da Madeira ocorridos em 2012 (INSA, DGS e ECDC 2011-2012) poderão vir a ter um efeito algo semelhante ao descrito, se as medidas que se impõe em termos de controlo sanitário não forem implementadas e tiverem a necessária continuidade.

Esta é a abordagem que fazem e o tipo de alertas que nos deixam, em termos do problema da Grécia, Bonovas e colaboradores, no que concerne à

problemática dos países da orla mediterrânica, Vittecoq e colaboradores, e, ainda, Bourman e colaboradores da "Task Force on Environmental Change and Security" da Universidade Norte-Americana de Georgetown, que vão ainda mais longe, ao considerarem que, para além da manifesta influência das questões sociais em termos da dinâmica epidemiológica das doenças transmissíveis, existem também potenciais graves implicações na própria segurança dos estados afetados, e consequentemente, dos respetivos governos.

Não existindo muita bibliografia disponível sobre este tema, permitir-me-ia destacar ainda alguns artigos mais, cujas conclusões se afiguram relevantes para este fim. Enquanto Stuckler e Semenza se ficam por uma abordagem genérica e expectante, Suhrcke e colaboradores lançaram, no credenciado periódico *Eurosurveillance*, o repto de se responder a um inquérito por via eletrónica que Rechel e colaboradores coletaram, analisaram e publicaram recentemente. Neste estudo, com base nas respostas fornecidas por peritos e interessados, a um inquérito pré-formatado (e em que apenas 1 dos 54 respondedores era português), foi possível apurar que 68% consideravam que os serviços de Saúde Pública seriam supostamente os mais vulneráveis aos efeitos da crise, afetando sobretudo, segundo 67% dos mesmos, os subgrupos populacionais mais marginalizados (imigrantes, desempregados, sem abrigo, etc.).

O mesmo Suhrcke e colaboradores noutra publicação faz ainda um estudo exaustivo de meta-análise que envolveu 37 publicações anteriores de vários autores e países, realizados entre 1987 e 2010, onde maioritariamente as conclusões foram no sentido de apoiar a influência negativa da crise económico-social no padrão epidemiológico das doenças transmissíveis, à semelhança, de resto, com o que, na década de 90 do século anterior, já se tinha passado na grande maioria dos países do Leste Europeu, sobretudo dos que resultaram da desagregação da ex-União Soviética, em que se constatou uma explosão dos casos de infeção por VIH, de infeções pelo bacilo da tuberculose (muitas vezes associado a uma significativa multirresistência aos fármacos de primeira linha), e mesmo, de um subida inusitada de casos de difteria.

A quantificação do seu inerente impacto económico sobre a sociedade e as nações obedece a modelos muito complexos, tal como foi muito bem detalhado por Pitman e colaboradores para o Reino Unido, estando em curso a operacionalização de um estudo de índole semelhante à escala europeia, denominado *BCoDE* (ECDC 2011).

No que se refere àquilo que já foi calculado e estimado para as denominadas "três doenças do milénio", sabe-se que o impacto da infeção por VIH e da malária

na África subsariana foi, em 2010, equivalente a, respetivamente, 20 e 15% do PIB dos respetivos países, e a infeção por *Micobacterium Tuberculosis* representaria uma perda anual para a economia mundial equivalente a 12 biliões de USD.

Já no que concerne ao capítulo das doenças emergentes, calcula-se que, no seu conjunto, entre 1995 e 2008, tenha representado, em termos de perda para a economia mundial, cerca de 120 biliões de USD, dos quais somente o SARS tenha atingido a cifra dos 50 biliões (para a China, Hong Kong, Singapura e Canadá), a "Foot and Mouth disease" 35 biliões (para o Reino Unido e Taiwan), a BSE 19,5 biliões (para o Reino Unido, EUA, Canadá e Japão), e a Gripe Influenza (aviária e porcina), cerca de 12,5 biliões (para a Ásia, EUA, Canadá e EU, entre 1997 e 2004).

Ainda segundo o mesmo estudo, só os EUA já terão despendido, na preparação para um eventual ataque bioterrorista, aproximadamente 50 biliões de USD, depois de terem contabilizado perdas de 200 milhões de USD com a denominada crise do "pó branco" (que consistiu na disseminação intencional de *"bacilus antraxis"* em 2001, pouco tempo depois do ataque terrorista que derrubou as torres gémeas em Nova York), estimando-se que um futuro ataque em maior escala com esta mesma bactéria poderia custar a enormidade de 26 biliões de USD por cada 100.000 pessoas expostas!

Por último, destacar a custo-efetividade demonstrada para a identificação serológica precoce dos respetivos infetados, bem como da terapêutica presentemente disponível, quer para a infeção por VIH, quer para a infeção por HCV, sendo possível de evidenciar, relativamente ao primeiro caso, uma vantagem significativamente superior à conseguida com estratégias que ninguém se lembraria de questionar, no que concerne a uma série de outras patologias de cariz diverso (cardiovascular, oncológico, etc.), e, em relação ao segundo caso, uma quase duplicação (nalguns subgrupos de doentes) do número de RVS que se consegue obter com a combinação tripla, utilizando como terceiro componente um dos dois novos fármacos já aprovados para uso clínico, relativamente ao que se conseguia com a combinação dupla até aqui geralmente utilizada.

Mais ainda, em relação à infeção por VIH, existem presentemente perspetivas sólidas que apontam para um impacto epidemiológico significativo, ao nível populacional e intrafamiliar, da terapêutica individual (ou seja, da CV do infetado sobre a CV da comunidade), bem como da eventual custo-efetividade, não só desta mesma estratégia, mas também da manutenção das coformulações da TARV, o que, a confirmar-se, poderia contribuir para se decidir pela utilidade de se optar por tratar todo e qualquer seropositivo desde a altura da sua identificação e com um esquema de TARV bem adaptado às idiossincrasias de cada um e que fosse

simultaneamente mais facilitador da importantíssima adesão ao seu projeto terapêutico, por motivos de saúde pública (para além, logicamente, dos potenciais benefícios significativos sobre a saúde do próprio portador) (*Guidelines* Nacionais dos EUA, fevereiro de 2013).

CONCLUSÕES

Quase todos os homens são capazes de superar a adversidade, mas se se quiser pôr à prova a coragem do homem, dê-se-lhe poder

ABRAHAM LINCOLN
Ex-Presidente dos EUA, 1809-1865

Depois da extinção da varíola em 1977, as principais organizações sanitárias mundiais têm-se desdobrado em planos e metas que, em muitos casos, têm ficado bastante aquém do expectável, como se tem verificado, por exemplo, com o caso da poliomielite, que supostamente já deveria também ter sido extinta há um bom par de anos, mas que ainda é endémica em diversos países da Ásia e da África subsariana (OMS, CDC, ECDC, 2013).

No nosso país, também muito do que se tem legislado e anunciado fica-se apenas pelo enunciado de intenções mais ou menos benévolas. Caberá, pois, ao Ministro da Saúde a inalienável responsabilidade de não deixar vazio de conteúdo o que vem plasmado na introdução ao PNS de 2012, que o mesmo assinou no início do seu atual mandato: "...promover a cidadania para uma cultura de bem-estar, de realização dos projetos de vida pessoais, familiares e das comunidades... a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde, garantem a coesão e a justiça social e promovem o desenvolvimento do país...".

A realidade sentida presentemente por profissionais e doentes é de uma profunda desmotivação e revolta contida, por parte dos primeiros, e de temor e impotência, por parte dos segundos. As alterações legislativas no que diz respeito à isenção e dispensa de pagamento de taxas moderadoras para determinadas patologias, à comparticipação nos transportes para a realização de consultas, tratamentos ou exames auxiliares de diagnóstico para certos casos de notória fragilidade social e reduzida acessibilidade, a dificuldade crescente de acesso à inovação terapêutica, a precariedade de emprego (que atinge uns, e começa a ameaçar os outros!!!), ou o esmagador peso da burocracia acentuam quotidianamente a sensação de injustiça para com a política que está a ser progressivamente concretizada.

As pressões exercidas pelos Órgãos da Tutela sobre os Gestores das Unidades de Saúde e dos Centros Hospitalares, ou sobre os Médicos (designadamente os Diretores de Serviço) não têm precedentes, e obrigam a considerar metas verdadeiramente inatingíveis e irrealistas. Cabe, pois, a cada um assumir as suas respetivas responsabilidades perante a sociedade e os cidadãos, e aos últimos, obedecer sempre aos ditames da Ética e da Deontologia profissional a que estão estatutariamente obrigados perante a OM, tal como ficou muito bem explicitado no infelizmente esquecido Juramento de Amato Lusitano (Salónica, 5519), onde se refere "...jamais fiz coisa de que se envergonhasse um médico preclaro e egrégio...".

A influência da crise económico-financeira e social que estamos a viver irá produzir, inevitavelmente, tal como aconteceu noutros países e épocas já anteriormente referidos, um nefasto impacto sobre a saúde dos portugueses e a sensação de realização profissional dos prestadores, que importa ter em conta nas políticas que os Governos considerarem implementar para responder a este magnânimo desafio que ameaça seriamente os alicerces da nossa civilização.

É, pois, fundamental passar a ter estatísticas fidedignas e atualizadas, mas independentemente deste facto (eminentemente remediável com o recurso adequado a meios informáticos eficazes) uma coisa é certa: Fica insofismavelmente demonstrado que o impacto económico destas doenças (que são na sua essência, eminentemente preveníveis e/ou tratáveis) é realmente incomensurável, razão de sobra para não serem descuradas, até porque o seu não tratamento ficará seguramente ainda muito mais dispendioso à Sociedade, e com consequências diretas muito mais gravosas nos seus Cidadãos!

Terminaria, reeditando um contributo objetivo e genuíno que já expressei anteriormente por diversas formas, no sentido de promover a almejada sustentabilidade do SNS, desta vez através de um conselho dirigido aos Srs. Ministros da Saúde e das Finanças do meu País: Implementem rapidamente a compra centralizada dos medicamentos (considerando o menos oneroso), estabeleçam um preço de referência para as moléculas de idêntico grupo farmacológico e respetiva geração (com base no mais económico), e negoceiem com os representantes da indústria farmacêutica o custo das coformulações de ARVs a um preço semelhante ao da soma dos seus componentes (incluindo os que vierem a perder o direito internacional de proteção da patente), e com o que economizarão (que presumo poder ser bastante), poderão viabilizar, finalmente, o premente tratamento dos doentes com HVC (que tem vindo a ser desbloqueado a conta gotas pelo Infarmed e pelos CAs dos respetivos Hospitais, ritmo que não corresponde minimamente às reais necessidades dos muitos infetados), e não necessitarão de ter que exercer

uma desajustada e contraproducente pressão sobre os clínicos, dado que estou convicto que estes saberão estar à altura das circunstâncias, compatibilizando o dever de melhor tratar os doentes, com a utilização criteriosa dos meios que a sociedade lhes coloca à disposição com notórios e reconhecidos sacrifícios de todos, numa altura de grande crise, como é a que vivemos neste momento.

Desta forma, conseguirão mobilizar as vontades, e os meios necessários à prossecução de tão nobres objetivos, viabilizando o acesso indiscriminado de terapêuticas que são das mais eficazes que alguma vez a Ciência conseguiu colocar ao dispor da Humanidade, e contribuindo decisivamente para a concretização de uma das mais recentes metas expressas pela UNAIDS (e confirmada pela Comissão Parlamentar da AR para o VIH em 2012): Fazer nascer e crescer uma geração sem SIDA (a que poderíamos acrescentar, ainda que com algum romantismo também, a possível erradicação, um dia, do HCV)!

SETÚBAL, JANEIRO DE 2003

Revista da Ordem dos Médicos, número 138 de março de 2003

Nota: Texto de uma Conferência organizada pela FSNS – Fundação Serviço Nacional de Saúde, em Setúbal, a convite dos colegas Constantino Sakellarides e Rui Monteiro



Representação pictórica de um dentista,
século XIV, autor desconhecido,
in Omne Bonum, British Library

Terapêutica da Hepatite C: Os verdadeiros desafios que se impõem ser considerados nos tempos que correm

Todo aquele que tem Saúde tem Esperança
e todo o que tem Esperança tem Tudo
PROVÉRBIO ÁRABE

Em setembro de 2012 a CNECV, por incumbência ministerial, emitiu um parecer acerca do financiamento de três grupos de patologias, a saber: Antirretrovirais (para a infeção por VIH); medicação citostática (para as doenças do foro oncológico); medicamentos imunomodeladores/imunossupressores (denominados de biológicos, para a artrite reumatoide).

Embora se afirmasse textualmente que a opção, em igualdade de circunstâncias, deveria ser, sempre que não contraindicada, pelo medicamento mais barato de entre os melhores, e nunca pelo melhor de entre os mais baratos, este parecer provocou acesa polémica no seio da classe médica (e não só...).

Nessa altura, quer publicamente (em diversas reuniões científicas), quer por escrito (num artigo publicado na Revista da OM), quer ainda numa reunião pública realizada na Sede Nacional daquele mesmo organismo de classe, na qual participei conjuntamente com o seu Presidente, tendo-o inclusive interpelado frontalmente, não deixei de tomar posição sobre esta problemática. O teor daquilo que então expressei poderá sumarizar-se da seguinte forma:

1. A CNECV não deveria ter sido apenas reativo nesta matéria;
2. A CNECV (bem como outros organismos afins) deveria ter-se antecipado à necessidade da existência de um parecer desta índole, tendo em consideração o contexto nacional de profundo constrangimento financeiro e da possível interferência deste na boa prática médica, bem como na consequente disponibilização dos meios técnicos (sobretudo farmacológicos) para o adequado tratamento dos doentes;
3. A matéria relevante do ponto de vista ético-deontológico para a conceção de um parecer neste domínio é então efetivamente a problemática da inovação terapêutica em si mesma, o seu consequente financiamento, e o seu acesso por parte dos doentes;
4. A CNECV não deveria ter aceitado o pedido para se pronunciar sobre qualquer doença em particular, mas antes acerca da problemática geral e comum relativa a todas as eventuais patologias que possam vir a necessitar de uma qualquer

inovação terapêutica (designadamente das que comportem um impacto económico-financeiro significativo);

5. Ao aceitar a referida particularização, impõe-se perguntar então porque não se incluíram outras patologias, designadamente as apelidadas Doenças Raras, os Transplantes, as Doenças Neurológicas Degenerativas, e as restantes Doenças Autoimunes (que diferença fazem afinal, neste âmbito em particular, da Artrite Reumatoide, nele mencionada explicitamente?);

6. Por último, se o Governo estava fundamentalmente preocupado com as doenças que comportam um impacto económico-financeiro mais significativo (embora não o tendo confessado), porque se terão "esquecido" afinal daquela que previsivelmente (mesmo há um ano e meio) iria ter um maior incremento a prazo, em função daquilo que os mais informados desde há muito antecipavam ser o calendário de introdução de novas moléculas e do seu enorme sucesso terapêutico até agora demonstrado, ou seja, precisamente, a hepatite C?

Nada do que afirmei pode, contudo, fazer depreender que eu próprio (ou os médicos na sua generalidade) devam ser completamente indiferentes aos gastos decorrentes da sua atuação, facto que sabem vir a refletir-se diretamente no orçamento do SNS, o mesmo que a sua enorme maioria ajudou orgulhosamente a edificar e a manter, pretendendo, pois, genuinamente, salvaguardar a todo o custo, para bem dos doentes e da sua própria realização profissional.

Como afirmei textualmente num artigo também publicado em 2011 na Revista da OM acerca desta matéria, intitulado "Carta Aberta aos Colegas Diretores de Serviço dos Hospitais Públicos Nacionais": *"...Aceitamos de bom grado, subir o patamar da ponderação do preço dos medicamentos na decisão final da sua escolha aquando da respetiva prescrição, passando-o de penúltimo para segundo lugar... se nunca foi na verdade o último fator a ser valorizado, parece-nos igualmente inaceitável que passe agora a ser o primeiro e muito menos o único, porque a Medicina sempre foi e deverá continuar a ser, na sua essência, a arte da ciência personalizada, no respeito pelas características próprias de uma doença concreta em cada doente específico, numa determinada altura da sua vida, e num determinado contexto psicossocial, e não a aplicação sistemática, indiscriminada e acrítica de uma qualquer norma que tenha apenas um substrato economicista, e seja, pois, discordante com os fundamentos científicos validados pelas sociedades especializadas e reconhecidamente credenciadas, descontextualizada da experiência individual do médico prescritor, ou ainda, desfasada da idiossincrasia de cada doente..."*.

Se a grande maioria dos Diretores de Serviço, segundo estou perfeitamente convicto (e também dos restantes médicos especialistas, seus colaboradores), atuam coerentemente na defesa daquele mesmo princípio, também não deixam de reivindicar que, tanto enquanto simples cidadãos, como enquanto médicos, estão legitimamente tão preocupados com essas questões como com a qualidade da prática da medicina e as suas determinantes ético-deontológicas, logo com a viabilidade efetiva da disponibilização dos medicamentos verdadeiramente inovadores e com uma real mais-valia demonstrada, como é insofismavelmente o que se passa com os novos compostos anunciados para o tratamento da hepatite C, como o demonstram cabalmente as recentes *guidelines* americanas, europeias e da própria OMS.

Ter respostas virais sustentadas com a terapêutica com o INF clássico (que utilizávamos até há cerca de 15 anos) na ordem dos míseros 10%, e ter passado pelas diversas fases de evolução dos esquemas de tratamento, utilizando sucessivamente, primeiro a sua associação com a Ribavirina, depois a passagem para o PegINF, e, de seguida, a terapêutica de combinação tripla destes com os Inibidores da protease de primeira geração, para chegar, finalmente, à perspetiva de poder prescindir da utilização daquele último e, mesmo, da própria Ribavirina (ambos muito limitativos para alguns doentes, tendo em conta a frequência e gravidade dos seus intrínsecos problemas de toxicidade e de tolerabilidade), e com a associação anunciada de dois ou três DAAs (antivíricos de ação direta) poder obter percentagens de quase 100%, é um caminho de assinalável êxito nunca antes conseguido na história da Medicina, que deve poder abranger todos os doentes realmente necessitados, em defesa dos quais os médicos têm a inalienável obrigação ética de se baterem com todos os seus melhores argumentos.

Como compatibilizar então aqueles dois desideratos, aparentemente contraditórios, sem conduzir à rotura orçamental do SNS, que nem médicos nem doentes desejam? Sem pretender ter a veleidade de ter descoberto a resposta única e infalível para resolver tão candente e complexa problemática, proporia então a implementação de uma série de medidas que incluí numa Conferência que realizei em junho de 2013 no âmbito de uma iniciativa da SPMI (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna), e, posteriormente, parcialmente repetida, antes do final do ano transato, numa comunicação efetuada perante a Comissão de Saúde da AR.

Assim, expressei a necessidade de implementar as seguintes medidas:

1. Compra nacional centralizada de medicamentos;
2. Estabelecimento de um preço de referência igual para fármacos do mesmo grupo farmacológico e geração;

3. Estabelecimento de um preço para as coformulações idêntico ao da soma dos seus componentes (incluindo genéricos);

4. Estabelecimento de um número máximo de doentes a poderem ser tratados anualmente para as patologias que utilizem fármacos inovadores com impacto económico significativo (acima desse valor, a IF suportaria os custos);

5. Concessão e implementação de um esquema de financiamento específico por patologia (VIH, HCV, etc.);

6. O pagamento pela ACSS ao Hospital prestador dever acompanhar o doente (e a sua respetiva doença);

7. Informatização dos PCs e avaliação periódica de resultados segundo parâmetros a serem consensualizados com as Sociedades Científicas respetivas e os Colégios correspondentes da OM;

8. Estabelecer uma partilha conjunta de riscos (ex.: no doente a quem não se consiga obter o objetivo terapêutico pretendido *a priori*, existir uma forma tacitamente aceite entre as partes de reduzir o pagamento da terapêutica utilizada ao valor do seu preço real;

9. Constituição de uma CFT nacional com funções de atualizar o formulário terapêutico nacional hospitalar, elaborar *guidelines* nacionais por patologia (em colaboração com as Sociedades Científicas e os Colégios respetivos da OM), fazer a avaliação farmacoeconómica prévia dos fármacos inovadores, atribuir os regimes de comparticipação, negociar os preços com a IF, negociar o número máximo de doentes portadores de patologias com elevada despesa associada e cuja medicação é financiada integralmente pelo SNS, e definir as condições objetivas dos programas de financiamento específicos por patologias cujo tratamento comporte um impacto económico significativo.

Não deixei, contudo, de chamar ainda a atenção perante a constatação de alguns anacronismos que infelizmente cada vez são mais frequentes, tornam menos transparentes as decisões, e obstaculizam à equidade no que concerne ao acesso aos imprescindíveis meios de tratamento a todos os doentes em circunstâncias idênticas nos diversos Hospitais Públicos. Para isso, coloquei as seguintes perguntas (seguramente incómodas, mas que julgo, sem sombra de dúvida, pertinentes):

Fará algum sentido o preço dos medicamentos variar de Hospital para Hospital num mesmo país; o preço do medicamento ser determinado com base numa negociação que envolve volumes de vendas que remetem para várias especialidades, e isso pesar nas estratégias de tratamento dentro de cada hospital; o preço compreensivo pago para os infetados com VIH ter sido calculado para os

doentes *naïf,* e ser agora aplicado a todos, sem se ter em conta o custo das terapêuticas de resgate; o modelo experimental concebido há cerca de um ano para o preço compreensivo dos doentes com HCV só prever a biterapia clássica e apenas abranger alguns hospitais (com mais de 150 doentes em terapêutica); os Hospitais PPP terem ficado de fora das negociações na ARSLVT para a implementação do prometido programa de compra centralizada da terapêutica (ex.: Cascais, Loures, Vila Franca de Xira, etc.); os Hospitais incluídos em ULS não receberem nenhuma verba decorrente da aplicação daquilo que se prevê para o preço compreensivo do doente com VIH (ex.: Matosinhos); e, finalmente, saber qual é em concreto o Hospital que alegadamente trata (eficazmente?) doentes infetados por VIH com uma cifra média de 402 euros/mês, como o sugeriu no ano transato a ARSLVT num pretenso (?) e malogrado (?) processo de implementação de *guidelines* regionais e de compra centralizada dos ARVs nesta região de saúde?

CONCLUSÕES E PROPOSTAS FINAIS

Só a partir do momento em que a criação e a manutenção de condições decentes de vida para toda a humanidade seja plenamente reconhecida e aceite como uma mera obrigação de todas as pessoas de todos os países é que, com um certo grau de razoabilidade, nós poderemos começar a falar que vivemos num mundo civilizado

ALBERT EINSTEIN
Físico alemão, Prémio Nobel da Física em 1921, 1879-1955

O Ministério da Saúde tem ultimamente apostado (e bem!) numa estratégia de desmontar (supostas...) fraudes que envolvem vários atores no âmbito da prestação dos cuidados de saúde (incluindo diversos médicos) a que a imprensa tem dado muita cobertura e destaque e perante as quais (se forem efetivamente confirmadas...) a OM deve agir sem contemplação.

Contudo, esta meritória atuação não deve nunca confundir-se com o clima de generalizada suspeição que vem recaindo sobre a nossa classe profissional e que assim se vai implantando veladamente depois do início do registo dos (potenciais...) conflitos de interesse no Infarmed, com a consequente incompatibilidade legal para o desempenho de funções de assessoria técnica no âmbito de algumas comissões específicas.

Trata-se de um caminho perigoso, que degrada injustamente a imagem pública de uma classe que maioritariamente é honesta e abnegada, tendo agido

sempre na defesa dos superiores interesses dos doentes e do sistema público de saúde. Apetece então perguntar: Porque é que os elementos dos Conselhos de Administração e dos Serviços Farmacêuticos hospitalares que negoceiam os preços dos medicamentos com a IF, bem como as contrapartidas tendo em consideração os níveis de consumo em nome das respetivas instituições (e supostamente também na salvaguarda prioritária do interesse público), também não têm de fazer uma declaração de teor semelhante à mesma entidade?

As questões que levantei acerca da hepatite C não se resolvem, pois, a meu ver, sem um Plano Nacional específico (e mesmo eventualmente de âmbito Europeu) a ser contratualizado a longo prazo entre o MS e a IF, de forma a permitir o tratamento efetivo dos respetivos doentes necessitados, sem prejuízo dos restantes doentes portadores de todas as outras variadas patologias, sendo obviamente de resistir ao "demagógico imediatismo" de, perante as óbvias dificuldades vigentes, achar que a solução está em virar doentes e/ou médicos especialistas uns contra os outros (na alegada tentativa de se resolver este verdadeiro imbróglio, passando a repartir o mesmo orçamento por mais esta patologia!).

Os argumentos anteriormente invocados são então mais do que suficientes para que se olhe antes com a máxima atenção para o que se passou recentemente na Escócia, onde foi precisamente gizado um Programa Nacional específico com a envolvência de médicos, políticos e IF, exemplo no qual faz todo o sentido que todos meditem muito bem.

Aos médicos, em concreto, devidamente ancorados na OM, caberá a missão de saber resistir à tentação de se ficarem apenas pela eterna lamúria inconsequente, sob a forma dos mais variados desabafos informais. É necessário muito mais do que isso. A bem dos doentes e da sua própria consciência profissional dos seus médicos. Fazer um levantamento exaustivo do número de doentes a serem tratados, produzir *guidelines* nacionais atualizadas e credíveis e juntar-se seguidamente às Associações de Doentes para pressionar o MS e a IF a fazerem o necessário esforço para que cheguem a um acordo razoável que corresponda efetivamente, quer às necessidades identificadas dos doentes, quer às obrigações éticas dos médicos, sem provocar uma rotura financeira do SNS.

Trata-se de um caso verdadeiramente único na História da Medicina: Em cerca de quinze anos, a investigação científica ter tido a capacidade de poder transformar uma doença crónica de evolução lenta e com graves complicações que afeta um número considerável de doentes numa infeção potencialmente erradicável a médio prazo.

Quanto custa afinal (para o doente, a sua família, e a própria sociedade), em termos diretos e indiretos (não só económicos, mas também sociais, e de saúde física e psicológica), manter vivo um doente com uma insuficiência hepática crónica terminal? Ou, então, o transplante hepático e a terapêutica imunossupressora consequente para toda a sua restante vida? As contas já foram feitas por entidades credenciadas e idóneas: Muito mais do que a terapêutica antivírica específica! E o mesmo se poderá concluir para muitos casos, se decidirmos pela utilização generalizada de esquemas de tratamento reconhecidamente menos eficazes e mais tóxicos...

Tenhamos, pois, a necessária coragem de encarar o problema de frente e sejamos, mas é, capazes de desencadear as ações que se impõem para conseguir este nobre desiderato. Como se afirmava recentemente num artigo da mais conceituada das revistas médicas "Porventura a questão mais desafiante não deva ser a de saber se irá haver meios tecnológicos para tratar convenientemente, de futuro, a infeção pelo HCV, mas antes se irão existir recursos económicos e empenhamento global da própria sociedade em embarcar numa ambiciosa agenda que irá conduzir à eliminação deste enorme problema de saúde pública..." (Liang, TJ, et al, NEJM, 2013, 368, 20, 1907-1917).

A nós, médicos, caberá finalmente a missão de não defraudar aquilo que Amato Lusitano deixou eloquentemente lavrado para a posteridade no seu Juramento (Salónica, 5319) *"*Nunca fingi, acrescentei ou alterei em minha honra ou que não fosse em benefício dos mortais... sempre em tudo exigi verdade... nas minhas consultas e visitas médicas nunca pratiquei a menor torpeza... jamais fiz coisa de que se envergonhasse um médico preclaro e egrégio... sempre tive diante dos olhos, para os imitar, os exemplos de Hipócrates e Galeno, os Pais da Medicina, não desprezando as Obras Monumentais de alguns outros excelentes Mestres da Arte Médica... fui sempre diligente no estudo e, por tal forma, que nenhuma ocupação ou circunstância, por mais urgente que fosse, me desviou da leitura dos bons autores...*"*.

A terminar, uma última mensagem para os políticos e administradores pela voz de Lord Nigel Crisp (Líder da Plataforma de Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian) referida no último número da Revista Gestão Hospitalar (órgão de comunicação oficial da APAH, Associação Portuguesa de Administração Hospitalar): "...Se eu tivesse que dar um conselho a um jovem gestor hospitalar em Portugal, dir-lhe-ia: assegure-se que compreende as questões de natureza clínica, assegure-se que compreende o que os doentes desejam, passe algum tempo com eles, oiça as suas opiniões, e passe também algum tempo junto dos médicos e dos

enfermeiros…". Bons e avisados conselhos de alguém insuspeito que, se fossem seguidos, poderiam ser muito úteis, sobretudo se viessem ainda a ser estendidos aos decisores políticos…

Àqueles últimos, eu dira que não podem nem devem deixar de falar com a voz da verdade aos cidadãos, e que se proclamam que o Estado Social e o SNS são para manter, então têm que coerentemente propiciar o acesso a estas terapêuticas a quem delas necessite e não arranjar subterfúgios burocráticos para os médicos se verem impossibilitados de utilizarem os respetivos fármacos na sua prática clínica. O espírito e a letra da Carta de Direitos e de Deveres dos Doentes muito recentemente publicada no DR não pode jamais ser uma vã promessa!

Aos responsáveis da IF, eu também recomendaria que demonstrassem que são capazes de indexar estas preocupações nas suas estratégias e acordassem num regime de preços que fosse efetivamente comportável pelo país e pelos seus cidadãos, sobretudo nesta altura particularmente difícil, ajudando a tornar assim este nobre desiderato perfeitamente exequível a prazo.

Trata-se, pois, eminentemente, de um problema de cariz económico-financeiro que tem uma solução de âmbito político, porque as questões científicas ficam praticamente resolvidas com a introdução dos novos medicamentos para esta doença infeciosa que se estima poder afetar entre 100.000 e 150.000 portugueses.

A Sociedade, os Doentes e os Médicos ficar-lhes-iam, pois, justificadamente, muito reconhecidos…

SETÚBAL 2013/04/14

Revista da Ordem do Médicos em 2014, número de abril



Representação pictórica de um Cirurgião-Barbeiro,
século XV, autor desconhecido,
iluminura de manuscrito germânico

Um primeiro passo

A recente homologação pela Ordem dos Médicos dos critérios para a admissão à competência em Medicina do Viajante foi um passo decisivamente importante, embora tardio, para começar a acabar com alguma inércia, e, mesmo, de irresponsabilidade que têm grassado um pouco por todo o lado, assumindo pois proporções cada vez mais alarmantes e lesivas, em simultâneo, quer dos superiores interesses dos incautos cidadãos (neste caso dos que viajam), mas também, não menos importante, dos princípios que devem presidir à prática da Medicina de acordo com o que é científica e deontologicamente mais correto. É assim para todos os outros ramos da Medicina e não se compreenderia que deixasse de ser para este também. Tal como para todos eles, esta necessidade nasceu da conjunção de vários fatores concretos: o desenvolvimento vertiginoso do conhecimento médico (neste caso, sobretudo, dos determinantes epidemiológicos que estão na base da propagação dos agentes microbianos e da sua relação com as reconhecidas alterações ecológicas do meio ambiente, bem como da crescente complexidade científica decorrente da catadupa de inovações tecnológicas relativas ao diagnóstico das enfermidades transmissíveis, à sua profilaxia e ao seu tratamento), a par, também, do aumento vertiginoso do número de pessoas, animais e bens transacionáveis que se deslocam com cada vez mais frequência e rapidez por todo o planeta, com todo o cortejo de eventos daí decorrentes, com o mais do que conhecido eco nos vários meios de comunicação. Se existem delimitações geográficas que identificam os diversos países que integram a comunidade internacional e legislação própria para cada um deles, a verdade é que tal resulta da aplicação de meras convenções conceptualmente acordadas ao longo da História, mas isso jamais foi impeditivo da emergência, circulação restrita inicial, ou a posterior disseminação em larga escala de agentes microbianos capazes de causarem elevada morbimortalidade nas diversas comunidades humanas, ou de provocarem um impacto económico devastador, como aconteceu no último quartel com as infeções pelos vírus da SIDA, do SARS, do MERS-CoV, da Febe Amarela e de outras arboviroses, ou mesmo do Ébola, etc. Por tudo isto, algumas outras características distintivas desta competência (quando não, mesmo, especialidade) serão ainda de realçar: a extrema importância de ter que se estar atualizado (literalmente ao dia!), ter de se estar integrado numa ampla rede de profissionais com diversa formação, dispersão geográfica e responsabilidades institucionais (que abrange, entre outros, a Medicina Veterinária e a Entomologia), dominar os meios de comunicação tecnologicamente mais convenientes para, a qualquer momento, e no

interesse da saúde pública, dar um primeiro alerta às autoridades competentes perante qualquer suspeita credível de doença emergente, no sentido de evitar a sua indesejável disseminação, e possuir conhecimentos suficientes da legislação internacional e de geopolítica, sob pena de não se estar à altura para fazer um aconselhamento conforme às efetivas necessidades dos viajantes e das diversas instituições mais conhecedoras e exigentes, quanto mais não seja por uma mera questão de responsabilidade profissional individual. Que este seja o "Primeiro Passo" (mas não o último) para acabar com a prática do ato médico no âmbito estrito desta competência, em boa hora criada, como se fosse apenas mais um meio de obter dividendos pecuniários, ou achando que aquilo que milenarmente sempre tornou o mister da Medicina em algo completamente único no seio de todas as outras profissões, ou seja, o respeito pela relação interpessoal e pela ética, deixassem de ser uma realidade. À Ordem dos Médicos caberá esse imprescindível papel regulador. Para bem de todos e do nosso Bom Nome enquanto profissionais dignos dos títulos que dizemos ostentar e da veneranda tradição dos nossos Grandes Mestres.

SETÚBAL, 2018/07/06

Editorial da newsletter da SPMV – Sociedade Portuguesa da Medicina do Viajante, de julho de 2018



Henri de Mondeville a Ensinar, século XIV,
in La Chirurgie do cirurgião de Filipe IV, "O Belo"

Ignorar ou enfrentar o problema: O dilema que impõe uma reflexão e uma decisão inadiáveis

Não alcançamos a liberdade buscando a liberdade, mas sim a verdade. A liberdade não é um fim, mas uma consequência

LEON TOLSTOI
Escritor russo, 1828-1910

A liberdade é o direito de fazer o próprio dever

AUGUSTE COMTE
Filósofo francês, 1798-1857

A título de prévia contextualização devo esclarecer que as ideias expressas neste artigo de opinião têm por objetivo servir de preâmbulo introdutório a uma proposta de lei que teve origem numa reflexão que alguns colegas efetuaram recentemente em conjunto com o Departamento Jurídico da OM e o seu Bastonário, a propósito de dois casos clínicos em que as respetivas gestantes, mesmo sabendo serem portadoras de infeção por VIH, uma delas com um hipotiroidismo grave e não tratado. Apesar de ambas dizerem querer ter os seus filhos, recusaram-se, contudo, de início, a tomarem a medicação antirretroviral prescrita, colocando-se assim na contingência de poderem transmitir o vírus aos seus filhos. No caso da que padecia de doença endócrina, está suficientemente demonstrado que aquela enfermidade na mãe, quando não tratada, como era o caso, provoca um inevitável atraso cognitivo grave e irreversível no recém-nascido. Neste último caso, não houve necessidade de sequer prosseguir com outro tipo de iniciativas, porque se registou um aborto espontâneo cerca do terceiro mês de gestação.

No outro caso (o mais recente), como não resultaram todas as medidas adequadas e possíveis de serem implementadas em ambulatório, mau grado o envolvimento muito atuante de uma equipa pluridisciplinar composta por mim próprio (enquanto Diretor do Serviço de Infeciologia) e pelo seu Médico Assistente, coadjuvados por outros colegas e profissionais, nomeadamente, Ginecologista/Obstetra, Psiquiatra, Pediatra, Psicólogo, Enfermeiros, Assistentes Sociais e Farmacêutica, para além da família direta (pais), do próprio companheiro (este não infetado por aquele agente microbiano) e outras estruturas da comunidade, só foi possível promover o eficaz tratamento da doente após comunicação destas dificuldades às Autoridades de Saúde Pública e ao Ministério Público, que, invocando por analogia alguns preceitos constantes na Legislação do Internamento Compulsivo da Lei de

Saúde Mental em vigor, decidiram concordar em proceder ao mandato de condução ao SU do CHS através das autoridades policiais competentes.

Pôde-se, pois, finalmente, proceder ao seu internamento no Serviço de Obstetrícia do CHS durante cerca de mês e meio, período de tempo durante o qual, através do esforço de um amplo conjunto de pessoas, de instituições e de profissionais, foi assim possível criar as condições suficientes para passar a prestar seguidamente os cuidados médicos requeridos em regime de ambulatório, com adequada adesão da doente, tendo o resto da gravidez e o parto subsequente decorrido a preceito. O Recém-Nascido encontra-se, pois, saudável e com forte expectativa de não ter ficado infetado, tendo em consideração ter sido possível obter a rápida negativação da CV do VIH da sua mãe durante o segundo trimestre de gestação. Acresce ainda que, pela notória dificuldade em engolir qualquer tipo de medicação, bem como pelas persistes náuseas que se verificam quando a consegue ingerir e que provocam frequentes vómitos, o que conduz à necessidade de se voltar a administrar os mesmos fármacos alguns minutos depois, foi recentemente proposto ao Infarmed uma AUE para dois medicamentos de administração parentérica mensal em fase adiantada de investigação (Cabotegravir e Rilpivirina em nanoformulação, o primeiro um fármaco aparentado dos que já se utilizam em larga escala, da classe dos inibidores da integrase, e o segundo, com alguns anos de utilização corrente, na formulação oral), alternativa que foi inclusive solicitada desde o início do seu acompanhamento clínico pela própria doente (inviabilizada contudo, nessa fase, pela sua condição de gestante e por tal ter sido considerado impeditivo, por parte da indústria farmacêutica, para a sua cedência a titulo compassivo), mas que teve a necessária e posterior aprovação dos Laboratórios detentores das respetivas patentes, bem como das Comissões de Ética e de Farmácia e Terapêutica, e do próprio CA do CHS, após análise cuidada de relatório médico detalhado oportunamente enviado (cerca de um mês antes da data prevista para o parto).

Contribuiu também para esta reflexão um outro caso ocorrido alguns anos antes, em que um doente eslavo não falante de português, pediu num certo dia para falar comigo (enquanto Diretor do Serviço de Infeciologia do CHS), por intermédio de um conhecido membro de uma associação de pessoas oriundas dos países da ex-União Soviética e funcionário do CHS, tendo-se ficado então a saber, no decurso de uma simples conversa (com o indispensável recurso a esse "intérprete"), decorrida no minúsculo gabinete da Direção desse mesmo Serviço, que o indivíduo se tinha evadido de uma prisão russa, tendo entrado clandestinamente no espaço comunitário europeu pelo território da Polónia e decidido vir para

Setúbal (por aí ter alegadamente alguém conhecido, em casa de quem estava hospedado há algumas semanas). No final de alguns minutos, confessou que estava muito preocupado com o seu próprio estado de saúde, pois sabia padecer de uma tuberculose extensivamente resistente que tinha começado a ser tratada naquela instituição prisional, localizada na remota Sibéria, alguns meses antes (não dispondo, contudo, de qualquer relatório clínico credível!!!). Esteve internado durante muitos meses num dos quartos de isolamento respiratório do Serviço de Infeciologia do CHS, tendo o sucesso terapêutico sido obtido lentamente com alguma compreensível dificuldade (mediante recurso a uma combinação muito ampla e complexa de fármacos antibacilares), após o que o doente passou a ser seguido em ambulatório no CDP de Vila Nova de Gaia, por opção própria.

Só poucos dias antes da alta hospitalar é que se soube que o seu telemóvel e o seu computador tinham estado desde o início sob vigilância pelas autoridades policiais nacionais e internacionais competentes, todas as visitas foram sempre objeto de "discreto" controlo, e o doente foi obrigado a viajar de comboio com um bilhete comprado pelo serviço social do CHS, desconhecendo que estava a ser permanentemente vigiado por diversos agentes policiais, até chegar à morada no Porto que havia sido obrigado a previamente explicitar. Nunca ninguém do CHS soube mais do seu paradeiro, a não ser que chegou efetivamente à dita morada e se apresentou para a primeira consulta médica no CDP de Vila Nova de Gaia na data e hora antecipadamente acordadas.

Sabendo-se ainda que, por outro lado, não só decorrente da reiterada (e "vaga"?) ameaça de um ataque de natureza bioterrorista, mas sobretudo pela reconhecida emergência e disseminação à escala planetária de novos agentes microbianos de elevada transmissibilidade e gravidade clínica (integrados nos grupos taxonómicos das zoonoses, febres hemorrágicas, tuberculose extensivamente resistente, etc.) para os quais não existe muitas vezes nem vacina, nem tratamento eficazes e acessíveis, ignorar que a possível atitude irresponsável ou a simples e aparente "displicência" ou "ignorância" por parte de um qualquer cidadão (nacional ou estrangeiro), profissional de saúde ou instituição (pública ou privada), pode trazer súbitos e avultados prejuízos, não só em termos individuais, mas também coletivos, de âmbito estritamente médico e epidemiológico, mas igualmente económico e demográfico, podendo precipitar um verdadeiro, mas evitável, caos numa determinada comunidade ou país, como já aconteceu por várias vezes no decorrer do presente milénio, será adequado optar por ignorar uma realidade preocupante que exige, a meu ver, das autoridades responsáveis novas e adequadas respostas, pergunto?

Não se pretende, com esta iniciativa, de modo algum, promover a discriminação de pessoas ou de doentes, nem tão pouco estimular o retorno aos tempos medievos em que vigorava uma nefasta, generalizada e preconceituosa ignorância, ou a falta de cumprimento com os básicos preceitos emanados na Carta dos Direitos Humanos e na Declaração de Helsínquia, como aconteceu inúmeras vezes durante o precedente século e atingiu o auge com o Holocausto Nazi. Tão só pretendo que se reconheça e aceite que todas as regras podem ter exceção, e que a própria Liberdade do Homem (que muito prezo) não está isenta de (lógicos, mas ponderados!!!) limites.

Assim, parece-me inaceitável, por exemplo, que qualquer mulher grávida (como nos casos relatados) entenda que tem o "direito" de recusar um tratamento que tem fortes possibilidades de não só implicar um agravamento do seu próprio estado de saúde, mas sobretudo que o pode produzir, e de forma irreversível, a alguém que não pode fazer quaisquer opções e muito menos defender-se de qualquer ameaça séria à sua própria saúde, ou que, como no outro caso relatado, ponha o seu semelhante em forte risco de poder contrair uma infeção potencialmente fatal, quando tal pode ser muito "facilmente" evitado através de uma atitude de cidadania responsável: Deixar-se tratar adequadamente da doença infeciosa transmissível de que padece e contraiu, para depois ter saúde para fazer as opções de vida que muito bem entender, incluindo a de não se tratar das restantes doenças de que vier a ser acometido, mas não pondo, nunca, em causa, o intemporal desígnio ético da Humanidade: Contribuir conscientemente para evitar a propagação da doença infeciosa transmissível grave e potencialmente fatal que o afete, a qualquer outro ser humano, e designadamente a um embrião ou a um recém-nascido. Não caberá então, neste último cenário, aos profissionais de saúde e às suas organizações, designadamente aos médicos, a defesa intransigente destes princípios enunciados e das inocentes crianças que estiverem nestas circunstâncias, pergunto?

Questiono, por fim, a exemplificar toda esta complexa problemática: No limite, quem apoiaria conscientemente a decisão de alguém que saiba que lhe foi diagnosticado, por exemplo, uma infeção tão grave como o caso do vírus Ébola, e que "caprichosamente" queira ir primeiro assistir a um desafio de futebol do seu clube num estádio repleto de incautos adeptos, antes de se deixar internar e de ser adequadamente isolado e tratado? Porquê persistir em fingir que estes cenários são apenas remotamente hipotéticos (quando o que se relata evidencia precisamente o contrário) ou que se deve antes recorrer às possíveis analogias da Lei de Saúde Mental (que permitem todas as variantes interpretativas) em vez

de se ter a coragem de fazer uma Lei adequadamente específica para responder aos problemas que se enquadram nesta temática, no respeito óbvio pelos mais elementares direitos, mas não sem exigir o necessário cumprimento simultâneo dos correspondentes deveres?

Não façamos, pois, como satirizou Mikhail Bakunin (filósofo anarquista russo) ao exclamar, "a liberdade alheia é a minha, mas sem limites", mas antes como exclamou Edmund Burke (filósofo e político irlandês), "a liberdade também deve ser limitada a fim de ser possuída".

Que os representantes da OM, os responsáveis políticos e demais cidadãos se sintam suficientemente motivados para saber iniciar a discussão que se impõe com prontidão, ponderação e coragem para responder adequadamente aos problemas que aqui levanto. Na minha perspetiva, não vale a pena fingir que nada de relevante se passa e que o atual enquadramento jurídico é suficiente para defender a Sociedade e os seus Cidadãos. As minhas propostas são as que aqui dou à estampa. Venham outras. Enquanto é tempo.

SETÚBAL, 2017/12/06

Revista da Ordem dos Médicos em 2017, número de dezembro

Nota: É justo realçar o contributo para a Discussão que se realizou na Ordem dos Médicos sobre esta problemática, partilhando da mesma visão aqui expressa, quer dos colegas Rui Proença e Lino Rosado, quer do Jurista Professor Doutor João Vaz Rodrigues.



Dança Macabra, século XV,
Bernt Notke, pintor pomerano,
(1440-1509)



Decidir ou não decidir, eis a questão

Os Homens não desejam aquilo que fazem,
mas os objetivos que os levam a fazê-lo

PLATÃO
Filósofo grego, 428 a.C.-347 a.C.

A lei de ouro do comportamento é a tolerância mútua, já que nunca pensaremos todos da mesma maneira, já que nunca veremos se não apenas uma parte da verdade sob ângulos diversos

GHANDI
Político e pacifista indiano, 1869-1948

Para se ser tolerante é preciso fixar os limites do intolerável

UMBERTO ECO
Escritor e filósofo italiano, 1932-2016

Tudo quanto aumente a liberdade aumenta a responsabilidade

VICTOR HUGO
Escritor francês, 1802-1885

O objetivo de juntar médicos e advogados, num mano-a-mano imbuído de um saudável espírito de abertura, com o intuito de debater, em complementaridade, experiências e saberes, já se tinha realizado durante seis anos consecutivos na altura em que eu e o meu amigo Cândido Casimiro presidimos, respetivamente, há mais de uma década, às delegações das Ordens Distritais dos Médicos e dos Advogados de Setúbal. Iniciativas que valeu bem a pena terem sido levadas a cabo e que deixaram muitas saudades em quem nelas participou, razão pelo que os dois pretendemos reeditá-las, tratando desta vez de temas que se impõem pela natureza conturbada dos tempos por que temos passado ultimamente. Para mim, como já disse antes, juntar estas duas áreas de intervenção social baseia-se no facto de considerar que os dois maiores valores de uma Sociedade são a Liberdade e o direito à Saúde, que cada uma daquelas profissões simboliza perante qualquer cidadão de uma Nação Democrática e que respeita os ditames próprios do Estado de Direito. A ética inerente à índole dos princípios exarados nos seus Códigos Deontológicos deverá ser o que as une, como ficou eloquentemente sublinhado.

Tal como escrevi no texto em que identificava as razões desta iniciativa, achei que (cito), "era o momento de fazer uma reflexão plural que fosse para além das circunstâncias específicas da pandemia que nos assaltou de chofre nos finais de 2019 e que possibilitasse dar uma visão mais abrangente desta importante temática que estou em crer, ser, em simultâneo, intemporal e premente, no intuito de estimular uma discussão que se pretende que posteriormente seja alargada aos órgãos do poder político e legislativo, porque a magnitude daquilo que é o verdadeiro fulcro em questão deverá merecer da sua parte uma correspondente reflexão e eventual decisão, dado que novas pandemias virão fustigar futuramente a Humanidade e, como é lógico, a inovação científica e tecnológica não irá ficar suspensa.

Daí que tudo deva ser contextualizado de modo a compatibilizar, com coragem e bom senso, os vários aspetos fundamentais da vida do Ser Humano em Sociedade: A liberdade individual e o bem coletivo, tal como o direito ao sigilo e o combate eficaz às ameaças da saúde pública, sem, contudo, jamais colocar em causa a intransigente defesa da humanização dos cuidados de que cada doente é sempre merecedor". Sobretudo, porque foi patente que, tal como afirmei em Coimbra, aquando da apresentação do meu último livro *Reflexões em Tempos de Pandemia: Histórias de Vida, de Prazer, de Sofrimento e de Morte* (e volto a citar) "para salvaguardarmos o coletivo, tivemos que suspender a individualidade, estratégia tanto necessária quanto perigosa, porque deixa margem para que dela alguém se possa vir a aproveitar, transformando aquilo que deveria ser sempre

entendido como excecional e fugaz, resultado de uma atitude assumida com vontade própria e esclarecida por cada um dos indivíduos, numa sub-reptícia dominação permanente, a pretexto de se estar a defender, prioritária e genuinamente, a saúde pública".

Não perguntei a nenhum dos palestrantes, nem sequer procurei saber previamente por outros, se eram a favor ou contra aquilo que hoje se discutiu, pois o que pretendia era estimular o debate de ideias, de modo a fazer chegar a quem de direito dos Órgãos de Soberania competentes a seguinte mensagem: Pensem, ouçam os peritos, as organizações especializadas e a dita sociedade civil, e, decidam depois, informando com transparência e adequação os cidadãos acerca do seu conteúdo e respetivos fundamentos. Ou, então, tenham a coragem de dizer que não querem decidir. O que, como soe dizer, é, em si, uma decisão. Mas, não finjam que não existe a necessidade de refletir sobre estes problemas, porque o cidadão comum jamais entenderia que o fizessem, tal como, penso, o consideram os intervenientes neste Debate. Tão simplesmente porque, mais importante do que a legitimidade e o interesse conceptual e filosófico de discutir sem reservas estas questões, impõe-se reconhecer que existem dramas humanos que afetam gravemente a vida de muitos portugueses e é em nome deles que temos a obrigação de, enquanto elementos de uma suposta elite pensante, não nos cingirmos à confortável posição de ficar a meio caminho deste percurso e de consciência tranquila.

Assim, considero inaceitável, por exemplo, que qualquer mulher grávida (como no caso de uma minha doente com um hipotiroidismo grave e uma infeção por VIH não tratadas) entenda que tem o "direito" de recusar um tratamento (hormonal e antivírico) que tem fortes possibilidades de não só implicar um agravamento do seu próprio estado de saúde, mas, sobretudo, que o possa produzir e de forma irreversível a alguém que não pode fazer quaisquer opções e muito menos defender-se de uma ameaça séria à sua própria saúde. Para esclarecimento dos leitores, esta doente veio a ter um aborto espontâneo no final do primeiro trimestre de gestação, tendo sido a Mãe Natureza a evitar um imenso drama humano inerente a quem iria nascer com um cretinismo (forma grave de hipotiroidismo congénito que condiciona grave e irreversível debilidade mental), se não, também, infetado pelo vírus da imunodeficiência humana.

Ou que, como num outro caso de uma doente que ainda sigo regularmente em ambulatório, também com infeção por VIH e que também não se queria deixar tratar dessa infeção que contraíra cerca de um ano antes, alegando que não conseguia engolir quaisquer medicamentos (sendo presentemente a única que está a fazer antirretrovirais injetáveis em Portugal), não fora ter sido internada após ser

conduzida pela polícia ao Serviço de Urgência do Hospital pelo Juiz de turno, na sequência do alerta efetuado pelo Delegado de Saúde e despoletado por mim, dado que também se recusava a vir ao Hospital de Dia do CHS para ser avaliada do ponto de vista clínico e psicológico, pudesse colocar o seu filho em forte risco de poder contrair uma infeção potencialmente fatal, quando tal só pôde ser evitado através do recurso àquela medida extrema, mas que eticamente se impunha, tal como a própria acabou por reconhecer, e hoje "Nos" agradece penhoradamente, pois tem uma criança saudável que adora, ansiando, presentemente, ser de novo mãe.

Não caberá, então, aos médicos, nestes cenários para lá do limite do tolerável, a prioritária defesa intransigente das inocentes crianças que estiverem nestas circunstâncias, pergunto? Termino, exemplificando toda esta complexa problemática com o seguinte cenário que coloco à consideração de outrem, como já o escrevi numa publicação anterior: No limite, quem apoiaria conscientemente a decisão de alguém que saiba que lhe foi diagnosticado, por exemplo, uma infeção tão grave quanto a do vírus Ébola, que "caprichosamente" quisesse ir primeiro assistir a um desafio de futebol do seu clube num estádio repleto de incautos adeptos, antes de se deixar internar e de ser adequadamente isolado e tratado? Porquê persistir em fingir que estes cenários são apenas remotamente hipotéticos, quando o que relatei de um outro doente com tuberculose extensivamente resistente evadido de uma prisão da Sibéria e que foi trazido ao meu gabinete do CHS, onde trabalho, por uma representante de uma ONG que apoia doentes eslavos em Portugal, evidenciou precisamente o contrário! Não será tempo de se ter a coragem para fazer uma Lei adequadamente específica, à semelhança da que se fez para a Saúde Mental, que possibilite podermos responder eficazmente aos problemas que se enquadram nesta temática, ou seja, a das doenças infetocontagiosas com potencial epidémico/pandémico, que tenham elevada mortalidade associada e facilmente transmissíveis por via aérea e/ou por contacto direto, no respeito óbvio pelos mais elementares direitos, mas não sem exigir o necessário cumprimento simultâneo dos correspondentes deveres dos cidadãos, ainda que se possam tratar, creio, de casos excecionais, pergunto de novo?

Só lamento que os Ministros da Saúde e da Justiça, convidados a estarem presentes na Cerimónia de Abertura deste Debate, a par do Presidente da República, tal como de outras personalidades oficiais, no intuito de participarem a partir da plateia, não tenham vindo. Mas, ao menos, que a sua mensagem os interpele a preocuparem-se, pois aqui estiveram dois digníssimos deputados da AR, que, estou certo, se encarregarão de os questionar.

SETÚBAL, 2022/09/30

Observador *online* em 2022/10/11



Representação pictórica de um Médico a examinar clinicamente um Doente, século XIV, autor anónimo

Quando o Simbolismo da Fotografia Desvirtua a Realidade dos Factos

Sempre considerei as ações dos homens
como as melhores intérpretes dos seus pensamentos

JOHN LOCKE
Filósofo e médico inglês, 1632-1704

Uma verdade sem interesse pode ser eclipsada
por uma mentira emocionante

ALDOUS HUXLEY
Escritor inglês, 1894-1963

Nem todos os futuros são para desejar,
porque há muitos futuros para temer

PADRE ANTÓNIO VIEIRA
Sacerdote e pensador português, 1608-1697

Costuma ouvir dizer-se que a História se repete, o que, algumas vezes, assim é, de facto. Os exemplos, ao longo dos tempos, são de natureza diversa, mas cabe aqui recordar o episódio ocorrido após a denominada Revolução de Outubro, quando reinava a incerteza de quem viria a ser o sucessor de Lenine, após este ter tido um AVC, do qual sobreviveu ainda durante alguns anos, mas com sequelas fortemente limitativas e, logo, incompatíveis com a liderança política do seu país, então imerso numa enorme convulsão social. Dos dois putativos candidatos, José Estaline e Leon Trotsky, acabou por ser o primeiro a tomar as rédeas do poder, o que obrigou ao consequente exílio forçado do segundo pouco tempo depois, primeiramente na Turquia e, alguns anos após, no México. Neste último país, onde foi compagnon de route do celebérrimo casal de artistas plásticos, Diego Rivera e Frida Kahlo, acabou por ser assassinado por intermédio de brutais golpes de picareta desferidos no seu crânio, perpetrados por um agente secreto a soldo do alegado mandante, nem mais, nem menos, do que o seu eterno rival político na liderança do partido que então governava a Rússia, pois tal era considerado pelo establishment reinante como uma condição básica para se exterminar definitivamente a oposição interna que ameaçava a estabilidade política necessária para fazerem face, com êxito, ao enorme desafio de enfrentar a esperada invasão militar da besta nazi, pois a II Guerra Mundial tinha começado no teatro europeu. Napoleão já fizera o mesmo no início do século XIX e fora (também) derrotado.

Segundo alguns autores consagrados, com base em documentos escritos posteriormente desclassificados, teria sido da vontade de Lenine que tivesse sido antes Trotsky, e não Estaline, a tomar o seu lugar de líder do processo revolucionário, mas as intrigas palacianas e a eterna sede insaciável pelo poder, assaz comuns em circunstâncias históricas semelhantes em muitos países, determinaram que o rumo dos acontecimentos fosse bem outro. A atitude de se tentar reescrever a história, alterando os factos, foi levada, neste caso, ao extremo, pois só muitos anos depois foi possível provar a falsificação levada meticulosamente a cabo e que se centrou em vários documentos oficiais essenciais, de entre os quais muitos registos fotográficos, onde a cara do suposto dileto sucessor foi literalmente apagada da *entourage* que ladeava, nos áureos tempos de luta, o seu grande timoneiro.

Se, neste contexto histórico, prevaleceu a coragem (e a desfaçatez) de literalmente branquear as provas que poderiam ter dado aso a que o curso dos acontecimentos tivesse sido outro e a sua leitura crítica realizada pelos cidadãos pudesse ser bem diversa, assistimos hoje, com preocupante frequência, a uma encapotada atitude de não se querer assumir as consequências daquilo que se diz estar a planear fazer, tentando que fique apenas registado para a posteridade a mera intensão de agir, mas nunca a responsabilização pelo ónus das suas consequências, se acaso, do anunciado rol de intentos, resultar daí alguma consequência prática. Ou seja, que da leitura imediata da fotografia seja apenas possível reter a nobilíssima carta de intenções, e nada mais, como se esta fosse já a concretização prática em si mesma.

Os exemplos, no nosso país, no que se refere ao rumo atual dos acontecimentos resultantes da implementação das políticas governamentais no setor da saúde são alguns, indo-me apenas referir, neste escrito, por mera questão de espaço e de oportunidade, ao que diz respeito à iniciativa denominada de "*Fast Track Cities*" da ONUSIDA. Esta, que vem na sequência de uma outra, conhecida por "90/90/90%" e que mereceu também o apoio incondicional das estruturas ministeriais do nosso país, tem por base o conhecimento epidemiológico, bem como de inúmeros e credíveis estudos de modelação matemática, segundo os quais a transmissão da infeção VIH está, ao nível mundial, concentrada sobretudo nas cidades, e de que a grande maioria das novas infeções são contraídas a partir de pessoas que não sabem estar infetadas no seio de cada comunidade. Para além disso, a OMS tem a decorrer uma outra campanha, intitulada "0 = 0", que pretende passar a mensagem de que se pode assumir com razoável convicção a "certeza" que alguém que passe a ter carga viral suprimida deixa depois de

transmitir sexualmente a infeção ao seu parceiro (e talvez, mesmo, ao próprio recém-nascido, através do aleitamento materno).

Como consequência, se se implementasse uma estratégia de realização disseminada do teste serológico que permitisse a identificação da quase totalidade dos infetados e se os trouxéssemos até às estruturas competentes de saúde capazes de assegurar o seu adequado tratamento e monitorização clínico-laboratorial, logo a partir dessa altura e durante toda a vida de cada um dos portadores do VIH, seria então possível transformar a pandemia numa endemia residual e sem a esmagadora expressão epidemiológica planetária que hoje possui. Mais, se esta estratégia fosse alargada às hepatites víricas, sobretudo à "C", que hoje tem uma taxa de cura superior a 95%, mercê da extrema eficácia dos novos antivíricos que passámos a utilizar recentemente, poderíamos almejar então não só acabar com outra terrível pandemia, mas ainda de antever a sua quase extinção. Não serão suficientemente nobres estes desígnios civilizacionais, capazes de justificarem a reunião de todos os que, de forma genuína, com eles quiserem colaborar, perguntar-se-á? Certamente que sim, diria eu, e, certamente, todos os cidadãos de todo o mundo. Então, quais serão os obstáculos concretos que se colocam neste espinhoso caminho na realidade atual portuguesa?... Respondo!

A capacidade dos serviços especializados para acolherem um súbito e significativo aumento do número de doentes não é fácil de gerir ou de garantir no contexto hospitalar vigente, pois a carga de trabalho exigida sofreu recentemente um grande incremento, dado terem passado a ser responsáveis, para além de tudo o que já faziam anteriormente, pelas consultas de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição para o VIH), pela deslocação aos estabelecimentos prisionais para atendimento clínico a esta difícil população de doentes, pelas atividades das Comissões de Controlo de Infeção e pelos PAPA (Programas de Apoio à Prescrição de Antibióticos) dos hospitais, num contexto de bem conhecidos constrangimentos à renovação dos quadros de pessoal, sabendo-se que os mesmos estão generalizadamente envelhecidos no setor médico.

Por sua vez, as administrações hospitalares encaram estas políticas de saúde públicas com notórias reservas, porque para elas, cada doente que entra através deste tipo de programas, o défice financeiro institucional aumenta, o que posteriormente lhes é "atirado à cara" aquando da monitorização cíclica da execução dos Contratos-Programa anuais, ou aquando da sua negociação inicial com os organismos responsáveis da tutela (ARSs e ACSS). Pior. Não apreciam "logicamente" serem confrontados com os gráficos que alegadamente traduzem esse mesmo défice, e muito menos dos *benchmarkings* que supostamente deveriam comparar,

com equidade, o desempenho dos diferentes hospitais entre si, mas que não traduzem a realidade efetiva dos factos, pois por mais que se lhes seja dito, uns transmitem o gasto com o dispêndio em medicamentos sem contabilizar os descontos que a IF faz no final do ano, ao passo que outros o fazem desde o início, e assim conseguem ficar bem na "fotografia" e aos olhos "cegos" e aos ouvidos "surdos" da hierarquia. A realidade é que as verbas dos atuais programas verticais de financiamento não chegam para pagar os custos dos exames auxiliares de diagnóstico necessários ao seu seguimento clínico adequado, e, no que se refere à infeção por VIH, não chegam também para pagar o que se despende com todas as terapêuticas que os muitos milhares de doentes não *naïf*, muitas vezes por intolerância, toxicidade ou resistências aos fármacos de primeira linha, têm de fazer.

Neste cenário, cheio de incertezas e de hesitações, perguntar-se-á como é que se pretende efetivamente implementar as estratégias que permitam uma adesão consequente à aludida iniciativa da ONUSIDA? Será que se persiste em ignorar que milhares de testes rápidos colocados nos Cuidados de Saúde Primários foram até agora desperdiçados, porque passaram de prazo, dado que, entre outras razões, os CSs foram transformadas literalmente em linhas de montagem de ver doentes, os seus profissionais estão com elevadíssimos níveis de *burnout* e não têm, literalmente, nem tempo, nem energia física ou mental para despenderem o pouquíssimo que lhes resta com este tipo de iniciativas, pois as suas prioridades são certamente outras, neste dificílimo e anacrónico contexto? Porque é se finge ignorar que há a possibilidade de acolher iniciativas de índole mecenática que permitiriam dar um sério contributo para a concretização destes desígnios? Só porque têm origem na IF, pergunto? E se a iniciativa partisse de um qualquer magnata com negócios na indústria de material informático (ex.: Bill Gates) ou de um antigo Presidente da República (ex.: Bill Clinton) seria diferente?

Não seremos NÓS capazes de separar os interesses de quem se prontifica a fornecer os testes, mesmo sabendo que daí irá resultar, obviamente, um maior consumo de fármacos, através de um protocolo entre as partes envolvidas que assegurasse a independência das opções terapêuticas a empreender posteriormente? E essa realidade não seria exatamente a mesma se o mecenas nada tivesse a ver com a IF? Ou preferirá antes o MS ficar com a responsabilidade direta dessa (considerável) despesa? Porque é que, pelo menos um Hospital português sob administração PPP, decidiu (e muito bem!) não questionar a bondade desta iniciativa e já a pôs em execução, e os que têm regime jurídico EPE, não se sentem confortáveis em dar esse passo?

Na segunda semana de outubro do corrente ano, Portugal irá acolher uma reunião internacional de âmbito Europeu acerca desta problemática e irá decorrer uma cerimónia na AR em que várias edilidades foram instadas a ir assinar um protocolo de compromisso com a iniciativa da ONUSIDA, com a pompa que é habitual em circunstâncias semelhantes. Será apenas para a fotografia, é pertinente questionar? Se não formos efetivamente consequentes com esta nobre causa neste preciso momento histórico e, tendo a possibilidade prática de tomar nas nossas mãos (e consciências) a aplicação das estratégias que efetivamente temos ao nosso alcance e das quais conhecemos os enormes impactos favoráveis, ainda que com o recurso à ajuda de quem se quiser juntar com a necessária transparência de intenções, porque a magnitude dos ganhos para toda a Humanidade são disso justificação suficiente, como é que queremos ser vistos pelos vindouros na fotografia que os tabloides e os órgãos oficiais se encarregarão de difundir com meteórica celeridade? Da mesma forma que aconteceu na grande pátria dos sovietes? Espero, sinceramente, que não!!!

SETÚBAL, 2018/10/01

Site da Ordem dos Médicos, secção Tribuna, 2018/10/02



Representação pictórica da visita de um Médico a casa do seu Doente, 1512, Hieronymus Brunschwig, cirurgião alsaciano (1450-1512), *in Liiber de arte distillandi de compositis*

Proposta para a execução do Programa *FAST TRACK CITIES* em Setúbal

INTRODUÇÃO: O ENQUADRAMENTO GERAL

Existe um movimento internacional que começou há alguns anos, apadrinhado pela OMS (UNAIDS) e o IAPAC (uma associação internacional de profissionais dedicados ao tratamento da infeção por VIH/SIDA) e que culminou com a assinatura de uma declaração conjunta que envolveu diversos países, realizada em Paris em 2014. Esta iniciativa tem por objetivos: contribuir para congregar esforços e promover a coordenação de estratégias para combater a pandemia da infeção por VIH (e acessoriamente, das hepatites crónicas víricas B e C), almejando, até cerca de 2030, terminar com estas doenças, enquanto problemas de saúde pública, tornando as novas infeções por estes agentes microbianos perfeitamente vestigiais. Outras iniciativas com objetivos complementares surgiram nos últimos anos sob a égide das mesmas organizações, designadamente as denominadas "90/90/90%" e "0 = 0" (estas exclusivamente dirigidas ao VIH/SIDA).

Este desígnio, de impacto sem precedentes na história da Humanidade, dada a magnitude do número de afetados em todo o Mundo e a grande morbimortalidade associada às doenças em causa, sendo teoricamente realizável (desde que haja vontade política genuína e meios adequados à disposição de quem cabe operacionalizar estes programas), parte de alguns pressupostos que assentam numa base sólida de conhecimentos de natureza epidemiológica com origem em modelos matemáticos perfeitamente validados, de entre os quais se contam:

a. Para a hepatite B, existe uma vacina eficaz e também um tratamento que, não sendo curativo, permite retardar o aparecimento e diminuir francamente a ocorrência e o grau de gravidade das complicações que podem emergir, tornando também os seus portadores bastante menos capazes de transmitirem a infeção a outros indivíduos eventualmente suscetíveis;
b. Para a hepatite C, embora não exista qualquer vacina disponível, a taxa de cura biológica com a utilização das novas moléculas (DAAs) iniciada há cerca de três anos é superior a 95%, pelo que se poderá antever que, a curto prazo, as novas infeções passem a ser perfeitamente excecionais;
c. Para o VIH, apesar de também não haver (ainda...) uma vacina eficaz e a cura biológica não ser alcançável com os fármacos de uso corrente, a conjunção simultânea de várias estratégias (PrEP, PEP, TARV e medidas de

redução de danos, designadamente de programas alargados de troca de seringas, salas de administração de opiáceos em condições assépticas e medicamente assistida, utilização de métodos de barreira nas relações sexuais ocasionais e/ou que envolvam parceiros com *status* serológico desconhecido ou c/ CV positiva, e até a circuncisão, e outras) pode obter-se uma diminuição tão acentuada da carga viral, quer individual, quer a nível comunitário, que a transmissão deste vírus pode passar, também, a ser perfeitamente excecional.

ESTRUTURAÇÃO PREVISTA

Tendo em conta que cada vez mais se reconhece que estas infeções estão sobretudo concentradas nas metrópoles urbanas, a sua filosofia de atuação prevê precisamente que se estruture um Plano que, tendo em consideração todas as determinantes epidemiológicas já anteriormente referidas, se centre sobretudo numa estratégia com os seguintes vetores:

a. Identificação o mais precocemente possível do maior número de portadores que desconheçam o seu estado serológico, pois sabe-se que a grande maioria das novas infeções ocorrem precisamente neste contexto, e dentro deste grupo, sobretudo no seio daqueles que a adquiriram recentemente (pelo simples facto da sua CV ser habitualmente muito mais elevada do que a dos que têm uma infeção já estabelecida há longos meses (o primeiro 90 da estratégia protagonizada pela ONUSIDA, dos três noventas já anteriormente referidos);
b. Referenciação rápida dos infetados para um centro especializado, de modo a serem avaliados de seguida e iniciarem logo depois a TARV (o segundo 90 da mesma sigla);
c. Manutenção dos doentes em seguimento clínico regular, de modo a permanecerem o mais tempo possível com carga viral negativa, deixando assim, praticamente, de poderem transmitir a infeção (o terceiro e último 90, e aludindo à outra iniciativa igualmente referida previamente "0 = 0");
d. Liderança, pelas estruturas administrativas autárquicas, a partir do topo da hierarquia das respetivas edilidades, a quem cabe a coordenação operativa da congregação de esforços de todos os diferentes atores identificados, bem como dos representantes dos grupos mais vulneráveis e com maior prevalência da infeção.

A REALIDADE NACIONAL

O grupo de cidades signatárias abrangeu um núcleo inicial de três (Lisboa, Porto e Cascais) a que se seguiram mais recentemente algumas mais, quase todas da periferia urbana da Grande Lisboa. Nestas cidades, a prevalência é a maior ao nível do nosso país, tendo havido uma cerimónia pública em outubro do corrente ano na AR, aquando da realização de uma reunião temática de carater internacional na capital portuguesa.

Se bem que ninguém conteste a justeza dos objetivos desta campanha, a verdade é que a organização política de cada país é diversa e a responsabilidade das autarquias na gestão destes assuntos é muito diferente de Portugal em relação a muitos outros países subscritores. O Plano terá assim, forçosamente, de deferir de edilidade para edilidade de cada região e país, consoante a realidade sociológica e da estruturação e responsabilidades operativas das entidades públicas que asseguram a prestação de cuidados de saúde, a sua tradição de envolvência nestas questões, bem como a idiossincrasia de cada uma das equipas e respetivos líderes.

A Secretaria de Estado da Saúde e a DGS têm estado particularmente envolvidas em tarefas de sensibilização, tendo nomeado a coordenação de um grupo de trabalho e realizado várias reuniões com diversos parceiros que partilham responsabilidades neste domínio, embora se notasse a ausência de representantes dos Cuidados de Saúde Primários (ACES), tal como dos Cuidados Hospitalares. De todas as Câmaras Municipais que foram convidadas a juntarem-se ao trio inicial, somente Setúbal se recusou a assinar o Protocolo elaborado (por razões que se explicitarão de seguida). Simultaneamente, e com objetivos semelhantes, o MS apadrinhou uma iniciativa da APF para que as Farmácias passem a realizar testes rápidos, estando também prevista para breve a possibilidade de os cidadãos poderem passar a comprar nas farmácias comunitárias, que existem dispersas por todo o território nacional, o teste para o realizarem em sua própria casa.

A REALIDADE EM SETÚBAL

Desde maio do corrente ano de 2018 que a LACPEDI (Liga para o Apoio Comunitário para o Estudo das Doenças Infeciosas), associação sem fins lucrativos recentemente criada, em cujos corpos dirigentes se contam muitos cidadãos não profissionais de saúde, a par de especialistas na temática em causa, designadamente pertencentes ao SDI do CHS, colocou este assunto no seu Plano de realizações para 2019. Por esta razão reuniu-se de seguida com a CMS, propondo

um protocolo formal de parceria, que irá ser assinado em breve, para o estabelecimento de uma cooperação em diversos domínios e, designadamente, com a iniciativa que é objeto neste *draft,* constituindo-se assim como que um suporte de índole científica da própria CMS, de modo a que esta consiga ultrapassar as insuficiências naturais decorrentes do facto de não dispor, nos seus Quadros Técnicos, de qualquer especialista nesta área.

Reunimo-nos posteriormente com todos os possíveis parceiros ao nível local e regional, bem como fizemos também uma visita a Lisboa, no intuito de tentar colher os frutos do exemplo de quem já tem um Plano definido e está a tentar colocá-lo em execução, tendo ainda participado em todas as reuniões promovidas pela Secretaria de Estado da Saúde e/ou pela DGS, a última das quais no passado mês de novembro, em Setúbal.

De tudo o que se discutiu, verificou-se uma significativa e progressiva coincidência de posições entre a visão dos representantes da CMS e da LACPEDI, que ficaram de ser transmitidas superiormente, no sentido de não deixar um dos concelhos e distritos do país, mais afetados por esta problemática, de fora desta importante iniciativa, embora com o necessário respeito pelas idiossincrasias locais decorrentes de uma realidade sociológica que a diferencia, em alguns aspetos, da que existe noutros conselhos que já subscreveram a "Carta de Paris".

Assim:

1. Deverá existir uma corresponsabilização efetiva quanto à planificação e execução do Plano com as estruturas locais que prestam cuidados de saúde, designadamente, o CHS e o ACES Arrábida, podendo depois ser extensível aos concelhos limítrofes;

2. O Protocolo deverá ser do conhecimento da DGS e ter desta entidade a concordância explícita e formal, tal como o mesmo será imprescindível relativamente ao próprio MS, sobretudo com a cooperação com a ARSLVT e o INSA, a quem cabe propiciar os meios necessários e imprescindíveis às instituições locais;

3. O Protocolo deverá ter de ser discutido entre todos os parceiros que localmente possam contribuir para fazer com que as populações mais vulneráveis e afetadas por estas infeções possam ter acesso aos cuidados de saúde especializados para o seu diagnóstico e tratamento eficaz e adequado, mantendo-se em seguimento clínico regular durante o tempo necessário;

4. Promover a realização mais alargada possível do teste, dado que esta é a única forma de identificar os portadores que desconhecem estar infetados;

5. Para concretizar este último desiderato, de resto já preconizado há muito tempo pela OMS, propõe-se

a. Implementar lembretes eletrónicos no SClínico, ao nível quer dos Cuidados Primários, quer dos Hospitalares, que induza uma sensibilização dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, para a requisição do teste serológico, sobretudo perante algumas apresentações clínicas específicas e sempre em conjunto (VIH, hepatites víricas e DSTs (sobretudo sífilis, dado que as vias de contágio são essencialmente as mesmas);
b. Realizar sessões clínicas junto dos médicos de outros serviços de especialidade e nos CSs (tal como pontualmente já foi efetuado) com o mesmo objetivo do ponto anterior;
c. Promover uma campanha junto dos cidadãos para os sensibilizar a solicitarem aos seus médicos assistentes a realização de um teste serológico pelo menos uma vez na vida e sempre que existirem situações consideradas de risco acrescido, a efetuação de um teste rápido nas Farmácias ou mesmo de um autoteste no domicílio;
d. Abrir um concurso público para angariar doadores, a título de mero mecenato, que suportem os custos inerentes à disponibilização de meios eficazes e apelativos para uma campanha pública de esclarecimento e divulgação, bem como de um número suficiente de testes capaz de tornar a sua disseminação mais efetiva (por exemplo nas Urgências dos Hospitais e dos Centros de Saúde, designadamente para os doentes que não têm Médico de Família ou não têm o hábito de frequentarem regularmente os CSs. Nesse concurso, não deve ser aceite a exclusividade de nenhuma entidade, e se estiver envolvida alguma que esteja direta ou indiretamente relacionada com o fabrico de antivirais, ficar exarado no protocolo que tal aceitação não pode ter nenhuma contrapartida, direta ou indireta, designadamente sobre as normas de tratamento definidas nacional ou institucionalmente;

6. As Unidades de Cuidados e Saúde Primários devem passar a ser dotadas dos Especialistas de MGF e restante pessoal necessário à adequada cobertura da população residente até ao final de 2019;

7. O CHS deverá estar munido do número de profissionais, designadamente de uma equipa pluridisciplinar com a composição e número suficiente de elementos (sobretudo de médicos especialistas) e de meios técnicos (sobretudo de instalações) capaz de poder corresponder a um expectável aumento significativo de doentes num mais curto espaço de tempo;

8. O financiamento dos Programas verticais relativos a estas patologias não pode ser de modo a implicar um aumento do défice dos Hospitais e deverá comportar verbas que abarquem o que se despende com os exames auxiliares de disgnóstico específicos adequados ao seguimento clínico dos doentes, sobretudo nos casos mais complexos em que se tem de instituir terapêutica de resgate em doentes com resistências acumuladas e, logo, não apenas para os antirretrovíricos utilizados nos doentes *naïf*;

9. Os objetivos da campanha devem ser contratualizados anualmente entre a ARSLVT e as Unidades de Cuidados Primários e Hospitalares que integram o SNS a partir de 2020;

10. Tudo isto supõe, evidentemente, que cada uma das organizações está consciente das suas responsabilidades individuais e que aceita colaborar com as restantes para o mesmo objetivo, designadamente na avaliação periódica prevista pelos parâmetros definidos pela Comissão Técnica da DGS e, finalmente, que existirão os apoios necessários para a redação dos relatórios e artigos científicos que decorram diretamente desta iniciativa.

SETÚBAL, 2018/12/28

Nota: Documento elaborado por mim após solicitação da CMS (Câmara Municipal de Setúbal) à LACPEDI (Liga de Apoio Comunitário para o Estudo das Doenças Infeciosas, da qual sou Presidente do Conselho Consultivo), para servir de base à implementação desta iniciativa da ONUSIDA na cidade de Setúbal, depois de ter sido discutido entre todas as entidades oficiais referidas, bem como as ONGs e as IPSSs que, no concelho, têm atividade neste âmbito. Agradeço toda a colaboração que sempre tive por parte da LACPEDI, em especial do Cândido Teixeira, seu Presidente, tal como do colega Rui Monteiro, também do seu Conselho Consultivo, sempre sintonizados com os objetivos que aqui constam.



Representação pictórica de um Médico a efetuar uma Uroscopia, século XIV, autor anónimo, Biblioteca Bodleian, Oxford

Carta Aberta ao novo Ministro da Saúde em estilo de dedicatória aos meus doentes e a todos os infetados por VIH em Portugal

A luta do homem contra o Poder é a luta da memória contra o esquecimento

MILAN KUNDERA
Escritor checo, 1929-2023

O Estado existe para realizar o que é útil.
O indivíduo, para realizar o que é belo

OSCAR WILDE
Escritor irlandês, 1854-1900

A única dignidade realmente autêntica
é a que não diminui ante a indiferença dos outros

DAG HAMMARSKJOLD
Político sueco, 1905-1961

A missão não é leve:
Cada homem é responsável pelo mundo inteiro

CLARICE LISPECTOR
Escritora brasileira de origem ucraniana, 1920-1977

A política do medicamento no nosso país carece, a meu ver, de ser aperfeiçoada. Ao Infarmed, a quem cabe fazer a vital farmacovigilância e proceder ao complexo processo de introdução dos novos medicamentos, cabe, ainda, a missão de negociar o seu preço de venda e o respetivo regime de comparticipação, o que me parece que deveria ser antes feito por outro organismo público. Assim, o Infarmed dever-se-ia focar exclusivamente na garantia de que os medicamentos que os doentes tomam não estão falsificados no que concerne à sua composição química, para não acontecer aquilo que se passa infelizmente em imensos países do Mundo, com eventuais consequências logicamente trágicas, através da realização de análises aleatórias frequentes, e, também, avaliar da efetiva mais-valia das novas moléculas propostas para introdução pela indústria farmacêutica, pois trata-se de processos em que não se utilizam outros critérios que não os científicos. O que é muito importante para que, tanto médicos, como farmacêuticos ou doentes tenham a imprescindível garantia da sua eficácia terapêutica.

Fazer coincidir naquele mesmo organismo a outra componente, essencialmente de índole económica e financeira, não me parece lógico, podendo, inclusive, causar dificuldades evitáveis aos dois processos decisórios, dado que, neste último caso, a decisão é muito mais política do que científica.

Em todos os relatórios nacionais e internacionais divulgados, Portugal é dos países que acolhe mais tardiamente a denominada inovação terapêutica, tal como, no contexto comunitário europeu, é dos que tem menor participação em ensaios clínicos (dos que são da iniciativa da indústria farmacêutica, e, mais ainda, dos que são independentes dela), o que pode ser explicado por muitos fatores, nos quais aquilo que referi nos parágrafos anteriores tem, também, na minha opinião, um peso que não será nada despiciente.

Os critérios utilizados para classificar um determinado medicamento como sendo uma verdadeira inovação farmacológica devem também ser revistos. Restringi-los "apenas" aos denominados medicamentos órfãos (como aconteceu na recente Pandemia de SARS CoV-2), às moléculas com mecanismos de ação diferentes das já existentes, ou às que demonstrem um aumento da eficácia terapêutica nos ensaios clínicos de registo, em comparação com as que já foram antes introduzidas, é hoje completamente desajustado e insuficiente, sobretudo se se fizer depender disso o seu preço e o respetivo regime de comparticipação a ser atribuído. Evidenciar idêntica eficácia, mas tendo perfiz de farmacodinâmica e de farmacocinética diversos, tal como distintas vias de administração, comportar um maior impacto na qualidade de vida dos doentes também deveria ser considerado. E, no caso das doenças infeciosas transmissíveis, possuir um perfil de interferência mais vantajoso na dinâmica epidemiológica dos agentes microbianos também deveria ser tido em conta para esse mesmo processo decisório, o que até, penso, um leigo intuitivamente entenderá.

Existem muitas outras causas para estas disfuncionalidades, de entre as quais destacaria:

1. Uma sistemática, mas não assumida, desconfiança relativamente ao posicionamento dos organismos oficiais face à indústria farmacêutica, o que me parece ser recíproco, mas que inquina todo o processo decisório relativo à introdução da inovação terapêutica. Seria importante, pois, resolvê-la através de uma maior transparência no relacionamento mútuo, para o que muito poderia contribuir o que inicialmente referi;

2. As Comissões de Ética dos diversos Hospitais, tendo de cumprir a mesma legislação, elaboram pareceres e decisões com base em interpretações distintas da lei e gastando uma quantidade de tempo que, não raramente, torna a

participação num ensaio clínico impossível. A título de exemplo, perguntaria porque é que, quando existe um Centro Coordenador num estudo multicêntrico, não basta a avaliação da sua Comissão de Ética, em vez de se exigir a avaliação da de todos os centros participantes?

3. Com o tempo útil dos médicos cada vez mais esgotado no trabalho assistencial, designadamente em obsoletas e desmotivantes exigências burocráticas, com o *staff* médico cada vez mais reduzido nalguns Serviços dos Hospitais Públicos (como no que dirijo), e, por vezes, com vários dos seus elementos com horários a tempo parcial, como arranjar ainda tempo para integrar projetos de investigação? A que se poderia acrescentar, também, aquele que é obscenamente despendido em tarefas perfeitamente inúteis, como seja o que passou a ser gasto depois da muito recente atualização do sistema de prescrição eletrónica do Ministério da Saúde (PEM) que, sem que os clínicos tenham sido disso notificados com a devida antecedência, alterou a metodologia da prescrição, impedindo a sua renovação automática, mesmo nos casos da prescrição crónica, obrigando a reintroduzi-la na totalidade, medicamento a medicamento, o que faz com que, cada vez mais, o médico, revoltado, perca imenso tempo a olhar para o ecrã do computador em vez de para o doente. O que é uma subversão completa daquilo que deveria ser uma consulta médica, dando a sensação que as autoridades não respeitam nada nem ninguém, sobretudo os médicos e os doentes, em pernicioso contraste com o que deveria ser, ou seja, a materialização de num momento de empatia e de exaltação da tão necessária humanização, capaz de satisfazer ambos os participantes deste tão singular relacionamento, tal como se advoga no Livro *A Relação Médico-Doente* editado sob os auspícios da Ordem dos Médicos e do qual fui coautor e coordenador editorial, ou se reflete no meu primeiro livro, intitulado *Ode ou Requiem*.

Vem tudo isto a propósito da mais do que exasperante e inexplicável demora relativa à finalização do processo de introdução dos antirretrovirais injetáveis em Portugal. Apurou-se muito recentemente, em várias centenas de entrevistas realizadas em dois Hospitais Públicos (um dos quais, o que dirijo) e por uma ONG, que cerca de 2/3 dos doentes infetados, quando questionados se preferiam continuar a tomar medicamentos por via oral diariamente, ou passar a fazer o tratamento da sua infeção com duas injeções intramusculares em simultâneo a cada dois meses, disseram preferir optar por esta última modalidade. Sobretudo por entenderem que isso diminuiria a indigna estigmatização social associada a esta doença (que, infelizmente, está longe de ter desaparecido), que aumentaria o seu perfil de adesão (que têm a consciência de ser absolutamente vital!!!) e que

melhoraria a sua qualidade de vida. Argumentos que deveriam ser suficientes para já se ter posto fim a esta angustiante demora, garantido que está o seu grau de eficácia e o facto de não comportar aumento da despesa para o SNS.

Para além disso, não ter permitido a introdução destes medicamentos até ao momento vai contra a recentíssima recomendação da OMS (que classifica como prioritária a utilização de um deles na estratégia de PrEP-Profilaxia Pré-Exposição), mas, também, o que é gravíssimo, impede literalmente os doentes com incapacidade de deglutição de se tratarem, o que contraria claramente os preceitos constitucionais vigentes, sendo tal mais próprio de um país que não respeita as regras mais elementares de um verdadeiro Estado de Direito.

Terminaria, dizendo que o que importa verdadeiramente para um Médico (eu ou qualquer colega meu), será que cada doente (a que refiro no final e todos os outros) tenha acesso ao melhor tratamento possível (por maioria de razão, se este for a única opção), e que o seu preço seja justo (de modo a não impedir o reinvestimento de uma parte substancial dos "lucros" da indústria farmacêutica na busca de novas e de melhores soluções para os problemas de saúde dos doentes), e, comportável pela riqueza de cada país ou pelo "bolso" de cada cidadão, dependendo do seu regime de comparticipação. Nem mais. Nem menos.

Será, deste modo, completamente inaceitável que o Infarmed, o Ministério da Saúde e a Indústria Farmacêutica não façam destes valores um autêntico desígnio civilizacional. A si, Sr. Ministro da Saúde, Dr. Manuel Pizarro, tal será um desafio irrecusável por maioria de razão, pois, para além de ser Médico, é também meu colega de uma das especialidades que tenho (Medicina Interna), logo, supostamente muito mais apto para entender os argumentos do que lhe decidi expor. Com coragem. Sem subterfúgios. Porque, caso contrário, não ficaria, de todo, de bem com a minha própria consciência, mesmo sabendo que não está longe o dia em que solicitarei a minha aposentação antecipada.

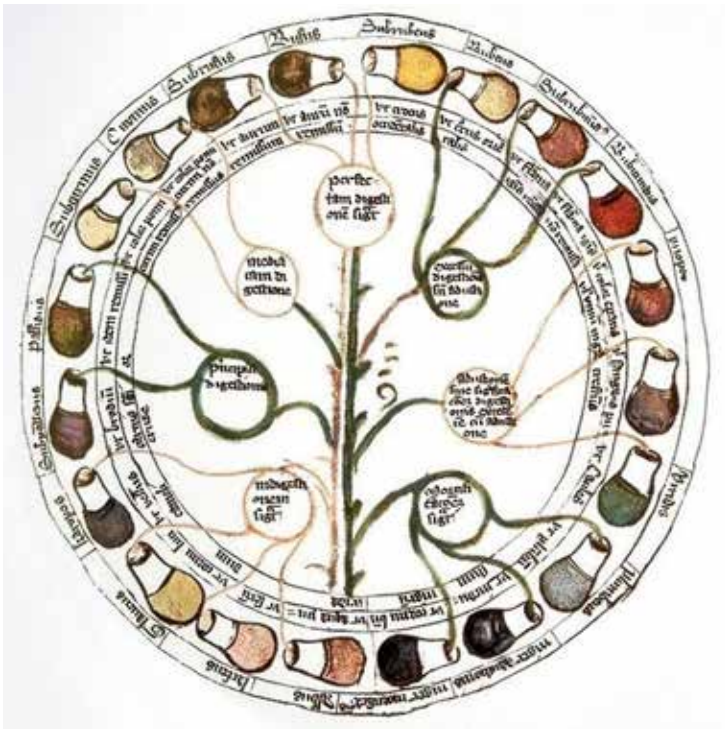
SETÚBAL, 2022/09/19

José MD Poças (Médico Assistente da única doente em Portugal a fazer ARVs injetáveis desde há quatro anos).

Jornal *O Público online* em 20 de setembro de 2022

Nota Final: À sua antecessora escrevi muitas cartas abertas, algumas das quais publicadas no meu mais recente livro, *Reflexões em Tempos de Pandemia: Histórias de Vida, de Prazer, de Sofrimento e de Morte*, e, as restantes, no meu site josepocas.com, onde irei colocar esta também, e que integrarão o próximo.

A si, que acabou de ser investido no cargo de Ministro da Saúde, é a primeira e por mero imperativo de consciência. Daí o título que escolhi e a dedicatória que fiz, pois, assumo, o meu único conflito de interesses profissional de natureza ética é a defesa intransigente dos doentes e da boa prática médica. Não sei quantas mais lhe irei dirigir. Depende de muitos fatores. E, tanto de mim, como de si. O caso clínico da doente a que me refiro na identificação do autor deste texto encerra uma problemática de índole ético-deontológica que desafia o âmago da própria Medicina, como já referi em publicações anteriores, o que me interpelou a promover a organização de um debate que se realizará no dia 30 do corrente mês de setembro, intitulado "Aspetos controversos no controlo epidemiológico das Doenças Infeciosas: Ética, Direito e Saúde Pública" para o qual V.ª Ex.ª foi convidado, tal como a Ministra da Justiça e o Sr. Presidente da República. Convite que tenho a expetativa que aceitem. Porque tal seria certamente importante, por poder simbolizar o Vosso compromisso com a resolução efetiva dos candentes problemas que aqui trouxe à colação.



Representação pictórica de um esquema de interpretação da Uroscopia, 1401, autor desconhecido, *in Fasciculus Medicinae*

Raiva, o possível retorno de uma doença mítica?

Há doenças, a maioria delas de origem microbiana, que se tornaram verdadeiramente míticas na História do Homem. A grande maioria delas (lepra, peste, sífilis, tuberculose, poliomielite, cólera, etc.), embora continuem a ser motivo de alguma preocupação, sobretudo nalguns contextos epidemiológicos mais ou menos restritos, estão hoje bem longe de ter o impacto de tempos idos, mercê dos avanços científicos conseguidos no último século (melhoria das condições sanitárias, estratégias de imunização e antimicrobianos). O mesmo se poderia pensar da raiva, cujo início do seu controlo, enquanto problema de saúde pública, se ficou a dever à insigne figura de Louis Pasteur, um notável cientista que, sendo um bioquímico de formação, propiciou à Medicina avanços dificilmente igualados pelos médicos.

Se bem que cerca de 95% dos casos de raiva humana sejam devidos à mordedura do cão doméstico, outros canídeos, e, mesmo, outros mamíferos (por exemplo, os símios) podem propiciar a transmissão desta terrível doença que causa, ainda, em alguns países em vias de desenvolvimento (sobretudo na África subsariana e no subcontinente Indiano) mais de 50.000 mortes anuais, segundo estimativas da OMS. Se bem que estejam descritos casos pontuais de infeção transmitida através de transplante de órgão realizado no âmbito do denominado turismo médico nos mesmos países onde a doença é endémica, outra realidade deveria merecer, contudo, a nossa atenção.

É sabido que o outro reservatório importante deste vírus são os morcegos, animal que tem sido cada vez mais incriminado na disseminação de diversas doenças classificadas como emergentes. Sendo logicamente difícil de ter um controlo estrito sobre o mesmo, dada a sua grande mobilidade e ao facto de habitar nichos ecológicos relativamente recônditos, este facto aumenta a atualidade desta preocupação, sobretudo depois da publicação de estudos que os nossos vizinhos espanhóis efetuaram e nos quais se noticia o isolamento de novos lissavírus anteriormente desconhecidos para a ciência.

Sabendo-se que tal não se passa em Portugal e que algumas antigas minas já sem exploração ativa de minério estão presentemente a ser utilizadas para fins turísticos ou para estagiar vinhos de alguns afamados produtores, e tendo eu constatado recentemente que as entidades que as detêm são muito zelosas na preservação das suas colónias de morcegos, mesmo sabendo-se que existem muitas espécies e que nem todas são passíveis de serem infetadas, não seria prudente fazer como os nossos vizinhos espanhóis, tendo em consideração que as fronteiras

administrativas e diplomáticas não impedem a passagem dos microrganismos e dos seus reservatórios ou vetores de um lado para o outro?

Não poderá o mesmo acontecer, por exemplo, com a infeção de Crimeia-Congo, da qual têm sido reportados casos que têm acometido os aficionados da atividade venatória, tão praticada nas zonas fronteiriças dos dois países ibéricos? É que, neste caso, ainda bem que temos o Programa REVIVE do CEVDI/INSA que nos poderá indicar a existência de vetores infetados antes de existirem casos humanos! E com a raiva e os morcegos, pergunto? Não nos estaremos a tornar vulneráveis, por omissão de uma vigilância ativa que seria importante implementar?

Aqui fica o desafio e o alerta.

SETÚBAL 2022/12/07

Editorial da newsletter da SPMV de dezembro de 2022



O Triunfo da Morte, 1446, autor anónimo,
Galeria Regional de Palermo, Sicília. Representação
pictórica que faz uma alusão aos efeitos devastadores da
grande pandemia de Peste Negra na Europa na Idade Média

Carta Aberta ao Ministro da Saúde em estilo de grito de alma

INTRODUÇÃO

A história é o incalculável impacto das circunstâncias sobre as utopias e os sonhos

MARIANO SALAS
Diplomata venezuelano, 1901-1965

De todas as doenças do espírito humano, a fúria de dominar é a mais terrível

VOLTAIRE
Filósofo francês, 1694-1778

Fiz recentemente uma conferência intitulada "Será o SNS viável"? para a qual fui convidado pela FSNS e que repeti, na versão integral, volvidos cerca de três meses, na NOVA-SBE, a convite do Prof. Pedro Pita Barros que havia partilhado comigo a primeira, em Setúbal, e em que o mesmo foi comentador e anfitrião, na segunda. Devo-lhe o mote para o título que escolhi para esta Carta Aberta, sendo de assinalar que fui proibido, pelo atual Presidente do CA do CHS, de a fazer antes no CHS, algo inédito para mim e que motivou o meu pedido de aceitação imediato da demissão do cargo de Diretor de Serviço, decisão que reiterei hoje em nova exposição, perante o absurdo e completo silêncio do CA a questões candentes que, quer eu, quer o meu advogado lhe levantámos, como forma de salvaguardar a minha dignidade, a única coisa que costumo dizer ser o "preço do meu caráter", assumindo que toda a gente deve ter o seu. Destas duas iniciativas, o meu (nosso) Bastonário lhe deu imediato conhecimento. Na referida conferência explicava, segundo a minha ótica, as razões profundas do estado calamitoso a que chegou o SNS, um sistema que todos dizem defender, mas que os governantes do setor, desde há pelo menos um quarto de século, o têm sistematicamente conduzido à inviabilidade, não porque assumam explicitamente a vontade de o destruírem frontalmente, mas, antes, porque o foram sub-repticiamente asfixiando de modo progressivo, ao ponto de lhe terem retirado a viabilidade à conta de clamarem que o estavam "apenas" a expurgar das suas "gorduras nefastas e supérfluas".

Não irei aqui repetir coisas sobre as quais já tenho escrito muito e que serão objeto da publicação de um próximo livro, a que darei o provável título de *Sistema de Saúde: Ascensão, Apogeu e Queda*, a editar, talvez, no final do próximo ano, e

no qual integrarei este texto. Em setembro de 2022 publiquei a primeira Carta Aberta no Jornal *O Público online*, que dirigi a V.ª Ex.ª, e que foi dedicada a todos os infetados por VIH em Portugal, por causa do atraso na introdução dos medicamentos antirretrovirais injetáveis. Em novembro desse mesmo ano, recebi de si, com um caloroso abraço, na presença do Bastonário cessante e do que lhe iria suceder nesse cargo, a medalha de Mérito da Ordem dos Médicos no decurso do último Congresso Nacional, tendo sido a única vez que estivemos juntos. Altura nada propícia para falarmos dos problemas da saúde em Portugal, como qualquer um de nós imediatamente intuiu e ninguém o aprovaria. É no seguimento daquela, e dado o assunto não estar (ainda) resolvido, que volto a incomodá-lo, mesmo sabendo que a minha aposentação está aprazada para data não muito distante. Não só por mera questão de responsabilidade cívica interventiva, mas também pelo que a seguir lhe descreverei e que levanta questões da máxima atualidade, provocando interpelantes interrogações de índole ética, como terá a oportunidade de ver, às quais jamais me poderia furtar a expor-lhe, por puro imperativo de consciência.

QUANDO AS ALMAS GEMEM...!!!

Descartes já o tinha percebido com uma admirável clareza:
a liberdade da indiferença é o grau mais baixo da liberdade

GABRIEL MARCEL
Filósofo e compositor francês, 1889-1973

É mais fácil gozar com alguém,
do que convencer essa mesma pessoa de que foi gozada

MARK TWAIN
Escritor norte-americano, 1835-1910

Era, até há poucas semanas, médico da única doente em Portugal que estava medicada, desde há quase cinco anos, com antirretrovirais injetáveis, mas, muito recentemente, vi-me na contingência de solicitar a introdução de uma segunda nessa estratégia de tratamento, tendo visto deferido esse imperioso pedido de aprovação por parte do Infarmed em tempo record (assim fosse sempre!!!). A pergunta que começo desde já por lhe fazer é a do porquê desta demora na aprovação de uma medicação que é verdadeiramente inovadora e que pode, nalgumas circunstâncias, representar a melhor opção terapêutica, quando não a única. Outros países comunitários já a introduziram há mais de dois anos, a OMS

considera-a, desde há cerca de um ano, uma opção extremamente válida, quer na terapêutica da infeção estabelecida, quer em PrEP (profilaxia pré-exposição).

Numa amostragem realizada por minha iniciativa numa ONG e em dois Hospitais (um deles o CHS), onde são tratados, no conjunto, milhares de doentes com esta infeção, uma percentagem a rondar os 50% diz preferi-la, como alternativa a ter de ingerir com muita regularidade, anos a fio, uma terapêutica oral, tendo estes resultados sido transmitidos por mim ao Infarmed numa videoconferência realizada há meses, que visava apoiar precisamente este complexo e demorado processo decisório. Não sendo mais dispendiosa, sendo igualmente eficaz e bem tolerada, não se compreende, nem se pode aceitar, este enorme atraso, tal como disse num Programa promovido pelo *Jornal Expresso* já este ano em que fui convidado a participar.

Os dois casos são de índole muito diferente, embora ambos igualmente exemplificativos da premência do acesso a esta estratégia de tratamento. No primeiro, tratava-se de uma jovem com o diagnóstico recente de infeção por VIH-1 que engravidou, mas que não conseguia deglutir qualquer tipo de medicação desde criança. Esta história, muito mais complexa do que este simples resumo pode fazer supor, já foi antes contada em pormenor, pelo que terminá-la-ia por ora, acrescentando apenas que a doente e o filho se encontram bem de saúde ao fim de mais de cinco anos de tratamento da mãe, já que a criança jamais seroconverteu. Razão para se poder afirmar, com todo o propósito, que todo o enorme empenho e dispêndio de energia e de tempo gastos neste processo foi coroado de êxito, ao contrário de todos os outros pedidos até aí formulados por outros colegas. Mais adiante, ainda farei mais uma outra breve referência ao mesmo.

O outro (na verdade, três, como a seguir tornarei mais claro) é o de uma jovem de 18 anos, portuguesa de nascimento e filha de um casal de cidadãos da mártir Nação Ucraniana, chegados a Portugal pouco tempo antes do parto. Como a mãe me contou no maior desespero, a filha não chorou quando nasceu e também não conseguia mamar, pelo que teve de ser reinternada poucos dias depois de ter saído da Maternidade do Hospital. Cresceu e desenvolveu o seu corpo, mas ficou indelevelmente limitada nas suas capacidades cognitivas, tendo um comportamento de tal forma desadequado que a CPCJ a enviou para duas unidades específicas de internamento para recuperação de adolescentes difíceis, primeiro para uma no Montijo, e, posteriormente, para outra no Porto, de onde teve alta, no dia seguinte a ter atingido a maioridade.

Foi para casa dos pais, tendo mantido o mesmo padrão de comportamento, só que, desta vez, também com práticas sexuais de risco, passando vários dias sem

que os pais conseguissem saber do seu paradeiro. Foi feito o diagnóstico de infeção por VIH-1, tendo sido posteriormente apurado que há pouco mais de um ano tinha resultado serológico negativo, razão pelo que foi referenciada à consulta externa do Serviço que dirijo. Como os meus colegas, os enfermeiros, a assistente social e a psicóloga se vissem em sérias dificuldades para lidar com a deficiente adesão da jovem à consulta e à medicação e a mãe tivesse vindo ao Hospital de Dia, em enorme estado de desespero, a solicitar ajuda para lidar com a filha, o assunto foi me colocado nessa altura. Foi então que falei com os meus colaboradores e com a mãe da jovem, no intuito de me inteirar da complexa problemática envolvente. Volvidos uns dias, a mãe conseguiu trazer a filha para que eu conversasse com ela, tal como lhe havia pedido da primeira vez, tendo intuído, de imediato, que jamais seria capaz de interiorizar com adequação o conteúdo do que falámos.

Soube também que tinha uma "amiga" com um historial muito idêntico ao seu, também com a mesma idade e, passados uns dias, verifiquei que ambas tinham uma página numa rede social virtual a partir da qual angariavam "clientes" e combinavam "encontros". Solicitei-lhe que dissesse à sua "amiga" para vir também falar comigo. Nas análises efetuadas na semana anterior, exibia uma CV (carga viral) para o VIH de pouco mais de 20 cópias (sendo esta negatividade condição indispensável para poder iniciar, se acaso tivesse acesso nesse dia, à terapêutica antirretrovial injetável, já que tinha um anovulatório recentemente implantado por via subcutânea e válido por três anos. Esta duas estratégias permitiriam que não viesse a ter uma gravidez indesejada e indesejável, bem como que não infetasse terceiros). Estava ainda coinfetada com um outro microrganismo de transmissão sexual, tendo sido medicada em conformidade.

Foi feito o reforço da necessidade imprescindível de tomar regularmente a medicação oral, de modo a voltar daí a uma semana para repetir análises, no intuito de saber se já estaria com carga viral negativa, assim como se a estaria a tomar de modo mais adequado. Expliquei à mãe e à doente que, acaso isso se verificasse, iria providenciar a possibilidade de aquela passar a ter acesso aos antirretrovirais injetáveis, uma vez que seria, de longe, a melhor estratégia para este caso (tal como para muitos outros, deverei acrescentar). A doente não compareceu nesse dia, tendo a mãe vindo sozinha, dizendo que não sabia do seu paradeiro, razão pelo que fiz um relatório que foi remetido ao Delegado de Saúde e que transitou para o Tribunal, instância oficial que, até ao momento, não nos fez chegar qualquer tipo de decisão ou de pedido de informação.

A colega da Psiquiatria tomou idêntica atitude, tendo o seu relatório seguido o mesmo destino. No que eu elaborei, lamentava a inexistência de uma lei para o

internamento compulsivo por doença infetocontagiosa, mas que o mesmo tinha sido decretado no primeiro caso acima referido, dado que inicialmente essa doente também tinha tido um comportamento de fuga e de recusa na toma da medicação prescrita (agradecendo-nos hoje tal iniciativa). Enfatizei que ninguém tinha sido punido por isso, tal como tem acontecido noutras circunstâncias, mesmo sabendo-se que não existe unanimidade nesta prática, por decorrer sobretudo de uma extrapolada analogia com o que estava previsto na anterior lei de Saúde Mental. Esta era antes da opinião que, nesse contexto, a solução mais adequada seria a de recorrer à figura do "maior acompanhado", prevista na nova Lei de Saúde Mental, recentemente entrada em vigor.

Volvidos alguns dias, a doente compareceu na Unidade de Ambulatório acompanhada pela sua "amiga", a quem foi feita a colheita de sangue para análises, que vieram a revelar-se também positivas para VIH-1, mas esta última também não compareceu à consulta que tinha sido agendada para a semana seguinte. Quando veio, passadas duas semanas, foi-lhe explicado que teria de voltar no dia seguinte para tirar sangue para reconfirmação e caracterização da infeção. Foram desenvolvidos muitos contactos para saber onde poderia ir dormir nessa noite, pois era de tarde e os laboratórios já não recebiam qualquer amostra biológica, tendo-me parecido mais importante, nessas circunstâncias, providenciar que fosse observada por um ginecologista, tomando em consideração as suas queixas clínicas, tal como veio ainda a acontecer, tendo daí saído devidamente medicada. Porém, recusou as opções colocadas que se conseguiram arranjar para resolver as suas dificuldades de índole social, diligências que envolveram várias entidades extra-hospitalares com as quais falei pessoalmente ao telefone. Argumentou preferir ir ficar na casa de uma amiga que morava perto de Sintra, comprometendo-se a voltar no dia seguinte.

Fiquei a saber que era filha de um casal em que o pai tinha estado detido durante vários anos e que tinha mais quatro irmãos. Na infância, tinha sido adotada por um outro casal, conjuntamente com um dos seus irmãos, até ter sido colocada pela CPCJ nas mesmas instituições da outra sua "amiga" na sua adolescência, por razões idênticas e, tal como ela, tido alta da do Porto, aos 18 anos, havia escassos meses. A grande diferença, era que, ao contrário da sua "amiga", nem os pais biológicos, nem os pais adotivos a queriam receber na sua casa. Contudo, a sua capacidade de entender a conversa era bem melhor e mais adequada do que a sua parceira de "infortúnios" e de "aventuras".

No dia seguinte, fui instado a observar um jovem brasileiro que, sem ter sido referenciado por ninguém, decidiu recorrer ao Hospital de Dia do Serviço em

verdadeiro estado de pânico, porque tinha acolhido aquelas duas jovens na sua casa, por já conhecer a primeira delas, e na manhã desse mesmo dia tinha sido informado pelas mesmas que uma tinha teste positivo para VIH, e que a outra aguardava o resultado do teste serológico que efetuara havia pouco tempo, tendo havido contactos sexuais de risco nessa madrugada com ambas, razão pelo que fez colheita de sangue para análises e iniciou PEP (Profilaxia Pós-Exposição).

Os resultados dos testes, felizmente, revelaram-se negativos, quer no primeiro dia, quer ao final de quatro semanas. Quando o encontrei no final desse período, perguntei-lhe pela doente que tinha deixado de comparecer, apesar de contactada telefonicamente por diversas vezes, ao que o mesmo me retorquiu que ela lhe tinha afirmado, também ao telefone, ter afinal teste serológico negativo, ao que respondi, não ser de todo, verdade.

Voltando à segunda doente, soube pela sua mãe que várias vezes a polícia a foi procurar na casa dos pais, mas nunca a conseguiu localizar. Na sua vinda seguinte ao Hospital de Dia, lá consegui que aceitasse voluntariamente ficar internada para fazer análises, tomar medicação sob vigilância da enfermagem, e, estando com a CV negativa, como veio felizmente a acontecer de facto, poder ser-lhe administrada a terapêutica injetável, o que coincidiu com o dia da chegada da mesma ao Hospital. Ainda assim, na véspera da alta, já se tinha querido evadir do quarto, tendo sido impedida dessa intenção, *in extremis*, pela intervenção de uma das enfermeiras ao telefone, que lhe perguntou se queria mesmo deixar todo o nosso investimento a perder.

Informei o Delegado de Saúde de todos estes factos, tendo depois feito constar que a doente sempre acabou por comparecer ao Hospital de Dia no dia aprazado para lhe ser administrada a segunda dose da terapêutica. Soube que vivia com um novo "namorado" que conhecera há "já" uma semana, mas que este não sabia da sua situação serológica, tal como ela desconhecia a dele, pelo que disse à doente para ambos voltarem na semana seguinte ao Hospital de Dia para uma nova consulta, tendo-lhe sido colhido sangue para novas análises.

Quando questionada, informou-me que sabia que a sua "amiga" estava com um novo "namorado" no Porto, para onde tinha ido nesse fim de semana, mas que ainda não tinha voltado a ser consultada. Realço que tudo isto se passou numa altura de aparente vazio legal, pois a anterior Lei de Saúde Mental já tinha sido revogada e a que iria entrar em vigor não tinha sido ainda publicada. Termino, pois, esta parte, a colocar umas quantas questões, tal como o fiz no início: O que é que preside ao facto deste tipo de adolescentes terem alta "administrativa automática" logo após o dia em que atingem a maioridade legal, ficando

imediatamente entregues a si próprios, sem que alguma autoridade oficial vá tentar saber depois como está a decorrer a sua inserção social e familiar, tal como acontece, e bem, aos casais que adotam crianças? Quantos casos não haverá assim por esse país fora? Se for aplicada, pelo Tribunal, a figura do "maior acompanhado", quem será ele, no caso vertente? Serão os pais? A irmã? Com que "custo" para a sua vida futura?

CONCLUSÕES

Vivemos num mundo de mentiras sistemáticas
JOSÉ SARAMAGO
Escritor português, 1922-2010

O futuro é a mentira com que nos justificam a brutalidade do presente
ANTHONY MARRA
Escritor norte-americano, 1984-

Há uns anos, a propósito do primeiro caso, tal como de outros dois já contados noutros textos, onde se incluía o de um cidadão eslavo portador de tuberculose extensivamente resistente que se evadiu de uma prisão russa, que entrou depois no espaço comunitário através da Polónia e que veio para Setúbal, por razões que nunca consegui apurar, promovi uma reunião na sede da Ordem dos Médicos, com a participação do então Bastonário, deputados, especialistas de infeciologia e de pediatria, tal como de diversos juristas especializados em questões de Direito Médico, para discutir os fundamentos de uma eventual futura lei para o internamento compulsivo por doença infetocontagiosa, hipótese que, infelizmente, se gorou.

É sabido, contudo, que uma proposta concreta está na gaveta do parlamento há muitos meses, porque finalmente algum responsável político, perante a eclosão de uma pandemia, achou que fazia realmente falta uma legislação específica, como existe em muitos países democráticos. O que não é o caso propriamente da infeção por VIH, na minha opinião, devo sublinhar. A não ser, porém, como se depreende do que já explanei, no caso das grávidas, ou quando existem défices cognitivos que tornam as pessoas inimputáveis, como no caso que relatei no capítulo anterior.

Na realidade, perante uma doença potencialmente fatal, com capacidade pandémica e/ou facilmente transmissível por via aérea ou por simples contacto pessoa a pessoa, não é violentar alguém, mas antes permitir que se trate e que impeça de ser causa de forte e evitável impacto negativo a outras pessoas, enquanto durar a sua infeciosidade, sobretudo quando não existem vacinas e/ou antimicrobianos eficazes disponíveis.

No caso das grávidas, tratar-se-ia de assumir a defesa de quem não se pode defender, perante tal conflito de interesses e de direitos. É que quem diz querer prosseguir com a gravidez nessas circunstâncias, tem a obrigação ética de se deixar tratar, para impedir a transmissão de um determinado agente infecioso (Treponema, VIH, Toxoplasma, ou outro qualquer que seja causa de malformações congénitas e/ou provoque infeção crónica grave e limitativa do adequado desenvolvimento do feto, por vir a condicionar grandes limitações futuras na qualidade de vida de quem não pediu para vir ao Mundo, como o sábio provérbio popular tão bem ilustra).

Nessa reunião, o meu colega e amigo Lino Rosado, aquele que mais casos de SIDA pediátrica tratou em Portugal até hoje, quando o questionei, afirmou perentoriamente que, se tal tivesse sido implementado, muitos casos de transmissão vertical teriam sido evitados e os dramas humanos que vivencio com os infetados, hoje na terceira década da vida, sido obviada. A sua revolta pelo "mal" que herdaram é uma coisa bem real e latente, embora lhes diga sempre que não devem culpabilizar liminarmente os seus progenitores, em especial as mães, até porque, no início dessa pandemia, nem diagnóstico, primeiramente, ou tratamento eficaz havia durante os primeiros anos e até meio da década de 90 do século passado.

Esta temática foi objeto de reflexão aquando do Debate intitulado "Ética, Direito e Saúde Pública" que organizei e se realizou pela primeira vez em setembro de 2022, no qual participaram dois deputados da AR, a par de ilustres juristas e médicos, tendo existido um segundo realizado já este ano e há escassos dias apenas e que abordaram estas temáticas. Debates para os quais V.ª Ex.ª foi convidado, mas que declinou estar presente. Os meus discursos serão publicados este ano no livro *Despedidas que Jamais Esquecerei* que lhe irei oportunamente oferecer.

Não queria deixar ainda de sumarizar, a terminar este "desabafo da alma", para além das referências que já fiz, em especial ao facto de a aprovação da inovação terapêutica levar anos a ser concluída em Portugal, sendo das mais elevadas da Europa Comunitária, alguns outros exemplos bem ilustrativos em como o futuro do SNS está, infelizmente, por demais ameaçado de morte, embora o Ministério e o Governo continuem a negá-lo.

Assim: Existem hospitais sem Diretor Clínico e CDPs sem médico há meses (por exemplo, em Setúbal, no que concerne a este último). As negociações com os Sindicatos continuam a ser um verdadeiro e opaco "diálogo de surdos" e isso só vai provocar mais abandonos do Sistema Público de saúde por parte dos mais novos e dos mais velhos, embora por motivos diferentes (os primeiros, por irem para o sistema privado ou para a emigração, e os segundos, por optarem pela aposentação). O caos das urgências vai se agravando, conforme se vê diariamente nas notícias e quem está por dentro da problemática o confirma plenamente. Dá-se cobertura institucional e hierárquica a graves atropelos da mais elementar ética médica (por exemplo, remunerar adicionalmente os médicos pelos doentes a quem dão alta, como no CHS), premiando-se o "tarefeirismo", em vez da dedicação e da competência integradas numa carreira profissional com avaliação condigna interpares (o que não é, de todo, o SIADAP).

Cria-se um fosso incomensurável na remuneração dos médicos no Sistema Público (os que "só" têm por missão a observação clínica dos doentes e não praticam qualquer técnica, que são remunerados de uma forma, fazendo supor que tal é uma missão sem grande relevância, enquanto os que têm produção adicional (técnicas, cirurgias ou consultas) auferem muitíssimo mais, o que irá desvirtuar ainda mais, de futuro, a escolha pela especialidade), onde irá campear a fuga da verdadeira Medicina Clínica (Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Infeciologia, Oncologia, Pediatria, etc.).

A criação generalizada de USFs, num período de acentuado constrangimento em meios financeiros e humanos, em que o desajustamento do parque tecnológico, ao nível hospitalar, atingiu os limites do absurdo, só irá transformar aquilo que até poderia ser uma boa ideia, num acentuar do antagonismo entre os cuidados hospitalares e primários de saúde, pois cada um dos lados vai atirar para cima do outro a culpa do previsível agravamento da situação. Não se privilegia a escolha livre do doente, uma vez que os exames auxiliares de diagnóstico, ao contrário dos medicamentos, continuam a não ter comparticipação no âmbito das consultas privadas, o que produz um gasto desproporcional aos que procuram ser consultados fora do espartano Serviço Público, que cada vez responde menos e pior, devido à patente exiguidade dos meios disponíveis (humanos, logísticos e organizacionais), ou, então, induz uma desmultiplicação desnecessária e artificial de pseudoconsultas nos Centros de Saúde, onde os médicos de família são literalmente bombardeados pelos "seus" doentes com pedidos para que lhes sejam passadas as requisições do SNS, à revelia do normativo vigente. O que fazem, muitas vezes, por mera "pena" de quem os procura "só" para esse fim.

A anunciada criação de um Processo Clínico único para cada doente só será uma boa medida, se o programa informático for fiável e intuitivo, o *hardware* e a rede digital adequadas, devendo ter na sua conceção o contributo de médicos que exerçam clínica, em vez de terem como principal ou único objetivo, a contabilização aritmética de índices de produção administrativos, como acontece, por exemplo, com o SI.VIDA e o SONHO, ou sejam pouco mais do que um mero repositório de textos, como o SClínico, que frequentemente nem sequer interligam entre si. Por último, dizer que ter-se criado um outro patamar de decisão hierárquica, a denominada Direção Executiva do SNS, ainda desprovida de adequado enquadramento funcional, por lhe faltar a necessária regulamentação que o suporte, mantendo em funcionamento outras estruturas intermédias, digo, as ARSs, é algo bem demonstrativo da grave falta de uma estratégia coerente para o setor, que culmina na situação em que se encontra a DGS, onde não existe liderança efetiva há quase um ano.

Bastante mais haveria para dizer, mas corria o risco de me repetir, pois muito já tenho dito noutros textos publicados que serão coletados para daí fazer o livro *Sistema de Saúde: Ascensão, Apogeu e Queda*. Até lá, irei ter a postura que sempre tive: ser fiel aos bons princípios da ética profissional, ser diligente e competente no tratamento dos meus doentes, exercer a minha cidadania interventiva de forma independente, fazendo uso da reflexão escrita, sempre que o desenrolar dos acontecimentos me instigar a tal, na senda do que deixou dito o escritor francês, André Gide, que escreveu "quando já não me indignar terei começado a envelhecer".

Em suma, terá, afinal, o SNS (ainda) salvação? Responderei que bem gostaria, porque foi nele que cresci e me fiz "Médico", ajudando diariamente a fazer o mesmo a vários internos e recém-especialistas. Assumido que o tempo jamais voltará para trás, tal poderia ser conseguido APENAS se o PODER POLÍTICO tivesse disso GENUÍNA VONTADE. Até porque, como expliquei na referida Conferência, o Sistema Privado, em Portugal, tal como presentemente existe, jamais será uma alternativa Universal, capaz de não deixar ninguém de fora. Esse desígnio APENAS poderia ser concretizado com uma SÉRIA vontade de induzir confiança na planificação, respeitando sempre os profissionais, dando-lhes condições efetivas e dignas do exercício profissional e remunerações que sejam desincentivadoras do multiemprego e do "tarefeirismo", impedindo que cada doente e cada ato médico deixe de ser reduzido a um simples meio de sobrevivência do médico, quando não apenas de enriquecimento e de promoção pessoal do mesmo, postura que deveria merecer o mais veemente repúdio de todos, em vez de ser antes motivo de satisfação em

permitir a sua realização profissional por meio da vital ajuda a minorar o sofrimento e a dependência ao nosso semelhante, tal como na fundamental missão de formação das novas gerações.

Algo que, como se vai constatando, está cada vez mais longe de acontecer, bastando para isso, por exemplo, evocar a infernal demora que os processos de aposentação estão presentemente a levar para serem concluídos para os médicos, onde a Segurança Social e a CGA não partilham os seus dados de modo célere, como se fossem entidades estranhas, as informações que constam nos seus portais de quase nada valem, para além de não responderem adequada e concretamente aos pedidos de informação, mesmo quando são formulados por advogados, tal como não permitem o atendimento presencial, contrariando o que o próprio Estado exige às instituições privadas. "Assim, não vamos lá", como sabiamente nos transmite o adágio popular e, em vez de Humanização, iremos ter, e cada vez mais, Mercantilização, pois os dois intemporais pilares em que se baseia o relacionamento entre pessoas e/ou instituições entre si, em qualquer ramo de atividade do Ser Humano, ou seja, o Respeito e a Confiança, como enfatizei na referida Conferência, têm vindo a ser irremediavelmente destruídos.

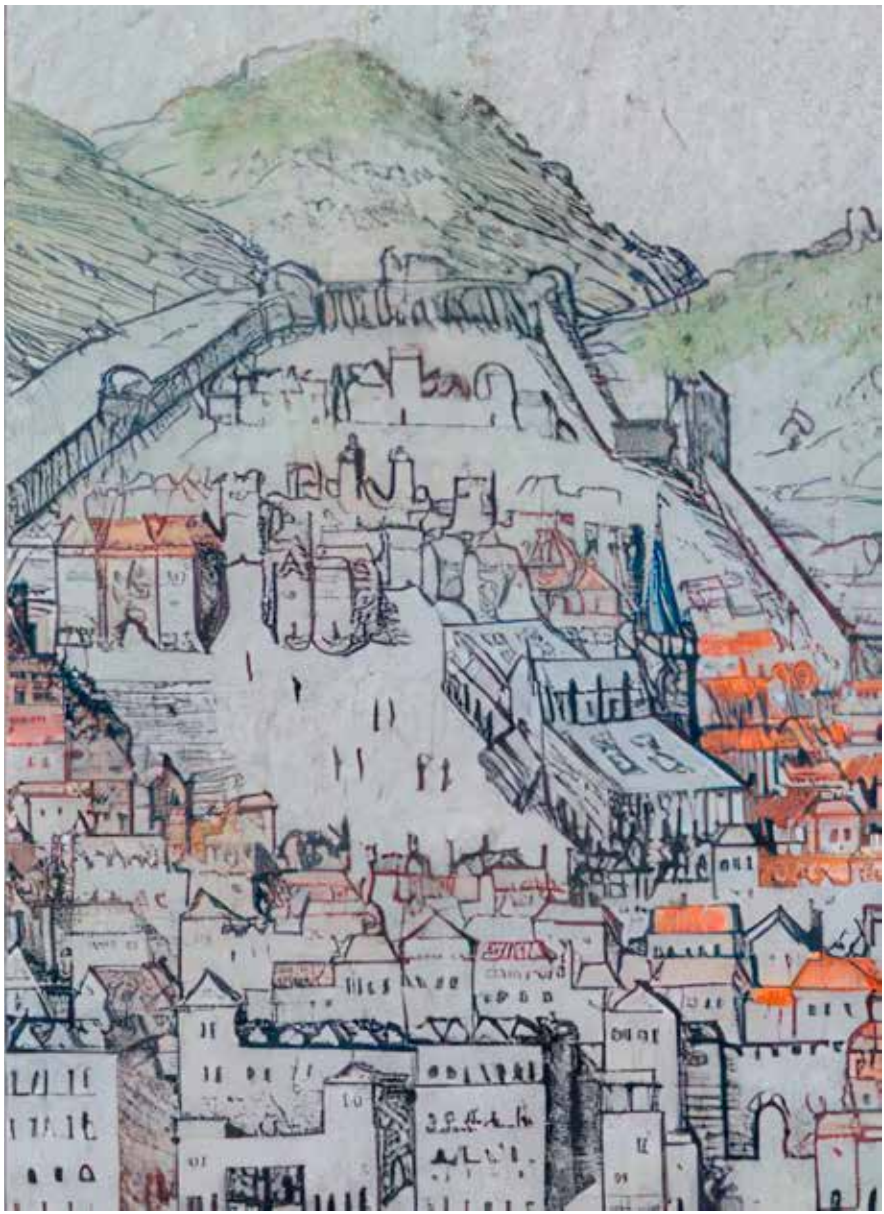
SETÚBAL, 2023/09/25

Observador *online* em 2023/10/06



Lisboa antes do terramoto de Lisboa com o Hospital de Todos os Santos, século XVI, Franz Hogenberg, pintor flamengo, 1535-1590, *in Civitates Orbis Terrarum*, 1572, Georg Braun, geógrafo germânico, 1541-1622.
Imagem cedida pelo Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, SCMLSB/CG/0000012

Hospital de Todos os Santos,
pormenor da ampliação





Lisboa antes do terramoto de Lisboa com o Hospital de Todos os Santos, séculos XVII-XVIII, George Mathäus Seutter, geógrafo germânico, 1687-1758. Imagem cedida pelo Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, PT-SCMLSB/CG/0000013



Hospital de Todos os Santos
Pormenor da ampliação

O HSB E O CHS

Contextualização

Passamos cerca de um terço da nossa vida no local de trabalho, embora no caso dos médicos que exercem a medicina como o defendo, e isso fiz a minha vida toda, esse trabalho prolonga-se depois em casa, não só a estudar, a escrever ou a investigar, uma vez que estar cientificamente atualizado é uma obrigação ética de todos os médicos que vem consignada no Juramento Hipocrático. Mas também, porque a isso me conduziu a forma como sempre encarei todas as exigentes responsabilidades inerentes aos cargos que ocupei, e, sobretudo, porque sempre trouxe na minha lista de preocupações diárias os doentes que mais necessitavam da minha ajuda, quer pela gravidade da doença que os afetava, quer pelo facto de não ter sido ainda possível chegar ao disgnóstico correto.

Devo esclarecer, contudo, que nunca fiquei literalmente submerso pelo suposto peso excessivo dessas responsabilidades, porque sempre encarei como inerente e natural à condição de um médico ter tal postura, mas igualmente porque consegui criar em todas as circunstâncias uma teia de cumplicidade e de solidariedade com outros colegas e colaboradores que não permitiu que viesse alguma vez, felizmente, a claudicar. Embora, também tenho de o reconhecer, por ter sido sempre apoiado nesse desígnio, quer por amigos, que pela família, em particular pela Ana.

Tendo este tipo de posicionamento perante a profissão e tendo trabalhado cerca de quatro décadas no mesmo hospital, não havia maneira de ser indiferente ao que as administrações e a tutela iam fazendo relativamente às condições do meu (nosso) exercício profissional, sempre com o objetivo de propiciar o melhor acompanhamento clínico e de tratamento possíveis para os doentes que tinha a incumbência de orientar e de tratar, investido que me considerava no papel de ser o seu melhor advogado de defesa, postura que foi a de vários colegas e de Diretores de Serviço ao longo deste tempo, como o pude ir testemunhando ao longo dos tempos. Tal como de procurar as melhores condições para formar novos

especialistas, posicionamento que sempre foi genuinamente reconhecido pelos muitos internos que ajudei a formar ao longo do tempo.

Por ter levado sempre muito a peito essas duas missões, vi-me impelido a desenvolver várias iniciativas que passaram pela redação de inúmeros documentos dirigidos à hierarquia, alguns transformados em artigos que constam neste livro, bem como a integrar alguns Órgãos Coletivos, tais como o caso da Direção Médica (em parceria com os colegas Pardete Ferreira, Diretor Clínico, e como assessores, João Silva Duarte, Pinto Marques, Vítor Rocha e Victor Augusto), ou, por duas vezes, Comissões que tentaram negociar com os órgãos do poder uma melhoria das condições hoteleiras, do equipamento tecnológico e do quadro de profissionais necessários, de modo a que, no seu conjunto, fosse possível que o hospital retomasse um percurso de desenvolvimento que corporizasse o espírito que tinha presidido à sua criação enquanto primeiro Hospital Regional do país nos finais da década de cinquenta do passado século, projetando-se, assim, no futuro, com condições para poder corresponder aos enormes desafios assistenciais e formativos com que se via quotidianamente confrontado.

A primeira daquelas Comissões foi integrada por mim e pelos colegas Luís Mendonça, Pinto Marques e Conceição Rendeiro na altura em que a grande maioria dos Diretores de Serviço apresentou a sua demissão, pouco tempo depois de o hospital ter sido transformado em SA por determinação ministerial, tal como muitos outros no país. Foi então efetuado um estudo por iniciativa da ARSLVT, com base na casuística assistencial do HSB e com a colaboração dos elementos daquela Comissão (apoiados por alguns dos restantes Diretores demissionários, designadamente pelas colegas Matilde Gonçalves e Paula Duarte, com quem reuníamos muito frequentemente), que visava tentar chegar a um consenso acerca do número adequado de camas e de especialidades. Terminou com o anúncio de um ambicioso plano de investimentos para a sua remodelação por parte da ARSLVT, que, apesar de ter sido publicado em Diário da República, nunca foi concretizado.

A segunda Comissão foi constituída muito mais recentemente, também na sequência de um novo processo de demissão da esmagadora maioria dos Diretores de Serviço, após o dealbar da primeira fase da Pandemia de COVID-19. Era integrada, para além da minha pessoa, pelos colegas Luís Cortês e Carlos Ribeiro, a que se juntou, posteriormente, a colega Paula Duarte, que perseguia os mesmos propósitos da anterior, uma vez que o Plano de ampliação do Hospital e com financiamento aprovado inscrito em vários sucessivos Orçamentos Gerais do Estado por sucessivos governos nunca mais se concretizava e era omisso quanto ao processo de remodelação do edifício antigo do hospital. Mas, também, pelo facto de

termos demonstrado superiormente que a integração dos Serviços que estavam no Hospital Ortopédico do Outão, se fosse efetuada conforme julgávamos saber pelo que nos tinha sido transmitido, resolvendo certamente alguns problemas, criava outros ainda de maior monta e sem resposta cabal prevista, indo prejudicar muito alguns dos Serviços já aí instalados há anos, bem como a circulação de profissionais e de doentes num espaço que já está saturado, como é presentemente muito fácil de ser constatado. Até porque, ainda existe uma reserva de terrenos contíguos que continuam a não poder ser utilizados, mas que deveriam ter sido incluídos num mais arrojado projeto de ampliação, de modo a corresponder cabalmente às aludidas dificuldades, se a decisão for, como penso que irá ser, a de transferir o Hospital Ortopédico do Outão quando as obras do edifício novo que está a ser construído estiverem terminadas.

Durante este lapso de tempo, eu e os colegas Luís Cortez e Virgílio Severino reunimo-nos com os Presidentes de Câmara e os Presidentes das Assembleias Distritais dos Concelhos de Setúbal, de Palmela e de Sesimbra, na tentativa de os informar das nossas razões e de colher o seu apoio para o que estávamos convictos serem as condições necessárias para inverter o acentuado declínio da "nossa" instituição, que todos sentíamos estar a acontecer. Desta iniciativa e já depois das últimas eleições autárquicas, eu e os colegas Paula Duarte e Luís Cortez fomos recebidos pelo Presidente da CMS, André Martins, que nos informou da ideia, por parte dos Presidentes das três edilidades, de fundarem um "Fórum Intermunicipal de Saúde", sob a sua liderança, que tem desenvolvido algumas iniciativas que visam pressionar os órgãos do poder central para a solução dos problemas com que a agora denominada ULS Arrábida se debata diariamente, sendo o presidente cessante do Conselho Consultivo do CHS, o Vereador da Saúde da CM de Setúbal, Pedro Pina, que tem igualmente perseguindo esse objetivo, desconhecendo-se agora que organismo da sociedade civil o irá substituir.

No período que mediou entre estas duas iniciativas, aquando da vigência do Governo que esteve em funções no tempo da denominada *Troika*, houve uma tentativa de reconfiguração do hospital numa suposta estratégia de complementaridade regional, onde era admitido o encerramento das Unidades de AVC e de Hemodinâmica Coronária, o que me obrigou a deslocar-me por várias vezes a reuniões no Ministério da Saúde e na Comissão Parlamentar respetiva da Assembleia da República, na companhia do colega Luís Soares e de representantes da Câmara Municipal de Setúbal (Maria das Dores Meira, Presidente, e, Duarte Machado assessor para as questões da Saúde). Estas iniciativas, que contaram com o apoio empenhado da então Diretora Clínica, Quitéria Rato, e ao contrário das outras que

atrás referi, foram coroadas de um certo êxito, *in extremis*, o que a não ter sido assim, teria provocado um imenso prejuízo aos doentes, um sentimento ainda maior de desconsideração por parte dos profissionais da instituição, o que teria certamente precipitado, nessa altura, aquilo que se teme de novo que possa vir a acontecer a prazo, com a presente saída de muitos especialistas e que está a colocar em causa a viabilidade futura de alguns Serviços, bem como pelo sufocante marasmo no processo de equipamento tecnológico dos seus Serviços.

Em todo este processo, é de realçar o apoio permanente da Ordem dos Médicos e dos dois Sindicatos, em particular, nesta última fase, do Bastonário, colega Miguel Guimarães, que visitou várias vezes o CHS e organizou uma reunião plenária na sua sede nacional para debater a grave situação institucional e ajudar a definir estratégias, tendo sido decisivo para que se realizasse a reunião com o então secretário de Estado do Ministério da Saúde, onde esteve presente. Na primeira destas duas reuniões, por estar a presidir a um Júri, só pude participar remotamente no intervalo das provas.

O que é certo é que as obras de ampliação do Hospital lá começaram, embora sem que ninguém saiba ao certo qual será o futuro do Hospital Ortopédico do Outão, nem como, nem quando irá ser reabilitado o edifício antigo do HSB, onde existem Serviços muito mal instalados, como é o caso da Unidade de Ambulatório de Infeciologia, a par de muitos outros, que aguardam por uma solução condigna há mais de duas décadas!!!

Entretanto, vai-se ouvindo a denominada *Vox Populi* dizer que existem interesses imobiliários algo ocultos relacionados com o aproveitamento para fins turísticos daquele mesmo Hospital, que podem estar na base daquilo que têm sido as opções que se têm superiormente vindo a tomar, algo que deveria ser esclarecido de forma completamente transparente, de modo a permitir a salvaguarda do superior interesse da assistência condigna aos doentes e das condições de trabalho dos profissionais, tal como oportunamente propus ao Ministro em funções, sem êxito, na altura que integrei a Direção Médica.

Foi, pois, com imensa perplexidade e revolta que me confrontei, no final da minha carreira, ainda por cima, após ter dado abundantes provas de tamanho empenho em prol do Hospital, com a enorme desconsideração do último Conselho de Administração, em particular do seu Presidente, Pedro Lopes, conforme descrevo nas duas cartas que lhe enderecei e que coloquei a encerrar este capítulo, ainda por cima quando o mesmo já havia feito uns anos antes, quando exerceu idênticas funções no ACES Arrábida, algo de equivalente à Ana. Como é que alguém pode aceitar pacificamente tamanho desaforo? Nada mais me restava, então, mesmo

com um prejuízo marcado no valor da minha pensão, do que salvaguardar a minha dignidade, antecipando a data da minha saída para a aposentação que rondou uns escassos seis meses.

SETÚBAL, 2024/05/31

Carta Aberta a Sua Ex.ª a Ministra da Saúde ou Ode em Memória de George Orwell e do Admirável Mundo Novo

MONÓLOGO SURDO

Dirijo-me a V.ª Ex.ª porque estou muito preocupado e, mesmo, algo desesperado. Parece que ninguém me quer ouvir a sério... E, os que bem intencionadamente já me ouviram, dando-me algum crédito de razão, disseram-me que pouco ou nada poderiam fazer por agora... Que é necessário ter calma e esperança... Que melhores oportunidades virão...

O pior é que o caso é sério. Muito sério mesmo. E quanto mais tempo se deixar passar... bem pior será! É por isso que lhe dirijo estas palavras e que ouso tomar-lhe algum do seu precioso tempo. Tenho consciência que tem outras preocupações que legitimamente lhe exigem mais atenção e tanto ou mais tempo! Porém...

Foi por isso que tomei a liberdade de a abordar informalmente à saída da cerimónia de encerramento do último Congresso Nacional sobre SIDA, para a convidar a presidir à Comissão de Honra do Simposium "A infeciologia e os Hospitais Distritais", que amavelmente aceitou, tendo-se feito representar pela Presidente da ARSLVT na cerimónia de abertura. Foi por isso também que tomei atitude idêntica, logo após a cerimónia de abertura do último Congresso Nacional de Medicina Interna, para lhe entregar pessoalmente o livro de comunicações do referido Simposium! Queira desculpar o meu atrevimento e indelicadeza, pouco consentâneo com o preconizado nos protocolos oficiais (de que sou, confesso, pouco conhecedor).

Foi por isso ainda que fiz questão de lhe entregar em mão o texto de uma conferência por mim apresentada e publicada sob o tema "O papel dos Hospitais Distritais na assistência aos Doentes Infetados pelo VIH/SIDA", aquando da sua

última visita oficial ao Hospital de S. Bernardo de Setúbal. Mais uma vez fui atrevido, mas bem-intencionado!

Foi por isso, finalmente, que há cerca de três meses tive a terrível ousadia de lhe enviar uma carta, entregue por alguém que a isso se dispôs, com idoneidade e por solidariedade, sendo um profundo conhecedor, de longa data, dos problemas que a seguir lhe irei expor. Os meus. Os nossos. E, sobretudo, os dos doentes! Sei que ficou sensibilizada e por tal reconhecidamente lhe agradeço.

BERLENGAS

Contudo... nada de substancial se alterou e as perspetivas a curto-médio prazo, realisticamente, assemelham-se mais a uma luz ao fundo do túnel que está demasiado ténue e distante. Recuso-me, porém, a resignar-me à situação de estar apenas expectante num beco sem saída. Tem de haver por onde e como... Nem que seja necessário escrever-lhe, abrindo o meu arquivo de memórias e expor-lhe o que me vai no PENSAMENTO, na ALMA, e, até, no CORAÇÃO! Se isto puder, como espero, ter alguma utilidade prática.

George Orwell foi um admirável exemplo cívico de entrega abnegada e coerente pelas grandes causas da humanidade. Aldous Huxley (um verdadeiro Júlio Verne do século XX) foi um visionário que, com uma lucidez prodigiosa, ainda mal se conhecia a molécula do ADN, já se tinha antecipado aos problemas éticos da clonagem humana.

O primeiro, sobrevivente de uma guerra fratricida (a Guerra Civil de Espanha), à qual se entregou com um idealismo e uma abnegação notáveis, morreu ingloriamente de tuberculose... enquanto o segundo, seguindo um não menos perigoso caminho de contestação das injustiças sociais, preferiu entregar-se voluntariamente à teia infernal dos alucinogénios! Ambos os escritores, paradigmas inimitáveis da qualidade literária do romance da primeira metade deste século, não tendo perdido ponta de atualidade (bem pelo contrário!), constituíram pilares fundamentais da minha formação cívica durante a adolescência, pelo que perdurarão para sempre no mais profundo de mim próprio.

George Orwell, no seu famoso livro *O Triunfo dos Porcos* escreveu uma frase lapidar que o iria eternizar para a posteridade, embora em alusão a uma realidade político-filosófica completamente diversa da nossa atual, mas perfeitamente extrapolável, como a seguir se compreenderá: "Todos os animais são iguais, só que... há uns que são mais iguais do que os outros".

Vem esta citação a propósito de haver quem considere que se os direitos de todos os doentes, independentemente do tipo de enfermidade de que padecem, devem ser todos iguais, qual a justificação para se tratar de modo diferente os infetados pelo VIH?

Não pondo em causa a justeza do princípio, que também advogo e pratico, sou da opinião inabalável que este não é contraditório com o de que cada doente, tal como cada doença, na sua especificidade própria e única, deve ser preferentemente, dentro do que é humanamente exequível, alvo de um tratamento o mais adequado possível à sua intrínseca peculiaridade.

Que outra doença reúne, simultaneamente, as seguintes características "diabólicas": Ser transmissível por via sanguínea e sexual; ser transmissível à descendência (quer durante o parto, quer durante o aleitamento); poder ser, durante mais de dez anos, completamente assintomática, possibilitando, pois, a multiplicação da sua transmissibilidade durante (e após...) todo este tempo, de forma exponencial; ser incurável e ter um prognóstico vital, a médio-longo prazo, muito reservado; ser particularmente prevalente entre os mais jovens e nos setores mais produtivos da sociedade, bem como (e sobretudo) no seio daqueles que pertencem, à partida, aos grupos socialmente mais excluídos, potenciando a sua marginalidade e dificultando imenso a sua capacidade de inserção social e produtividade económica; ter uma terapêutica de preço completamente incomportável pela esmagadora maioria dos afetados, de muito complexo esquema posológico e de ter que ser tomada, em princípio, durante toda a vida e com uma regularidade perfeitamente escravizante, sob pena da perder irreversivelmente a sua eficácia; só poder ser fornecida em farmácias de certos hospitais públicos mais diferenciados, com receita de médico especialista hospitalar!

Que outra enfermidade é tão estigmatizante em termos sociais e familiares? Que outra entidade nosológica tem tido semelhante impacto investigacional, epidemiológico, psicológico e económico desde a sua descoberta, há pouco mais de 15 anos? Que outra doença deste século foi tão mitificada, mediatizada e, ainda por cima, tão intimamente relacionada com outras de cariz algo semelhante, tais como a tuberculose, a sífilis, as hepatites virais e o próprio cancro?

Será que, perante tal autêntico flagelo, para os doentes, suas famílias, instituições de saúde, governos e estados, bem como para a própria sociedade em geral e para cada um dos seus cidadãos em particular, não será (ão) ela (es) própria (os) afinal os principais beneficiários de uma práxis médica e institucional que a diferencie das outras? Não nos devemos nunca esquecer (ou fingir...) que ela é essencialmente de natureza transmissível, tal como transmissíveis são algumas das

infeções oportunistas qua a ela estão intimamente relacionadas (ex.: tuberculose...) podendo, pois, contaminar o mais inocente dos seres humanos não identificáveis, à priori, como pertencentes aos vulgarmente denominados "grupos de risco" (crianças, parceiros sexuais, profissionais de saúde ou simples conviventes, etc.)!

Não se fique a pensar que sou um ferrenho adepto de um paternalismo serôdio, de resto, sem sombra de dúvida, contraproducente. Penso mesmo que, embora com muito espírito de tolerância e compreensão, devemos ser tão veementes no reconhecimento dos seus direitos como exigentes no cumprimento dos seus deveres cívicos. A alternativa, porém, dos que assim não querem pensar e agir é o de terem a coragem de assumir publicamente que a solução que defendem, velada e envergonhadamente, é, afinal, à velha maneira "nazi", a construção de "Sidatórios" (nas Berlengas ?!...) para assim fingirem que conseguiram isolar a parte impura (?) da sociedade e tranquilizarem (definitivamente?) as suas impolutas e eugénicas consciências. Que engano... E com que consequências...

HISTÓRIAS

A realidade quotidiana destes doentes não tem também qualquer comparação com a de nenhuns outros. Para além do que advém intrinsecamente do grupo, fator ou situação de risco que determinou diretamente a sua seropositividade (quando é possível apurar-se ao certo...), onde as condições de vida são, com frequência, verdadeiramente infra-humanas, envolvendo, não raramente, a família (quando existe... incluindo os filhos menores), há outras que são meramente institucionais e organizativas que lhes agravam substancialmente a réstia de qualidade de vida e as mínguas hipóteses de adesão ao tratamento, com todos os reflexos negativos daí decorrentes!

Refiro-me especificamente à realidade do funcionamento dos nossos hospitais nacionais (aquele onde trabalho presentemente não está excluído) de que destacaria a seguir alguns dos principais aspetos neste domínio.

A necessidade de deslocação de, por vezes, muitas dezenas de quilómetros, ao longo de penosas horas, envolvendo mais do que um meio de transporte e cujo preço não conseguem comportar. Lembro-me bem de uns doentes que estavam num dos muitos centros limítrofes de desabituação para toxicodependentes (quantos serão legais?!...) e que tinham que recorrer frequentemente à boleia (por falta de outra alternativa), o que implicava logicamente que, ou não conseguiam chegar em tempo útil, ou faziam-no com demasiado atraso.

Este problema é ainda mais gravoso noutros casos, em que os doentes são internados em condições verdadeiramente inadmissíveis do ponto de vista sanitário (e ético!), sendo-lhes literalmente vedada a hipótese de se deslocarem à consulta com regularidade, bem como de fazerem os exames auxiliares de diagnóstico imprescindíveis ou, o que é ainda mais grave, de tomarem a medicação prescrita (quem apura responsabilidades?). Lembro-me também de um caso dramático, em que a única pessoa existente para acompanhar o doente (velho toxicodependente) era o seu filho menor, a quem eu tentava explicar, o melhor que me era possível em semelhante contexto, como é que o seu pai deveria tomar a medicação e a importância do cumprimento escrupuloso da posologia, ao que o mesmo correspondia com a sua repetição em forma de conselho paternal: "Oh papá, não é o que te tenho dito tantas vezes para fazeres"! Que tipo de cidadãos (e com que consciência cívica!) está a nossa sociedade a formar com estes arrepiantes exemplos...

Lembro-me, finalmente, de duas histórias verdadeiramente inverosímeis, quais exemplos magníficos da crueldade do destino humano. A primeira, a de um idoso com cerca de setenta anos, diabético, que foi internado por uma aparente infeção pulmonar que se veio a revelar, afinal, tratar-se de uma tuberculose, cuja investigação diagnóstica mais aprofundada evidenciou ter subjacente uma imunodepressão associada ao **ví**rus da SIDA. Após a alta hospitalar e devido ao contexto sociofamiliar envolvente, o pobre doente lá foi referenciado a um certo centro de dia da sua aldeia, onde poderia assim conviver com alguns dos seus vizinhos, conhecidos, e, quem sabe até, fazer novas amizades que lhe atenuassem a tristeza do seu estado de alma. Surpresa madrasta, a sua situação de seropositividade foi então descoberta passado pouco tempo, pelo que a família, envergonhada, teve que o retirar prontamente, tendo a situação retrocedido à fase inicial, só que, desta vez, ficando o relacionamento com os seus patrícios completa e irreversivelmente deteriorado. Procurando desesperadamente outra alternativa (nada fácil para aquelas bandas) foi finalmente sugerido que o geronte fosse internado em centro para recuperação de... toxicodependentes (!), dado estar então mais que assegurada a possibilidade de entrada, desde que... pagasse o dito "tratamento", claro... bem como com a condição de o mesmo... se submeter a idêntico estilo de vida dos restantes mancebos, porque ali seria completamente antipedagógico para os mesmos ter de admitir exceções! Sem comentários...

A outra história diz respeito a uma jovem menor que estava à guarda de uma família de adoção, que se veio a descobrir (?) não ser nada recomendável (e até talvez bem pior do que a original (quem sabe!), quando precisamente alguém

pediu o teste serológico da adolescente que... imagine-se... veio positivo, desconhecendo-se completamente (?) como teria adquirido aquela infeção. Retirada de imediato, então, da referida família de adoção e não tendo sido considerado pertinente a sua reintrodução na verdadeira família (de onde já estava ausente há longos anos), decidiu o Tribunal de Menores entregá-la (à falta de outra alternativa a curto prazo e até à sua maioridade) à responsabilidade de, calcule-se... um lar de idosos! Também sem mais comentários. Ou antes, como é possível terem-se trocado os personagens destes dois enredos... O mal é que os dramas em questão são bem verdadeiros, embora já me tenha questionado se não terei apenas, talvez... apenas sonhado.

BUROCRACIAS E OUTRAS HISTÓRIAS

As deslocações à consulta a que aludia há pouco, por via de uma complicadíssima, ilógica e asfixiante burocracia hospitalar, têm que se repetir, não raramente, mais do que uma vez por semana/mês (conforme o caso), ajudando a transformar o seu quotidiano e a sua qualidade de vida numa situação digna de um quadro dantesco, semelhante ao do *Inferno* de Hieronymus Bosch!

Como justificar a não centralização de marcação de consultas, de exames auxiliares de diagnóstico e das colheitas de sangue? Como explicar o desfasamento de horário/calendário entre os diversos serviços onde os doentes têm de se deslocar para fazerem os ditos exames requisitados? Como explicar o facto, tão comum, das farmácias hospitalares não estarem abertas 24h diariamente e não fornecerem toda a medicação que é prescrita? Não saberão os senhores administradores hospitalares que este facto faz com que pululem incontroladamente o número de pequenas farmácias por todo(s) o(s) hospital(ais), e que isto conduz a uma dificuldade acrescida no necessário controlo dos *stocks*, provocando desperdícios que, anualmente, chegavam (e sobravam) para pagar os ordenados de mais farmacêuticos e respetivos auxiliares de quem tanto estamos carenciados?

Imaginará alguém como é desencorajador da adesão do doente o mesmo ter de se deslocar ao CDP para buscar os antibacilares, ao CAT para obter os substitutos legais da heroína, à Farmácia Hospitalar para aviar os antirretrovirais, ao Centro de Segurança Social, para mendigar a restante medicação (imprescindível à profilaxia das infeções oportunistas acompanhantes deste síndroma), e, por fim, ao Hospital de Dia (quando existe!) para lhe ser administrada a terapêutica injetável (necessária ao tratamento das inúmeras complicações oportunistas sucessivas e/ou concomitantes!).

Não seria mais adequado, perante estas dificuldades e desigualdades relativamente a outras doenças de bem menor impacto individual e coletivo, declará-la como "Doença Crónica" (que indiscutivelmente o é, e será cada vez mais!), colocando-a ao abrigo da lei vigente para este preciso efeito? Não seria melhor fornecer toda esta terapêutica (ou, no mínimo, a de ambulatório) de forma centralizada e controlada num único sítio?

Terão as autoridades sanitárias (competentes?) verdadeira consciência das implicações que, o facto da denominada TOD (Toma sob Observação Direta dos Tuberculostáticos) não se efetuar de forma eficaz (por manifesta falta de enfermeiros que façam a, por vezes, necessária visita domiciliária), bem como, também, da imprescindível investigação dos refratários à mesma (pela insuficiência gritante de assistentes sociais) tem sobre a dinâmica epidemiológica da tuberculose? E, o que dizer do incompleto e deficiente rastreio dos conviventes?

Lembro-me, a propósito, do episódio de um pobre emigrante operário da construção civil (presumo que residente ilegal...) que habitava conjuntamente com uma série, não apurada, de outros colegas, em situações algo semelhantes (numa barraca? num contentor?), que esteve internado até à negativação das baciloscopias, para quem não foi encontrada melhor (!) solução do que a responsabilização do seu patrão (residente legal?) pela toma diária dos medicamentos, bem como do transporte dos restantes colegas para o necessário despiste, e, que, claro está, ao fim de pouco tempo, eram todos dados como refratários incontactáveis!

Lembro-me, também, de um outro "patrão" de espírito assaz humanista que (nunca mais visto por estas paragens claro...), cada vez que era internado um seu empregado (?) lhes dava a identificação... dele mesmo (falsificada?), situação só descoberta quando um deles teve a infelicidade de falecer e então... o dito respeitável (?) senhor, perante a inevitabilidade de ser espectador privilegiado do seu próprio funeral, ter então confessado a elaboradíssima marosca, com o ar mais seráfico deste mundo, ao fim do que, compreensivelmente, se pôs imediatamente em fuga!

Estas situações são, contudo, para além de inolvidáveis exemplos paradigmáticos da "comédia" da miséria humana (à semelhança, por exemplo, do inolvidável filme de Ettore Scola, *Feios, Porcos e Maus*), realidades muitíssimo preocupantes, se nos lembrarmos que podem estar em causa casos de infeção por BK multirresistente, cujo espectro de impacto epidemiológico é terrífico (até pela falta de terapêuticas verdadeiramente eficazes!). Mais ainda. Fica-nos também a angústia de nos confrontarmos com a exequibilidade dos necessários internamentos compulsivos, quanto aos seus formalismos processuais e quanto à sua

localização, nos casos extremos de não aderência dos doentes, sendo mais fácil encontrar estas normas nos manuais de medicina do que nos de direito!

E o que dizer da falta manifesta de quartos de isolamento do tipo respiratório (com pressão negativa e descontaminação do ar ambiente), de que existem escassíssimas unidades em todo o país (tendo, todavia, sido quase todas subsidiadas integralmente pela mesma entidade, a CNLS, e, não diretamente, pelo próprio ministério, como seria da sua obrigação?!). E o que dizer ainda do facto de poderem adoecer de forma perfeitamente evitável, profissionais de saúde e outros enfermos dos hospitais onde estes doentes se encontram, apenas (?...) porque não existem as condições que a própria legislação oficial impõe (!...) que deveriam existir? De quem será, então, a verdadeira responsabilidade, sabendo-se que as autoridades competentes, de forma completamente irresponsável, fazem resistência passiva ao reconhecimento destas situações como Doenças Profissionais, e, que para cúmulo, já têm, inclusive, sido causa de absentismo prolongado, e, mesmo, de prematuro perecimento inglório!

Não seria, portanto, muito mais lógico e fácil para todas as partes envolvidas a passagem à prática da referida proposta, assumindo que é afinal o Estado que acaba, quase sempre, por subsidiar praticamente na íntegra toda a medicação (independentemente do Departamento do Ministério de onde sai o dinheiro?). Não será que, inclusive, economizar-se-iam verbas vultosas (para além de, evidentemente, se evitarem inúmeros e imorais desperdícios), uma vez que o preço dos medicamentos, mesmo os comparticipados pelo SNS, é muito superior na farmácia ao público do que na hospitalar? Não será que, nos já rotineiros orçamentos anuais retificativos do Ministério da Saúde, a comparticipação na amortização do défice pelo Ministério das Finanças seria bem menor?

Como encarar, pois, perante tais esbanjamentos, o subfinanciamento crónico dos hospitais (a administração do meu que o diga...), onde a diferenciação dos mesmos e o consequente esforço de, pelo menos, alguns denodados profissionais na defesa da causa de bem tratar os seus doentes e o mais próximo possível da sua residência, evitando, assim, deslocações incómodas que só servem, frequentemente, para engordarem as já longas e antigas listas de espera dos hospitais das grandes cidades?

Como encarar o facto dos governos se terem preocupado em fazer um Plano Oncológico Nacional, mas que este só serve para dotar (de verbas e equipamento) os Institutos de Oncologia (de Lisboa, Porto e Coimbra), e não todos os hospitais que, na proporção das suas casuísticas, fazem de forma integrada, articulada e

com competência o tratamento dos doentes oncológicos, cuja realidade partilha muitos aspetos comuns com os infetados pelo vírus da SIDA?

Porque não, então, criar um verdadeiro Plano Nacional para as Doenças Infeciosas, Transmissíveis e Emergentes? Como perceber que, como comentava recentemente a insuspeita Deputada Dr.ª Helena Roseta, se bem que os gastos com a saúde em função do PIB nacional atinjam no nosso país, cifras já muito ao nível de outros países bem mais ricos e desenvolvidos, a percentagem que é paga diretamente pelo cidadão contribuinte seja, contudo, das maiores, ao contrário da do próprio estado? Isto, anacronicamente, num país em que, curiosamente, grande parte da medicina dita privada é, afinal, convencionada, ou seja, vive muito à conta de subvenções do... mesmo estado! Será por isso que a prioridade para a próxima legislatura, segundo foi anunciado, deixou de ser a educação, para ser a saúde, com a necessária e urgente correção das assimetrias regionais?

Como compatibilizar, pois, o horário do emprego (quando raramente existe...) ou o das múltiplas deslocações a outros serviços de apoio extra-hospitalares, com o constrangimento absurdo imposto pela burocracia cega e desumanizante do hospital? Como explicar ao doente que tem que esperar horas sem fim para ser consultado, mesmo que isto seja o pequeno (?) preço que ele e a comunidade têm que pagar pela compatibilização entre o aspeto anteriormente referido e a não existência de listas de espera, possibilitando, inclusive, a marcação de uma consulta em curtíssimo espaço de tempo, quer aos que recorrem a primeira vez, quer aos que apresentem uma intercorrência? Como explicar ao doente a vantagem desta triagem ser sempre feita por um médico especialista experiente, mesmo na ausência da colaboração de administrativo, enfermeiro, auxiliar de ação médica, assistente social, psicólogo, porteiro ou sequer segurança (como tantas vezes já aconteceu!), e que isto exige estar disponível para fazer uma pré-consulta que pode levar diariamente duas, três, ou, mesmo, quatro horas?

RAZÕES

Poder-se-á, legitimamente, questionar a(s) razão(ões) deste empenho obstinado! Por mais inacreditável que possa parecer, apenas (!) pela sensação de ter a consciência tranquila ao fim de um dia extenuante de trabalho... Pela serenidade advinda da missão cumprida... Pela necessidade de não renegar ajuda a um semelhante inferiorizado pelo sofrimento... Pela cumplicidade solidária e reconfortante de todo um conjunto de colegas que, não raramente, após 24h consecutivas de urgência ao domingo e de uma manhã cheia de atividades na enfermaria e no

Hospital de Dia, ainda encontra uma reserva de energias para fazer uma consulta externa até às 20h do dia seguinte e sem que alguma vez tenha recebido sequer um único escudo de horas extraordinárias!

Porquê também então ter aceitado até agora trabalhar nestas condições, em que, para além do desgaste físico e psicológico e da ausência prolongada, e nada reconfortante, da família e dos amigos, já aconteceu, inclusive, por falta de porteiro e segurança e na altura em que já só restavam doente e médico ter sido seriamente ameaçado de morte por um ou outro paciente mais exaltado? Apenas porque entendemos ser antiético, perante uma doença com estas características epidemiológicas, assumir a inevitabilidade da existência de listas de espera! Porque temos a verdadeira consciência da importância determinante da nossa ação, em que simples atitudes, por vezes, poderão ter um impacto muito importante na vida futura dos doentes! Porque tudo o que se possa fazer pela interrupção deste infernal elo de transmissão é, de facto, muito insuficiente para o erradicar! Porque, finalmente, pela iniquidade (?) da lei vigente estes doentes, mesmo a minoria que tem capacidade monetária, ao contrário de todos os outros doentes com as outras inúmeras patologias, não podem ser assistidos em nenhum outro lado, dado que só aqui podem ter acesso às terapêuticas específicas contra a sua doença!

Como poderemos ter a enorme coragem de ficar indiferentes perante os terríveis e angustiantes dramas humanos representados, por exemplo, por uma mulher grávida seropositiva, por aqueles pais (e são vários os exemplos!) que vão perdendo, paulatinamente, um atrás do outro, todos os seus filhos! Ou a de aquele pai (doente coronário grave) de paciência infinita, resignado com o destino de ter sido "presenteado" com uma filha com um tumor do SNC diagnosticado quase logo a seguir à sua nascença, razão pelo que, desde há anos, caminha quase diariamente para o IPOFGL, pensava, legitimamente, contudo que tudo seria compensado pela ajuda dos seus outros dois filhos... até que, descobriu um dia, que estes estavam padecentes do grande mal do século, e que, muito provavelmente, a prazo, a descendente sobrevivente desta malfadada história será, afinal... a filha que a lógica determinaria que o já não fosse, e que a primitiva fonte de preocupações, virasse definitivamente a única razão para se sentir, por vezes (?), feliz!

Ou, ainda, a de aquela mãe divorciada, desgostosa com o facto de ter que criar sozinha dois filhos que adora, embora sabendo-se portadora de uma doença congénita que, infalivelmente, já o sabe há muito, conduzirá à cegueira, deixando-a na dependência absoluta de outrem, que recentemente soube que ambos estavam com uma imunodeficiência grave, necessitando de internamento hospitalar, qual soez fatalidade... E muitas mais histórias se poderiam ainda contar! Verídicas.

Que clima de empatia se pode criar dentro do consultório, quando o médico tem que perder uma parte substancial do tempo de consulta num monólogo aterrador, motivado pela inacreditável necessidade de ter que preencher manualmente uma série infindável de impressos para requisitar os exames auxiliares de diagnóstico indispensáveis? E o que dizer também, do tempo que tem de gastar ainda no preenchimento de um número incontável de receitas médicas, apenas porque umas têm que ser para a farmácia do hospital e outras para a farmácia ao público, porque umas são só para os antirretrovirais e outras para a restante medicação, porque a lei (sempre ela...) estúpida e retrogradamente estipula que o número máximo de embalagens por cada medicamento diferente é de quatro e o referente à totalidade é de seis no receituário do SNS (que corresponde à esmagadora maioria dos doentes e os mais carenciados!), ao contrário do dos outros subsistemas (será no mesmo país?...). Alguém será sinceramente capaz de nos convencer das razões e vantagens daqui decorrentes? Ou nunca terão pensado a sério no assunto? Ou não terão, quem sabe, encontrado alguém que os tivesse alertado para o facto?

Não compreenderão, então, tais senhores iluminados que tão cegos estão com as preocupações da "vil" poupança (?) de recursos a curto prazo que, porventura, nunca terão refletido que realidades perfeitamente asfixiantes como estas (e muitos outros belos exemplos de "burocraticite" crónica se poderiam arranjar...) são precisamente uma parte explicativa considerável da razão porque, por exemplo, em relatórios sucessivos de organizações estrangeiras de *know how* inquestionável, a produtividade dos médicos portugueses é tão baixa (mesmo que trabalhem um maior número de horas e a competência técnico-científica nada fique a dever à dos seus congéneres de outros países mais evoluídos?). Que o número de profissionais dedicados ao secretariado clínico, de arquivistas e de técnicos de informática hospitalar é dramaticamente exíguo, como de um gosto exótico se tratasse, e que esta realidade é também um fator condicionante e decisivo para o incremento (necessário!) da nossa produtividade? Que, nas unidades de gestão privada tais constrangimentos, logicamente, não existem?

Como podem os doentes entender que os processos de importação de medicamentos demorem, por vezes, um tempo mais do que excessivo, quando a situação em causa não tem outra alternativa para lhe minorar o sofrimento? Como podem os médicos compreender que os protocolos de ensaio clínico, tão necessários ao estabelecimento de normas consensuais que regulamentem, em termos científicos mais sólidos, o denominado *State of the Art* dos esquemas terapêuticos, levem semanas ou meses sem fim para a necessária aprovação nos gabinetes das

administrações hospitalares? E que o mesmo se passa relativamente aos protocolos de utilização compassiva, que são frequentemente imprescindíveis para o tratamento dos doentes que não têm outras alternativas válidas (esgotadas que foram as já aprovadas!), simbolizando esta hipótese a réstia de luz a vital esperança, mas que se vê angustiantemente gorada pela mesma inadmissível demora?

Não será isto um absurdo, partindo do pressuposto que, no primeiro caso, inviabiliza-se o progresso científico e a poupança de milhões de escudos tão preciosos para colmatar outras necessidades e, no segundo, prejudica-se objetivamente os doentes? E o que dizer da lista infernal de procedimentos administrativos para a aquisição de consumíveis para os laboratórios que fazem as análises de controlo periódico, situação que impossibilita, ciclicamente, a avaliação da eficácia das terapêuticas, com implicações na desorganização da consulta externa, com eventual desperdício económico, e, mesmo, prejuízo na sua evolução clínica?

Como é que alguém, lúcida e honestamente, se pode realmente admirar, perante todo este quadro, que a adesão dos doentes às terapêuticas fique, presentemente, muito aquém do que seria, de facto, possível e desejável? Porque não investir, séria e prontamente (e lucrativamente!), no reforço da presença de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos nesta área, que ajudem efetivamente a já terrivelmente dificultada missão do médico? Como dizia um colega meu de Barcelona, de renome mundial, Bonaventura Clotet, com quem almocei um dia destes: "O que se poupa nos desperdícios da má utilização dos antirretrovirais pagam o ordenado das quatro psicólogas que tenho no serviço"!

Contudo, na Consulta de Infeciologia do HSB ainda arranjamos ânimo e tempo para se fazerem as declarações da infeção VIH e para rever anualmente as centenas de processos clínicos de todos os doentes, convocando ciclicamente todos os refratários que não comparecem há mais de seis meses. Como quer, porém, este país, ter uma noção correta da evolução epidemiológica desta pandemia, quando o que realmente interessa é a contabilização do número de infetados, e o que é divulgado através dos boletins periódicos da CNLS é o número dos que apenas têm critérios de fase de SIDA (sendo o número dos primeiros muito maior do que os segundos?).

BLOOD, SWEAT & TEARS NO HSB

Tudo aquilo que disse até agora não surgiu bruscamente, tendo antes sido amadurecido lenta e solidamente ao longo de vários anos de vivência quotidiana desta problemática, encontrando-se disperso por algumas dezenas de artigos, preleções e conferências por mim realizados e cuja lista poderá ser consultada na

bibliografia do artigo "Impacto da terapêutica antirretroviral na mortalidade da infeção VIH: A propósito de uma experiência clínica de um hospital nacional" que tomo a liberdade de anexar a esta Carta Aberta. Podemos, pois, passar agora a falar mais especificamente da realidade do Hospital de Setúbal.

As minhas preocupações neste domínio também não surgiram agora, remontando há mais de vinte anos. Tudo começou quando, ainda aguardando a entrada na Faculdade, em 1976, fui aqui colocado com uma série de outros colegas do liceu, para efetuar o então chamado Serviço Cívico. Fui recebido pelo saudoso Professor Doutor Gil da Costa, tendo ficado muito sensibilizado para as questões da orgânica hospitalar e sua inserção na comunidade, através da realização periódica de reuniões altamente participadas pelos meus colegas. Posteriormente, foi aqui que fiz o internato geral e parte do internato complementar de especialidade, se bem que tivesse também frequentado a urgência durante o tempo da faculdade. Foi aqui, também, que nasceu um dos meus filhos e morreu o meu pai, para além de terem sido assistidos, com diversas doenças, umas quantas bastante graves, diversos familiares muito chegados, o que fez aumentar, compreensiva e substancialmente, o meu enorme capital de ligação afetiva.

Lembro-me que, já nos fins de 1990, tomei a iniciativa de recolher assinaturas de todos os médicos do hospital para se realizar uma Assembleia Geral de Médicos (figura jurídica ausente da atual legislação em vigor). Levei o esboço de um documento por mim elaborado que procurava alertar os próprios colegas e as autoridades competentes para o marasmo em que se encontrava o hospital e para a necessidade de o mesmo assumir um protagonismo consentâneo com as necessidades sentidas por profissionais e população, bem como para se preparar para o enfrentar inevitável das novas realidades nosológicas e epidemiológicas. O documento foi então aprovado por unanimidade ao fim de duas ou três reuniões, tendo previamente sido eleita uma comissão de redação da sua versão final, onde, para além de mim próprio, figuravam dois colegas que muito estimo: O Dr. Almeida Ricardo (entretanto eleito presidente desta Assembleia) e o Dr. António Forjaz (na altura, representante médico no Conselho Geral, e, atualmente, Diretor Clínico). O documento lá seguiu o seu caminho, sendo hoje, face aos desenvolvimentos posteriormente verificados, muito difícil de avaliar e seu impacto (se é que teve mesmo algum...).

Detendo-me na realidade presente, apetece perguntar de quem é a responsabilidade política de se ter assumido a decisão de ampliar o atual hospital, em vez de contruírem um novo? Porque não um Centro Hospitalar, com a integração completa do ex-Centro de Saúde Mental (que tem dois imóveis fora das instalações

do HSB) e do Hospital Central Ortopédico do Outão (cuja acessibilidade é tremendamente difícil e perigosa, particularmente durante o inverno, tendo chegado ao ponto de, há dois anos, não fora a estrada que serve para drenar o cimento da Secil, ter ficado completamente isolado, a não ser por via marítima ou aérea!). Será que não é porque nunca existiu até hoje, como é tão vulgar dizer-se, quem faça verdadeiro "Lobby" (no bom sentido, claro...), em favor desta terra (com a exceção, talvez, da altura em que foi Ministro da Saúde o Dr. Maldonado Gonelha?). Será que é porque aqui existem poucos *Jobs* para tantos *Boys*? Por mim, não tenho dúvidas que, infelizmente, neste capítulo todos os partidos políticos fazem o mesmo e que a grande responsabilidade da opção (?) aludida pertence ao anterior governo e à anterior administração...

Calculará V.ª Ex.ª o que vai ser a qualidade de vida dos profissionais de saúde e dos doentes, que se vão (?) ter que resignar a ouvirem um barulho infernal e a respirarem o imenso pó, durante os meses (ou anos?) infindos em que vão decorrer as obras de renovação do edifício antigo?! E com que custos para a saúde física e psicológica dos mesmos? Como explicar aos doentes e visitantes a atual chocante diferença de condições hoteleiras dos dois edifícios? Não seria muito mais lógico, e até talvez mais económico, pura e simplesmente não fazer quaisquer obras de adaptação vultosas, e ponderar, séria e rapidamente, a hipótese de construir um Hospital novo de verdade? Já alguém contabilizou as implicações demográficas, epidemiológicas e nosológicas da construção da nova ponte, dos novos eixos rodoviários e ferroviários, do novo complexo turístico de Troia e, quem sabe lá, do novo aeroporto? Não foi tão propagandeado na imprensa que outras autarquias, com bem menor justificação, conseguiram recentemente este intento? Desconhecer-se-á que existem vários hospitais novos construídos já depois do 25 de Abril que, por falta de planeamento (?) adequado aquando do seu projeto inicial, estão sobredimensionados em relação à realidade demográfica, tendo pisos inteiros desocupados? E onde estão os médicos para ocuparem tantas vagas? Não terá sido suficiente e ilustrativo o caso recente do Hospital Fernando da Fonseca, em que uma parte substancial dos Internistas se foi deliberadamente embora?

Como conceber que, por falta de camas e de quartos de isolamento para doentes com patologia infeciosa transmissível, se acumulem na urgência e se dispersem por todo o restante hospital, sem as condições adequadas exigíveis e com o inerente perigo real para os outros doentes e profissionais de saúde (como já anteriormente aludi!). Como aceitar tranquilamente que as Valências de Infeciologia e de Pneumologia disponham, presentemente, no seu conjunto, de sete (!) camas para internamento, quando existem enfermarias vagas (e ainda os Quartos

Particulares...) que poderiam ser ocupadas, para as quais não se prevê outra (melhor!) utilização a curto-médio prazo? Bem sei que existem outras valências igualmente muito carenciadas, cujos colegas e doentes são merecedores de igual reconhecimento dos seus inalienáveis direitos! Contudo, em nenhuma outra circunstância haverá tão grande e potencial impacto negativo na Saúde Pública, dada a natureza intrínseca das patologias em causa, ou seja, o seu caráter transmissível! Não será este um facto determinante e lógico na diferenciação das prioridades? Não será isso importante na salvaguarda da própria sociedade e dos seus cidadãos?

Como compreender que, no seio de tal realidade e constrangimentos, tenha de ter sido confrontado com a imposição de assistência à população prisional, a pretexto de que estas instituições estariam em rotura? E nós? E que, ainda por cima, se anuncia a criação de uma outra prisão de grandes dimensões na cidade! Como perceber que só continue a existir um único Hospital Prisional no país e um único Sanatório para tuberculosos no continente? Resolver-se-ão estes problemas, de inegável respeitabilidade, com o arrastar mais depressa para a rotura outras instituições, sem que se tenham dado contrapartidas ou ouvido os interessados antes de assim legislar? E que, para complicar ainda mais o quadro, é frequente estes doentes virem sem os exames requeridos ou na data prevista, por dificuldades internas de organização, muito à semelhança do que referi a propósito do que se passa nos centros de tratamento de toxicodependentes? Temos nós que pagar esta fatura? Sozinhos? Será, tudo isto, justo?

Consciente destes problemas, elaborei há dois anos um plano justificativo para a criação de um setor de Enfermaria, Hospital de Dia e Consulta Externa para as valências de Infeciologia e de Pneumologia (dado ser urgente resolver de forma integrada o problema da interface comum representado pela tuberculose), que mereceu a aprovação do Conselho de Administração e serviu de base a uma candidatura de financiamento para a CNLS. Após várias reuniões (que envolveram as partes referidas e a ARSLVT) chegou-se a um consenso, e o referido plano vai, pois, ser uma realidade! O problema é saber quando?

A Enfermaria (cujo projeto de execução está na fase derradeira), segundo informações fidedignas, não estará pronta, na melhor das hipóteses, senão só daqui a dois anos! A Consulta Externa e o Hospital de Dia, uma vez que implicam o desalojar dos Laboratórios de Patologia Clínica e Imunohemoterapia (fundamentais para o funcionamento de todo o hospital e que terão, por sua vez, de ser primeiramente mudados para um edifício novo ainda a construir!) não estão, pois, prontos, nem daqui a quatro anos (estimativa minha!).

Mais uma vez confrontado com estas dificuldades, apresentei novo documento para servir de base a outro pedido de financiamento. Desta vez para as futuras instalações provisórias da Consulta Externa (no espaço livre do antigo Aprovisionamento e futura Central de Esterilização!). De novo, o Conselho de Administração aprovou, bem como a CNLS, que deu parte substancial das verbas necessárias volvido pouco tempo e que já estão, segundo penso saber, à disposição do respetivo Conselho de Administração. Só que... estas pequenas obras já deveriam estar prontas, e ainda nem sequer começaram!

Por isto também apresentei em dezembro de 1998, em reunião conjunta com os elementos da Valência de Pneumologia, o Dr. Amaro Lourenço, diretor do Serviço de Medicina II (onde as mesmas se encontram presentemente integradas) e o Conselho de Administração, uma nova proposta para resolver, desta vez, transitoriamente, o problema da Enfermaria. Velho por velho, enquanto não está pronto o piso remodelado para o internamento definitivo, e sem qualquer necessidade de obra de fundo, mudávamo-nos para uma das antigas enfermarias da cirurgia geral que se encontram presentemente vagas. Todos concordaram, mas existia um problema impeditivo e inultrapassável (?): O da falta de enfermeiros, e a de auxiliares de ação médica (?) e de secretariado clínico (?), etc., (acrescentarei eu...)!

Como não me tivesse resignado, pedi uma audiência (e fui de facto recebido) pelo recém-nomeado Presidente da Comissão Distrital de Luta Contra a SIDA (simultaneamente, coordenador da Sub-Região de Setúbal da ARSLVT). Concordou comigo, tendo ficado de encetar os contactos necessários e de dar resposta posteriormente, facto que aconteceu em encontro informal que tivemos recentemente. E a resposta foi, tal como a anterior, que embora reafirmasse a sua concordância e lamentasse não ter conseguido melhor, apesar das tentativas efetuadas, o referido problema mantinha-se sem solução à vista. Agradeci-lhe e disse-lhe que (como podia?) não iria ficar a carpir mágoas de braços cruzados.

E o que dizer do Quadro Médico da Valência (esta está aprovada superiormente já lá vão quatro anos!), já que, sem médicos, também não seria possível dar resposta? Este último foi pedido oficialmente pelo Conselho de Administração ao Ministério da Saúde há cerca de um ano, tendo até agora andado sucessivamente para trás e para a frente entre a ARSLVT e o HSB (e vice-versa), sendo presentemente a expectativa do tempo que irá levar para percorrer a infinidade de todos os outros organismos oficiais (incluindo o Ministério das Finanças e o Tribunal de Contas), que permita finalmente pôr as vagas a concurso, incalculável (meses? anos?)!

Mas o pior é que dos cinco médicos especialistas que presentemente trabalham nesta área (até há seis meses éramos apenas três!), somente dois estão

no quadro permanente (até há cerca de meio ano, era apenas um: eu próprio!), e dos restantes três, um (o único que é infeciologista de carreira hospitalar) está com um contrato precário. Isto quer dizer que, a qualquer momento, podemos ficar reduzidos, só que, desta vez, a duas pessoas! Quais seriam então as consequências? São tão óbvias que me dispenso, sequer, de comentar. Como é que se podem motivar estes meus caros colegas? Prometendo-lhes o quê? Quando? Com que direito poderei eu (ou alguém...) ter legitimidade para os impedir de ocuparem outra vaga num outro hospital? Ou de, sequer, concorrerem a um qualquer concurso para este efeito?

E como a carência de Infeciologistas é enorme por todo o país, três daqueles são Internistas, e o proposto foi então, logicamente, para além do quadro dos primeiros (que não tenho sequer a garantia que haja alguém interessado em concorrer!), a existência de mais duas vagas do quadro da Medicina Interna com o perfil de Infeciologia (como tem sido feito, por exemplo, no Hospital Curry Cabral), justificando, assim, o que tenho defendido, ou seja, a integração, em complementaridade, destas duas especialidades médicas, pelo menos na nossa realidade e experiência, de molde a poder, assim, fazer face aos desafios futuros.

E como as minhas preocupações não têm terminado aqui, estou à espera que um documento de articulação com os Cuidados Primários de Saúde, no sentido de disciplinar e regulamentar o acesso dos doentes dos Centros de Saúde, CATs e Prisões à Consulta Externa, seja aprovado superiormente, quando o mesmo foi elaborado há mais de dezoito meses! Palavras para quê, somos todos uns "artistas portugueses"...

Como eu costumo dizer, por enquanto ainda vou tendo energias (algumas já gastas com a elaboração deste documento...) para ir deixando no Hospital, para além do meu ânimo e capacidade de entrega (até quando?) o Suor do meu esforço diário, algumas Lágrimas também (aqui faleceu em 1985 aquele a quem eu devo o perfil do meu caráter e à Memória do qual dedico estas palavras – o Meu Pai!) e, até, o próprio Sangue (lembro-me bem que há um bom par de anos, quando ainda mal se falava na SIDA e nas hepatites virais, a equipa de urgência onde trabalhava, para tentar salvar um pobre homem com uma hemorragia digestiva cataclísmica, na falta deste fluido vital no serviço respetivo e na impossibilidade de realização de uma endoscopia, correspondeu unanimemente à ideia do cirurgião, com feliz êxito no final, para alegria de todos, e, sem interromper o serviço assistencial, madrugada fora, lá foram contribuindo para lhe restituírem um pedaço da sua vida até à realização da operação curativa!). Quanto ao resto, terminantemente... Não!

O TERCEIRO INGLÊS MALDITO

Creia que se trata de uma situação limite e que não encontrei outra melhor forma de alertar V.ª Ex.ª para estes factos do que escrever-lhe! Espero que compreenda e que tome rapidamente as medidas adequadas conducentes à resolução efetiva e atempada destes muitos e graves problemas. Os médicos e restantes profissionais de saúde, bem como os doentes, ficar-lhe-ão sinceramente reconhecidos para sempre. Creia, ainda, que me não move qualquer animosidade pessoal, apenas pretendendo ajudar, na medida das minhas possibilidades, o evitar da concretização de um cenário mais próprio do (nada!) "Admirável Mundo Novo", do que da realidade que ambos (tenho a sincera impressão!) almejamos.

Por vezes, na vida, constitui verdadeiro imperativo de consciência, ter a coragem necessária para alertar, e, se necessário, até incomodar outrem (por mais importantes que sejam os cargos oficiais que ocupem...), quando o que está em causa tem esta seriedade e esta magnitude. Por isso preferi divulgar esta carta num círculo restrito de personalidades com responsabilidade direta neste âmbito (ao nível institucional, local, regional e nacional), pretendendo publicá-la, apenas, na Revista Portuguesa de Doenças Infeciosas e na Revista do Sindicato de que sou associado. Não estou interessado, sinceramente, em fomentar notícias bombásticas em imprensa sensacionalista de dimensão ética duvidosa, ou em alimentar interesses políticos com objetivos obscuros.

Prefiro, com frontalidade e lealdade, "pôr o dedo na ferida" e dizer que o "Rei vai Nu", vestindo, se necessário, a pele de "advogado do diabo", do que vestir a de anónimo *Big Brother*, ou, pior ainda, a de um dos muitos *Yes Man* que, com hipocrisia e vil cinismo, bajulam quotidianamente, de forma repugnante, os governantes de todas as épocas e regimes políticos, quais arautos do "politicamente correto"! O meu estilo é, antes e apenas, ditado pelo meu caráter!

A política é a ciência da administração dos recursos coletivos disponíveis, definindo com justiça, consensualidade e inteligência as suas prioridades, ao serviço do bem comum! É como a arte de saber montar o "*Puzzle*" das necessidades e das possibilidades, tornando-o inteligível e atraente à curiosidade e à consciência do vulgar cidadão! É perfeitamente o contrário da denominada "tática da avestruz" e o oposto da prática nojenta dos "vendilhões de banha da cobra" que tudo dizem resolver com um "passe de mágica".

Luto e sempre lutarei por uma medicina humanizada, em favor dos doentes e da sua dignidade. Contudo, nunca desistirei de reclamar também, das diversas instâncias competentes, que os médicos também necessitam de ser tratados humanamente! O que não é, infelizmente, o que está a acontecer.

Parafraseando um Nobel da Literatura, qual súbdito maldito de Sua Majestade, embora em alusão a uma realidade completamente distinta, mas integralmente extrapolável, a dinâmica da pandemia da SIDA, poder-se-ia definir como "não estamos no final, nem tão pouco no começo do fim; com um pouco de sorte, estaremos apenas no final do princípio" (Winston Churchill).

Por favor, Sr.ª Ministra da Saúde, faça a fineza... Com a máxima consideração, grato pela atenção dispensada, um médico seu concidadão.

SETÚBAL 1999/03/29

Revista Portuguesa de Doenças Infeciosas, 1999, ano 22, nº 2)

Nota: A aceitação do teor deste texto foi a condição que coloquei para ter integrado uma lista que concorreu, e venceu, as eleições para a Direção Médica, de que passei a fazer parte enquanto Assessor e Diretor do SUG (Serviço de Urgência Geral) do HSB. A minha motivação foi, de acordo com o que acordei com os meus colegas, a de transmitir à Ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira, nas duas reuniões que tivemos, a determinação em lutar por um Hospital novo para Setúbal, tendo-lhe entregado um dossiê com uma proposta detalhada que a mesma despachou para ser analisada pela ARSLVT. Em alternativa, propúnhamos uma profunda e célere remodelação do HSB. O Governo do PS, sob a presidência de António Guterres teve, depois, nessa mesma legislatura, mais outros dois Ministros, que exibiram ideias completamente diversas para o setor, pelo que a sensibilização encontrada nessas duas receções referidas se logrou posteriormente, pois o máximo que se conseguiu foi a promessa de uma verba vultosa para a reabilitação do edifício antigo do Hospital que, mesmo depois de ter sido inscrita pelo Governo em DR e anunciada publicamente pela ARSLVT em Reunião realizada no Hospital, nunca veio a ser disponibilizada.

A obra das instalações provisórias da Unidade de Ambulatório de Infeciologia e de Pneumologia lá foi realizada com verbas da CNLCS (Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA), sob a Presidência da saudosa Professora Odete Ferreira, mas a Ministra Manuela Arcanjo não as considerou suficientemente dignas da sua pessoa, pelo que não autorizou a colocação de uma Placa alusiva a essa mesma efeméride que tinha ordenado que fosse, com o foi, mandada executar pelo CA do Hospital, da qual desconheço o paradeiro. E, pior ainda, nem sequer convidou para essa cerimónia a pessoa que, afinal, a tinha financiado!!!

Em contraste, a Placa da enfermaria destes dois Serviços, posteriormente inaugurada uns anos depois, após a época em que o Hospital foi transformado, primeiramente, em SA, e, depois, em EPE, fruto da concretização de fundos europeus, cuja candidatura tinha sido submetida superiormente com êxito uns quantos anos antes, permitiu passar a dispor de quartos de isolamento respiratório que tanta utilidade vieram a ter depois durante a Pandemia de COVID-19, mas que nunca

foi inaugurada por nenhuma autoridade oficial. Estou convicto, por eu ter passado a ser encarado pelo poder político como *"persona non grata"*. O que me enche, tanto de tristeza, como de orgulho.
Presentemente, as Unidades de ambulatório daqueles dois Serviços continuam a ocupar espaços provisórios e degradados, à espera da concretização de um Projeto de Reabilitação que ninguém foi capaz, até hoje, de dizer em que consiste e quando irá ser concretizado. E já passaram mais de vinte anos!!!



São Sebastião Intercedendo pelos Doentes Afetados pela Peste Negra, 1493, Josse Lieferinxe, pintor dos Países Baixos (1493-1503)

Mensagem de despedida ou Carta Aberta às Consciências Conscientes

Não é fácil deixar um mandato antes do final do seu percurso natural inicialmente previsto, sobretudo quando se está tão determinado em servir uma causa. Nem tão pouco, reconhecer que, por um ou outro motivo, ou mesmo certamente por vários, algumas ideias e objetivos chave do nosso projeto não puderam ser concretizados. Mas a vida é isso mesmo. Ela se encarrega de nos lembrar, de forma implacável, que nunca devemos deixar de ter a noção exata do dever e da altura a partir da qual continuar teimosamente em exercício de funções diretivas é perder a dignidade e a razão, hipotecando-nos a vaidades e a ambições desmedidas, o que significaria deixar de ter a vital capacidade de autocrítica. Seria, em suma, não nos querermos resignar a reconhecer o óbvio, ou seja, que nem sempre se pode levar de vencida os nossos adamastores e que é chegada a vez de serem outros os protagonistas.

Culpados?! Fomos certamente todos e, provavelmente, cada um de nós. Porventura, ainda mais determinantes para o saldo final deste processo do que os mais diversos fatores internos foram, seguramente, os de natureza eminentemente externa. Os eternos arautos da baixa política nunca se caracterizarão pela noção correta do dever de servir as causas comuns, nem tão pouco pelo saudável desprezo do alienante e efémero poder. Antes pelo contrário. Servem-se hipocritamente do altruísmo dos propósitos alheios. Exercitam e exibem uma nefasta incoerência camuflada de roupagens enganadoras e fúteis, não perdendo, porém, nunca, o objetivo de, em primeira e última instância, apropriarem-se indevidamente dos despojos das querelas que instigam anonimamente nos bastidores, bem como dos lucros que resultam dos empreendimentos daqueles que são, na essência, bem-intencionados.

Gostam, pois, do poder pelo poder e ambicionam permanecer na sua ribalta a todo o custo e sem qualquer substrato eticamente credível. A preocupação com o sofrimento alheio é um *slogan* que só sabem exibir na solidão fria dos seus gabinetes, ou durante a refrega das periódicas disputas eleitorais. A solidariedade efetiva e constante para com os doentes, a proximidade necessária com a morte, a dor e a miséria humanas são realidades incómodas do quotidiano que lhes são demasiado distantes e às quais são genuinamente insensíveis. Por isso mesmo se incomodam tanto quando lhes recordamos que assumimos, legitima e intransigentemente, na sua plenitude, a defesa das suas causas mais elementares, ainda que, infelizmente e com demasiada frequência, antecipadamente perdidas.

Não é, pois, de estranhar que geralmente se considere que a saúde no nosso país vai indo mal. Mesmo, por vezes, muito mal. Em especial, o famigerado problema das urgências, verdadeiro caso de permanente manchete nos tabloides do nosso país. Contudo, não é certamente pela simples constatação destas dificuldades que se torna legítimo ou ético remetermo-nos, eterna e inconsequentemente, à cómoda posição de pretensos críticos omniscientes. Especialmente, depois de já se ter endereçado e publicado uma outra Carta Aberta ao Ministro da Saúde ("Ode em Memória de George Orwell e do Admirável Mundo Novo").

É precisamente por isso que, tanto pela consciência desta responsabilidade cívica inerente a tão básica coerência de princípios, bem como pelas oportunidades que, entretanto, ocorrem durante a nossa vida, somos episodicamente impelidos a assumir, com todos os riscos pessoais inerentes, responsabilidades de direção que outros, com mais ou menos plausibilidade e obrigação moral, decidiram explicitamente enjeitar, ou através de cúmplice e incómodo silêncio.

Muito foi feito. De bom e de menos bom. Muito terá, seguramente, ficado por fazer. Saio, porém, ironicamente, com algumas convicções ainda mais arreigadas do que quando entrei. Um verdadeiro e necessário Serviço de Urgência Hospitalar, bem como a figura do seu Diretor, por ora, meras caricaturas virtuais à face da lei vigente, não se compadecem com exercícios em tempo parcial, nem com equipas desmotivadas e desprofissionalizadas, nem, ainda, com instrumentos de poder efetivo inexistentes, reflexo óbvio de um sistema nefastamente desresponsabilizante. Também, tampouco, com a carência constante e confrangedora de instalações e em meios técnicos e humanos aos mais diversos níveis, ou com o típico amadorismo do improviso lusitano.

É insuficiente remetermo-nos apenas, e sempre, a "mera" posição de denunciantes da parca realidade e perder imenso tempo em sucessivos relatórios e na ampla divulgação de informações e normas a adotar que, no fundo, não fazem mais de concreto do que aliviar as nossas (boas) consciências, porque a generalidade da hierarquia e alguns dos diversos protagonistas da pesada e obsoleta estrutura os remete, com preocupante frequência, ou para a gaveta dos seus gabinetes, ou para os arquivos da sua (má) memória. E dos quais, de resto, quase sistematicamente, não obtemos o mínimo de eco significativo.

Esquece-se, quem assim pensa e age, que o empenhamento também se alimenta do exemplo de cada um e da crítica consequente e fundamentada, mas nunca da análise sumária e sem substância ou do silêncio e desprezo desmotivantes, tal como do incumprimento permanente e sem qualquer lógica subjacente. Não basta a vontade e o esforço sinceros de almejar corresponder à natural

expectativa decorrente da implementação dos mais variados Planos imanados pela Tutela, embora, por vezes, demagogicamente desfasados do tempo e desadequados às diferentes realidades existentes.

Não chega tentar estipular novas regras de funcionamento ou racionalizar comportamentos que não são verdadeiramente incorporados na prática diária. Impunemente. Escusadamente. Injustamente. Tendo em consideração a persistência e o exemplo dados por quem sempre teve uma postura de grande frontalidade, de genuína disponibilidade e de sincera predisposição para o diálogo. Nunca como um fim apenas, mas sempre como um meio imprescindível.

Só espero que, como dizia o poeta, o meu sucessor tenha melhor engenho e arte! E, já agora, também, melhor sorte e mais condições. Para mim, humildemente o reconheço, esta foi "apenas" uma oportunidade perdida, entre os muitos projetos pessoais e profissionais. De entre estes, um foi considerado desde o início como primordial. Falo concretamente da remodelação geral do nosso hospital, ao qual devotei todo o meu saber, experiência, energia e tempo possíveis. Ingenuamente? Talvez! improdutivamente? Espero que não!

A realidade do HSB pode-se, pois, caracterizar sumariamente como a de uma instituição que desistiu de sonhar com o seu futuro, decidiu esquecer o seu passado e está completamente vencida pela asfixia do presente, após ter sido inadmissivelmente devotada ao mais confrangedor abandono pelos responsáveis desde há imensos anos a esta parte, com os mais que óbvios reflexos negativos sobre os seus profissionais e doentes. Porque, entre muitas atitudes e omissões, se subfinanciou muitíssimo o hospital e nunca houve a coragem de se assumir a execução de um projeto de remodelação alegadamente baseado em inquestionáveis pressupostos técnicos e no alegado e superior interesse dos seus utilizadores. Veja-se ainda os casos do DEP, da Farmácia Hospitalar e da Unidade de infeciologia, exemplos mais que eloquentes do quadro traçado e sobre os quais tenho mais do que legitimidade para fazer a sua citação e análise, ainda que sumárias.

No primeiro caso, no mínimo, podemos dizer que, após um período áureo de mais de uma dezena de anos que catapultou externamente a imagem do hospital, entrou-se em perfeito estado de defunta letargia até data muito recente.

No segundo, pela mais que confrangedora carência em licenciados e em técnicos especializados, quase que se pode dizer que nunca se pôde sair verdadeiramente da fase do simples boticário da histórica medicina hospicial ou da mera farmácia de bairro.

No último caso, o que me diz mais diretamente respeito, independentemente de toda a genuína dedicação devotada ao longo de cerca de oito anos por um

conjunto valioso de colaboradores e de entidades e sem que jamais se tivesse deixado de corresponder aos mais diversos desafios assistenciais, científicos, didáticos e outros que a difícil realidade sociológica regional impôs, fomos, até ao presente, muitas vezes ignorados de facto pela maioria da hierarquia competente (?!...).

Os exemplos poderiam encher vários parágrafos, mas o mais ilustrativo talvez tenha sido o da sua responsável máxima se ter recusado a perpetuar uma cerimónia protocolar de inauguração pela forma convencional acordada com quem de direito, bem como a aceitar convidar quem foi a verdadeira protagonista do seu financiamento, por motivos inadmissivelmente nunca explicados às diversas pessoas envolvidas neste rocambolesco episódio... Veja-se, ainda, o que se passa com os recursos humanos e as instalações ou com o projeto de informatização, e facilmente se concluirá que as consequências poderão ser a curto prazo e durante um período não determinado, bastante negativas para aqueles que são os maiores deserdados da nossa sociedade, mas que a própria lei estipula afinal, "hipocritamente", que não podem ser assistidos em mais nenhum outro sítio.

Qual será, pois, o estímulo para continuar lutando por estes e outros ideais e por mais e diferentes projetos? Talvez que, apesar de tudo, todo este empenhamento não tenha sido completamente em vão, quem sabe! O tempo, esse aliado fiel e implacável, encarregará os outros de fazerem, com a serenidade e honestidade que se impõe, o seu balanço final. Que, não seria o que é, se, porém, tivesse estado sozinho! Mas não agora.

A Todos vós, pois, independentemente do maior ou menor grau de colaboração, o meu sincero obrigado. Quero acreditar que, apesar de tudo, maioritariamente, fizeram o melhor que sabiam e podiam, num contexto particularmente adverso a idealismos e a tão frágeis realidades... Estava plenamente consciente de que não iria ser nada fácil. Vale, ao menos, a reconfortante sensação de ter a consciência tranquila, própria de quem se empenhou sinceramente naquilo em que acreditou ser o melhor para os doentes, os profissionais e a instituição.

Tal como no passado e sempre, jamais abdicarei do direito (e do dever) de usar a reflexão como uma forma privilegiada de comunicação. Pode ser que a força da palavra e da convicção, desta vez, suplante em eficácia a da energia do empenhamento colocado na execução do projeto. Pode ser que aquilo que não se conseguiu pôr em marcha à entrada se possa ver iniciado à saída. Que assim seja!

Assinado: O, ainda, Assessor da Direção Médica, Diretor do Serviço de Urgência,
Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica, Responsável pela Valência de
Infeciologia; ex-Presidente Interino do DEP – Departamento de Educação Permanente



Monges Franciscanos a tratar de Doentes, século XV, autor anónimo, admitindo-se que seja a representação de uma doença altamente prevalente e estigmatizante na Idade Média, a Lepra

Carta Aberta ao CA do Hospital onde Trabalho

A competição só é civilizadora enquanto estímulo:
como pretexto de abater a concorrência,
é uma contribuição para a barbárie

AUGUSTINA BESSA-LUÍS
Escritora portuguesa, 1922-2019

Excelentíssimos Senhores

De nada vale fingir a inexistência de uma grave situação que, atingindo todo o país, afeta logicamente também o setor da saúde em geral, e o nosso hospital, em particular. No primeiro, grassa uma notória crise socioeconómico-financeira e de valores, no segundo, assiste-se ao desmantelamento progressivo e inexorável daquele que foi (e ainda é!...) o melhor serviço público nacional que se implementou após a emergência do regime político democrático, mau grado o reinante discurso de cariz eufemístico. Finalmente, quanto ao último, esvai-se lentamente espartilhado entre a procura incessante de uma simples e mera sobrevivência, e a vontade meio envergonhada de autoafirmação enquanto instituição, perante os cidadãos, a sociedade e o(s) poder(es) político(s) que se foram sucedendo nas últimas quatro décadas, confrontado que está com os constrangimentos decorrentes de um financiamento desajustado à sua real diferenciação e às necessidades efetivas da população que serve, bem como ainda com o anacronismo das regras que ditam o labiríntico acesso dos cidadãos aos diversos serviços instalados.

A conceção, redação, e a apresentação de um Plano de Ação de um Serviço Hospitalar deverá, pois, refletir sempre, mas sobretudo nestas condições, a realidade existente com o máximo rigor, pressupor a identificação correta dos principais problemas que lhe afetam o desempenho no sentido de melhor concretizar a missão de que está investido, e propor a implementação das estratégias mais adequadas à sua resolução.

Tudo isto supõe o envolvimento e a participação de todos os setores do Serviço, bem como a articulação profícua com as diretrizes emanadas pela hierarquia institucional e pela tutela, sob a coordenação do Departamento em que está inserido e da Direção Médica do Hospital, sempre que elas respeitem os princípios éticos mais elementares, e forem também consonantes com o nível de desempenho profissional que os doentes necessitam para que resolvamos eficazmente os seus complexos problemas de saúde.

Se bem que todas as especialidades tenham alguns aspetos particulares que as distinguem, a Infeciologia tem a característica única de lidar constantemente com agentes microbianos transmissíveis que comportam eventuais e graves implicações epidemiológicas no domínio da saúde pública, representando os meios utilizados para o seu combate (vacinas, antissépticos e antimicrobianos) os maiores avanços científicos jamais verificados em toda a História da Humanidade, sendo responsáveis pelo maior impacto em termos da sobrevivência de muitos milhões de seres humanos e o consequente aumento da esperança média de vida verificada sobretudo ao longo do último meio século.

Infelizmente, a evolução da organização da nossa Sociedade contemporânea ditou a subjugação de muitas descobertas tecnológicas de fundamental importância e que poderiam beneficiar muito mais pessoas do que aquilo que presentemente fazem, aos interesses puramente mercantilistas de uns quantos agiotas que manipulam o nosso destino individual e coletivo na sombra clandestina da sua incessante e mais do que iníqua voracidade.

Contudo, estudos de farmacoeconomia isentos e idóneos, evidenciam que o impacto da terapêutica da infeção VIH é das mais efetivas que alguma vez foram postas ao serviço da Humanidade, comparando-se vantajosamente com outras estratégias que a comunidade de políticos, gestores, profissionais, doentes, ou simples cidadãos nem sequer imaginariam questionar, ao ponto da sobrevivência daqueles que se infetem agora e tenham a possibilidade de ter um acompanhamento clínico adequado e regular poderem usufruir de uma expetativa de vida muito semelhante à da população em geral.

Também a terapêutica da hepatite C foi muito recentemente contemplada com avanços farmacológicos e tecnológicos significativos, que já provaram poder propiciar a cura de um número muito maior de doentes, evitando que os mesmos evoluam para situações clínicas que impliquem uma diminuição acentuada da sua capacidade de continuarem a ser profissionalmente ativos e socialmente produtivos, evitando consequentemente internamentos prolongados e dispendiosos, bem como o recurso a terapêuticas alternativas muito mais onerosas e com acentuado potencial iatrogénico (transplante hepático, imunossupressão subsequente, etc.). Também neste caso, pese embora os preços verdadeiramente exorbitantes dos novos fármacos, a análise farmacoeconómica efetuada por vários organismos internacionais credenciados teve um resultado positivo.

O Estado Português, através do seu Governo e dos demais organismos oficiais competentes (Infarmed, etc.), obedecendo a convenções internacionais que vinculam organizações das quais faz parte (EMA, etc.), tem autorizado a sucessiva

introdução de vários fármacos inovadores no armamentário medicamentoso nacional, processo ao qual se seguem os necessários estudos de farmacoeconomia para a obtenção de um determinado regime de comparticipação consonante com os diversos valores em apreço (financeiros, terapêuticos, éticos, etc.), e que permita a sua utilização clínica de acordo com as normas nacionais e internacionais cientificamente credenciadas a todos os que dela mais necessitarem.

Após este processo, até por questões éticas de equidade, não se poderá ser mais complacente com injustificadas demoras em permitir o acesso dos doentes a serem tratados pelos respetivos especialistas, a não ser por questões de carência económica institucional verdadeiramente irresolúveis, cabendo então ao poder político, neste catastrófico cenário extremo, a responsabilidade da sua explicitação aos cidadãos e à sociedade. Esta não é decididamente uma matéria estritamente médica enquanto tal, nem será de todo aceitável que seja, ainda que veladamente, por inadmissível demissão de quem de direito, remetida para a sua esfera de ação.

Na realidade, num Estado Social digno desse epíteto, só será aceitável vir alguém dizer que não se consegue propiciar determinado tratamento a quem dele necessite verdadeiramente para a sua sobrevivência, quando todos os implicados no processo decisório já fizeram todo o esforço que lhes é possível no âmbito das responsabilidades indeclináveis que lhes são próprias, e, mesmo assim, não se conseguem arranjar os necessários recursos para tal.

Explicitando melhor, consciente de que estamos a falar de terapêuticas que são realmente muito onerosas (embora indiscutivelmente eficazes e bem toleradas), já propus oralmente e por escrito, por diversas vezes, aos responsáveis do Ministério da Saúde, o seguinte (que estou sinceramente convicto que pouparia avultados recursos financeiros bem como contribuiria decididamente para garantir a sustentabilidade financeira dos Hospitais e do SNS):

1. O Estado tem que negociar centralizadamente, através de um organismo oficial competente, a compra dos medicamentos (como acontece em muitos outros países), devendo atribuir um preço de referência igual (nivelado pelo mínimo custo!), a todos os que pertençam à mesma classe farmacológica e respetiva geração;

2. O preço compreensivo pago para os doentes infetados por VIH tem que ser realista e calculado com a indexação dos inerentes gastos com as inovações terapêuticas e ter ainda em consideração a percentagem de doentes em terapêuticas de resgate, já que ele foi de início apenas imaginado para os *"naïf"*;

3. Implementar um sistema idêntico para os doentes infetados por HCV a necessitarem de ser tratados, até porque as inovações nesta área vão a breve trecho ser equivalentes (ou mesmo superiores) às verificadas até aqui para a infeção VIH;

4. Convencer a IF a aceitar fazer um preço para as coformulações idêntico à soma dos seus componentes, mesmo quando vierem a ser aprovados os ARVs genéricos, pois toda a comunidade de doentes e de profissionais está genuinamente convencida das enormes vantagens destas apresentações para a adesão à terapêutica, logo, para a sua eficácia terapêutica a prazo e para a inerente e atendível qualidade de vida.

Qualquer estratégia institucional que preconize pois o fator preço como o primeiro a ter que ser considerado no tratamento dos doentes, só será possível de ser aceite se houver, por parte do CA, quem assuma, por escrito, a eminência séria de uma rutura efetiva de recursos financeiros que possa vir a afetar irreversivelmente os doentes de todos os serviços hospitalares, a estratégia alternativa a empreender seja idealizada e implementada por verdadeiros especialistas na matéria (que só existem no nosso Hospital, no Serviço que dirijo), obtenha a concordância das Comissões de Ética da Instituição e da OM, e seja aceite pelos próprios doentes (com a lógica garantia prévia de ter uma eficácia e uma tolerabilidade minimamente aceitáveis).

Convém, pois, lembrar aqui e agora, que a mais polémica deliberação imanada a este propósito pela CNECV dizia textualmente "O medicamento mais barato entre os melhores, e não o melhor dos mais baratos".

O CA da instituição pode estar tranquilo, porque os médicos do Serviço que dirijo têm a genuína preocupação, enquanto profissionais e cidadãos, com a sustentabilidade do SNS e da Instituição, mas não abdicam logicamente da prerrogativa de defenderem até ao limite das suas capacidades aquilo que acreditam estar demonstrado como sendo o mais adequado e eficaz para a realidade concreta de cada doente específico e em cada momento particular da sua evolução clínica, porque esse é o verdadeiro cerne da sua missão e da sua deontologia profissional.

Nesta medida, têm aceitado de bom grado fazer a justificação individualizada de cada proposta remetida superiormente para o tratamento dos doentes com hepatite C crónica, após cada um dos respetivos médicos assistentes apresentar em reunião geral de Serviço o caso clínico em apreço, e que tem merecido a aprovação sem reservas da Comissão de Farmácia da Instituição, bem como do Infarmed, uma vez que têm respeitado escrupulosamente as normas nacionais e internacionais especializadas.

Não é, pois, aceitável que se demore muito mais tempo a deferir a análise interna das propostas pendentes desde há meses e a dar-lhes o encaminhamento devido, uma vez que existem muitos doentes a necessitarem urgentemente deste tipo de terapêutica, sob pena de evoluírem para uma situação terminal e irreversível, quando a cura ainda está, neste momento, perfeitamente ao alcance para a grande maioria dos casos!

Também no que concerne aos doentes com VIH, foi em devido tempo remetida à ARSLVT uma estimativa das combinações a serem utilizadas durante o corrente ano de 2013 para os novos doentes, a que se seguirá a apresentação neste Plano de Ação de uma espécie de *check list* para cada médico preencher previamente (tal como enviei em forma de texto à Diretora Clínica após o início das suas funções por solicitação da própria), em estilo de justificação explícita das razões da opção terapêutica efetuada, para que não existam mesmo quaisquer dúvidas quanto aos seus reais fundamentos, e permita, se for necessário, facilitar a realização a prazo de uma auditoria clínica!

Se a fatura com a medicação dos doentes do Serviço tem crescido consecutivamente (e não vale a pena imaginar fantasiosamente que se irá inverter esta tendência de futuro, a não ser que se implementem as medidas acima referidas, e eventualmente ainda outras de índole semelhante) é tão só porque têm também aumentado proporcionalmente o número de novos doentes, bem como a necessidade de recurso a terapêuticas de resgate dos que entram em falência virológica, e também pela mudança das normas de tratamento que vão no sentido de uma maior precocidade da sua instituição, dado que tanto a hepatite C quanto o VIH são doenças crónicas e os doentes vão-se consequentemente acumulando, e quando entram em progressão e havendo terapêutica alternativa eficaz disponível, passam então a ser logicamente medicados de acordo com o resultado dos testes de resistência requisitados (infelizmente, quase sempre, com fármacos muito mais dispendiosos).

Mas também porque me parece ainda perfeitamente inaceitável, em termos de ética profissional e civilizacional, que passe a haver filas de espera para que os infetados possam ter finalmente acesso aos medicamentos de que tanto necessitam, até porque estamos a falar de doenças transmissíveis, e o consequente impacto epidemiológico seria potencialmente avultado.

E, finalmente ainda, porque como convém ter sempre presente quando se discutem estas problemáticas e se procuram definir as respetivas políticas, o custo do não tratamento destas doenças, como está demonstrado em muitos estudos

de cientificidade e atualidade verdadeiramente inquestionáveis, seria certamente muito maior para a própria Sociedade!

SETÚBAL, 2013/05/20

Revista da Ordem dos Médicos em 2013, número de maio

Nota Final: O intuito deste artigo vai muito para além de um simples desabafo. Pretende, acima de tudo, provocar as consciências de todos os envolvidos nesta temática no sentido de cada um assumir as suas responsabilidades e dos meus pares sentirem, finalmente, a necessidade de refletirem em conjunto na essência destes problemas, para que seja finalmente possível propormos as soluções que se impõem a nível nacional. O tempo urge!



Representação pictórica eventualmente alusiva a um Doente com Sífilis, 1484, atribuída a Albrecht Durer, pintor germânico (1471-1528)

Documento "Abaixo-Assinado"

INTRODUÇÃO

É pertinente, a nosso ver, decorridos cerca de três meses em que o CHS teve de fazer face à Pandemia de COVID-19, fazer uma reflexão acerca do Historial da Instituição e do seu posicionamento na Rede Hospitalar Regional, elaborando e endereçando a quem de direito um documento que condensa um conjunto de reflexões e de mensagens, cientes de que todos devemos aprender com as experiências vividas no sentido de melhorar não só a resposta a futuras pandemias (ou à recrudescência da que presentemente nos afeta), mas também para possibilitar o acesso a melhores cuidados de saúde no dia a dia dos doentes que nos procuram, tal como de propiciar melhores condições de trabalho para os profissionais que nele exercem a sua atividade.

Assim, consideramos fundamental fazer constar o seguinte.

O PASSADO DOS TRÊS POLOS DO CHS

O CHS foi criado em 2005, por integração do HSB (Hospital de S. Bernardo) com o HOSO (Hospital Ortopédico do Outão).

O Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão (HOSO) (ex- Sanatório Marítimo do Outão) foi fundado no reinado do Rei D. Carlos, e ao longo do seu venerável e longo historial, um dos principais centros nacionais de tratamento da tuberculose óssea e um dos pioneiros no tratamento das escolioses congénitas. No dealbar do final da Guerra Colonial, saiu muito beneficiado pela vinda de médicos com reconhecida capacidade e experiência, oriundos das ex-Colónias portuguesas de África (Carlos Martins, José Batista, Barradas Bico e outros), permanecendo hoje um importante e reconhecido centro de Orto-traumatologia que forma anualmente valiosos e promissores jovens especialistas, tratando centenas de doentes cada ano, pelo que é impensável admitir que, com a sua eventual passagem para as instalações da anunciada ampliação do HSB, outra coisa não aconteça senão o melhoramento das condições que permitam continuar a cumprir ainda mais cabalmente a sua missão. Foi, com todo o merecimento, durante décadas, um dos maiores e mais prestigiados Hospitais mono-especializados no nosso país, tendo a categoria de Central, e por tal, sido referência para todo o território nacional.

Já no que se refere ao Hospital de S. Bernardo (HSB) foi inaugurado em 1959 com o apoio do mecenas Antoine Velge e veio substituir o antigo Hospital da Misericórdia da cidade de Setúbal. Merece realce o facto de ter sido o primeiro Hospital Regional do país idealizado, na década de 50 do século XX, para ter capacidade

para o tratamento específico de doentes com patologia infetocontagiosa, pois tinha duas enfermarias com uma tipologia propositadamente adaptada a esse fim, dada a prevalência da tuberculose, da febre tifóide, da brucelose e de outras zoonoses, bem como da própria malária, que terão certamente sido, nessa altura, determinantes para a concretização desse projeto. No início da década de setenta do século passado, quando o pai do atual Presidente da República, Baltazar Rebelo de Sousa, médico especialista em Medicina Tropical era então Ministro da Saúde, deu-se a sua passagem da Misericórdia para a Rede Pública de Hospitais geridos pelo Estado, a que se seguiu, pouco tempo depois, a criação das Carreiras Médicas e do próprio SNS, o que, em conjunto com a colocação de uma plêiade de médicos oriundos dos Hospitais Universitários de Luanda (Ireneu Cruz, Gil da Costa, Álvaro Pacheco, Manuel Carvalho e outros) e de Lourenço Marques (Fonseca Ferreira, Jorge de Freitas, Joaquim Barradas, entre outros) e dos primeiros jovens especialistas formados nos HCL mediante a realização dos primeiros concursos nacionais (Machado Luciano, Nogueira Seco, Valente Fernandes, Amaro Lourenço, Heliodoro Sanguessuga, António Forjaz, entre outros), viu reunidas as condições necessárias para que tivesse sido um dos primeiros a nível nacional a dar formação a internos do complementar de diversas especialidades. Posteriormente, com a pioneira criação de um muito ativo Departamento de Educação Permanente (DEP) e sendo sede, durante décadas, da Sociedade Médica dos Hospitais Distritais da Zona Sul (SMHDZS), fundada por alguns dos seus médicos mais destacados (Fonseca Ferreira, Machado Luciano, Soveral Rodrigues, Maria Teresa Rebelo, Serra Pinto, entre outros), constituiu-se como uma apreciada Escola de Formação pós-graduada, salientando-se, a este propósito, a realização de inúmeros congressos, reuniões clínicas intra e inter-hospitalares, tendo ainda editado uma prestigiada Revista Médica durante muitos anos, sem qualquer interrupção. Mais importante ainda, dispersou alguns jovens especialistas por si formados por outras instituições, onde se vieram a notabilizar em diversos domínios, sem que estes, contudo, nunca tivessem esquecido o Hospital onde adquiriram merecidamente a sua titulação. Como é de depreender, até à inauguração dos novos Hospitais de Almada e do Barreiro foi, durante quase três décadas, o Hospital de referência de todo o distrito.

Convém referir também o Departamento de Psiquiatria, que resultou da integração no HSB do ex-Centro de Saúde Mental ocorrida na década de noventa do século XX, que ocupava instalações situadas numa propriedade que é também exterior à dos restantes polos, numa zona limítrofe da cidade e onde se realizam hoje uma boa parte das tarefas do seu importante setor de Ambulatório, através

da reconversão de uma parte desses edifícios, onde anteriormente eram internados doentes de evolução crónica, por vezes institucionalizados ao longo de anos.

O HOSO inicialmente e o HSB depois da constituição do CHS foram em 2008 e em 2010 certificados pelo *Comparative Health Knowledge System* (CHKS), certificação que mantêm, tendo-o sido anteriormente também pelo *King's Fund*.

O CHS e os seus dois Hospitais desenvolveram-se muito em diferenciação desde o final da década de 70, essencialmente devido à grande vontade dos seus especialistas em fazer mais, melhor e diferente, o que constituiu e constitui aquilo que poderíamos apelidar do "espírito" CHS que, a par da confiança que se foi gerando nos doentes e em suas famílias, foi sempre um estímulo para a sua evolução.

O PRESENTE DO CENTRO HOSPITALAR

O CHS tem vindo a crescer progressivamente em instalações, mas a diferenciação clínica que atingiu é bem maior do que é suportada pelas mesmas. Tem, contudo, notória dificuldade de ver viabilizada a sua atividade regular, pelos discutíveis critérios da atual metodologia de financiamento, uma vez que, estando muito mais próximo do que os que são classificados como Centrais e bastante mais distante daqueles que apenas têm as ditas especialidades básicas, encontra-se como que asfixiado nas suas potencialidades e acumulando um défice financeiro crónico que não tem permitido desenvolver, entre outros, os fundamentais setores dos meios complementares de diagnóstico, da mesma forma que os restantes serviços. Trata vários milhares de doentes com elevada despesa associada inerente (oncológicos, imunodeficientes, com patologia degenerativa de vários órgãos e sistemas, hepatites crónicas virais, etc.) bem como tem vindo a atrair, em algumas especialidades, novos e valorosos quadros médicos que importaria saber reter, como garante sólido do seu próprio futuro. Colabora regularmente com diversas instituições de ensino universitário (FML, FM do Algarve, bem como diversas Escolas de Enfermagem e de Técnicos Superiores), recebendo frequentemente estagiários de diversos países estrangeiros em ambos os setores.

Tem uma zona de atração direta de cerca de 250.000 habitantes (concelhos de Setúbal, de Palmela e de Sesimbra), mas é procurado por muitos doentes do Litoral do Alentejo (cerca mais de 100.000 habitantes, oriundos dos concelhos de Alcácer do Sal, de Grândola, de Santiago do Cacém, de Sines e até de Odemira) mau grado a sua integração administrativa territorial ter passado a ser outra, por terem prevalecido critérios políticos desfasados da realidade sociológica concreta, da tradição histórica de muitos anos, da proximidade geográfica e

da acessibilidade viária, que tanto têm prejudicado o seu desenvolvimento. Tem diversas especialidades com uma área direta muito superior à supostamente atribuída (Cardiologia, Endocrinologia, Estomatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Infeciologia, Imunoalergologia, Nefrologia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Psiquiatria, etc.) e situa-se na cidade Capital de Distrito, centro geográfico de uma área cuja população é superior à de todo o Alentejo, em que a diferenciação técnica dos seus cinco hospitais não tem comparação com a do CHS, pelo que clama, justificadamente, desde há muitos anos, que seja olhado de outra forma pelos sucessivos governos.

Acresce que se insere numa zona onde se situam alguns dos setores económicos que mais contribuem para a riqueza nacional (como o turismo e as indústrias automóvel, cimenteira, química, dos adubos e da pasta de papel, etc.), anunciando-se publicamente grandes investimentos num futuro próximo, como sejam o terminal de contentores, uma marina de recreio e outros que, certamente, atrairão muitos habitantes e visitantes. Não menos importante é ter em conta que, sendo uma reconhecida zona sísmica, deverá tal facto ser equacionado em termos da programação da inerente capacidade de resposta ao nível dos cuidados hospitalares diferenciados, pois a dimensão do seu Serviço de Urgência e das Unidades de Cuidados Intensivos e de Intermédicos, tal como se verificou na atual pandemia, não permitem acompanhar adequadamente um acréscimo substancial da procura, o que será importante saber acautelar devidamente.

Desde 2016, altura em que passou a ser permitido aos utentes escolherem uma Unidade Hospitalar fora da sua residência e fruto da maior facilidade de acesso ao CHS por parte dos utentes do Litoral Alentejano, este Centro passou a servir em média mais cerca de 20% de doentes para além da sua área de atração estritamente definida. A isto também acresce a confiança que se foi criando no CHS por parte destes utentes a quem serviu de referência por mais de cinco décadas, tal como dos Médicos de Família que referenciam regularmente os seus doentes através do CTH (Consulta a Tempo e Horas).

Daqui resulta que, como anteriormente se referiu e não queremos deixar de destacar, a área e o grau de diferenciação que ainda são aplicados na Contratualização com o MS-CHS já estão muito longe da realidade: número de utentes superior em cerca de 20% ao considerado e grau de especialização muito superior à de um Hospital de proximidade com várias áreas de diferenciação técnica só existentes em Hospitais ditos centrais.

CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DE ALGUNS SERVIÇOS HOSPITALARES

Anatomia Patológica

É uma especialidade charneira no diagnóstico, prognóstico e na prevenção primária da doença oncológica. Realiza exames de patologia diversificada e transversal, tendo-se mantido em funcionamento com permanente falta de recursos humanos médicos desde 2000, estando presentemente em funções no seu quadro uma única anatomopatologista, assistente graduada sénior com sessenta anos de idade. Seguindo a metodologia da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, deveria ter mais quatro assistentes hospitalares por forma a conseguir assegurar a sua continuidade e idoneidade formativa.

Anestesiologia

Nas últimas décadas a evolução técnica e científica desta especialidade tem permitido um desenvolvimento ímpar da atividade cirúrgica no CHS pela segurança, conforto e eficácia demonstradas, que possibilitam hoje uma agressividade operatória difícil de conseguir no passado, com uma mais rápida recuperação funcional e melhores resultados, a par das novas exigências sociais e científicas a nível das diferentes especialidades cirúrgicas (Cirurgia Geral; Cirurgia Pediátrica; Ortopedia; Ginecologia/Obstetrícia; Urologia; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Cirurgia Plástica). Tem contribuído com apoio imprescindível a uma diversidade de exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica, pelo seu caráter invasivo, interação com funções vitais, ou simplesmente pela necessidade de conforto, através da sua intervenção. (Cardiologia; Gastroenterologia; Pneumologia; Psiquiatria; Imagiologia).

A envolvência significativa na área da Medicina de Emergência, Trauma e Medicina Intensiva fazem do anestesiologista um elemento essencial na abordagem multidisciplinar e multiprofissional destes doentes, assim como no seu transporte intra-hospitalar, quando necessário. A presença na Medicina da Dor, quer em doentes Agudos, quer naqueles em que a Dor se tornou uma Doença Crónica, ou na Analgesia de Parto, tornando um dos momentos mais marcantes da mulher numa experiência gratificante com desconforto mínimo. Estas múltiplas e exigentes tarefas exigem dos seus especialistas uma quase omnipresença e daí a necessidade crescente destes recursos humanos.

O Relatório *Censos Anestesiologia 2017* da Direção do Colégio de Anestesiologia da Ordem dos Médicos evidenciou essas necessidades, revelando uma

carência de 61,5% no Serviço de Anestesiologia I (HSB) e 66,7% no Serviço de Anestesiologia II (HOSO) do CHS. Este último dá apoio anestésico às cirurgias do aparelho locomotor e da cirurgia plástica, sendo responsável pela consulta pré-operatória a todos esses doentes. Conta com três anestesistas do quadro, todos em idade de reforma e com dois tarefeiros a tempo parcial, pelo que vê com muita preocupação o seu futuro a curto prazo.

Saliente-se que este Serviço tem, há muitos anos, reconhecimento Nacional na área da Formação Específica e, desde 1998, dos 23 especialistas que concluíram a especialidade dezasseis (70%) deixaram esta Instituição apesar das evidentes carências locais. A Unidade de Tratamento da Dor realiza 28,6% de Consultas a utentes do HLA e faz 19,9% de Consultas de Anestesiologia para doentes de outras áreas.

Bloco Operatório

O BO do HSB tem por objetivo fornecer os recursos humanos e físicos necessários para assegurar eficientemente uma grande parte da Atividade cirúrgica do CHS. A atividade cirúrgica programada deste BO é desenvolvida em quatro salas operatórias. Tem uma sala para cirurgia de ambulatório que partilha os recursos com o mesmo BO e uma sala para cirurgia de urgência. Na possibilidade da existência de mais recursos humanos afetos ao mesmo BO poder-se-ia perspetivar uma melhoria funcional com o alargamento do horário até às 20h para atividade programada. Se à atividade atual for acrescentada a valência de Ortopedia, torna-se necessário, no mínimo, a existência de mais uma sala operatória. Para uma melhor resposta às solicitações do serviço de urgência seria útil a existência de uma segunda sala operatória. A criação de uma unidade especificamente destinada ao ambulatório fora das instalações físicas deste BO teria também inegáveis vantagens. Face à atual atividade cirúrgica, essa unidade poderia ter quatro salas operatórias, sendo que duas correspondem às já existentes (HSB e HOSO) e outras duas para incremento da atividade das diferentes especialidades.

Cardiologia

Serviço de referência no CHS, pois tem elevada diferenciação e grande custo financeiro associado. Dispõe de Unidade de *Arritmologia-Pacing* e Eletrofisiologia com capacidade para colocação de CDIs. Tem uma Unidade de Técnicas, com Ecocardiograma Transtorácico e Transesofágico, MAPA e Prova de Esforço, para além de Eletrocardiografia básica e *Holter*. Possui um Laboratório de Hemodinâmica e de Intervenção Coronária que se iniciou em maio de 1999. Atualmente tem quatro elementos médicos com o título de Subespecialista de Cardiologia de Intervenção

e dois elementos a fazer a referida diferenciação. Tem idoneidade formativa. Dispõe de todas as técnicas disponíveis para a realização de angioplastia coronária complexa, o que faz com regularidade, pelo que não referencia doentes coronários para outros Laboratórios de Hemodinâmica. Embora o CHS só tenha um Laboratório de Hemodinâmica, a sua atividade realiza uma grande quantidade de procedimentos (em média, cerca de novecentas angioplastias por ano), valor recorde absoluto a nível Nacional, quando comparado com outros Hospitais com apenas uma sala e acima da grande maioria daqueles que têm duas ou mais salas (o HGO tem duas salas e o Hospital de Évora também, embora este último apenas muito recentemente). Tem uma extensa área de referenciação, para além da população do CHS, servindo as populações do CHBM e do HLA. Está integrado na Via Verde Coronária desde 2007, assegurando o tratamento do EAM com supradesnivelamento do segmento ST a toda a população mencionada, em regime permanente desde então. Faz 20,7% de Consultas e Intervenções a doentes fora da área.

Cirurgia Geral

Setorizado por Grupos de Trabalho dedicados a áreas anatómicas e funcionais (Senologia; Cirurgia Colorretal; Supramesocólico; Cirurgia Minimamente Invasiva; Cirurgia Endócrina e Pé Diabético). Assegura o Serviço de Urgência. Tem Idoneidade Formativa e recebe Internos de PALOPs. Faz 16,4% de Consultas e 15,5% de Intervenções a doentes fora da área. Tem duas Unidades Funcionais: Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (creditada pela DGS desde 2010) e Unidade de Cuidados Intermédios.

Cirurgia Pediátrica

Já existente no CHS há mais de quarenta anos, faz 12,8% de Consultas e 14,6% de Intervenções a doentes fora da área.

Cirurgia Plástica e Reconstrutiva

É de registar a saída de quatro especialistas por aposentação, para o setor privado e por outros motivos. Tem tido dificuldade na manutenção de um núcleo estruturante, apesar de já existir no CHS há cerca de quarenta anos. Faz 24,5% de Consultas e 22,9 de Intervenções a doentes fora da área.

Consulta Externa

Tem um movimento diário médio de cerca de novecentos doentes para consultas médicas, de enfermagem, e atos de Pequena Cirurgia, procedimentos (ex.: urológicos, dermatológicos) e MCDTs (Oftalmologia e ORL). É um Serviço com uma área completamente subdimensionada, quer em espaço para utentes, com salas de espera demasiado pequenas, quer em gabinetes de consulta, que presentemente são manifestamente insuficientes em número face à procura pelas diversas especialidades. Aliás, muitas especialidades são obrigadas a fazer consultas em espaços adaptados nos seus próprios Serviços, dados estes constrangimentos. Sendo um Serviço transversal a todos os Serviços do CHS, torna-se fundamental, pois, a construção de um edifício que permita uma requalificação da sua área, quer em dimensão, quer em número de gabinetes e áreas comuns.

Cuidados Intensivos

Assegura a prestação de cuidados intensivos polivalentes de maior nível a todos os doentes internados. Mantém estrutura física idêntica e a mesma capacidade de internamento (sete camas) desde a sua inauguração em 1985, estando muito aquém do rácio de camas críticas recomendado. Anualmente, a equipa deste Serviço presta cuidados a mais de seiscentos doentes internados, entre internamentos na própria UCI e atendimento urgente-emergente, fora da UCI, em atividade de emergência médica intra-hospitalar. O apoio prestado ao SU e às Vias Verdes (Coronária e de AVC) é também fundamental para garantir o bom resultado da sua atuação. A atividade cirúrgica de maior risco depende da disponibilidade de camas críticas para o pós-operatório que, por serem insuficientes, resultam no adiamento de 5 a 10% do total de cirurgias eletivas deste tipo. A produção tem sido mantida recorrendo à contratação precária de médicos doutros Hospitais com a necessária certificação, dado que o número de médicos do *staff* é muito inferior ao necessário. Nos próximos anos é esperado o aumento do número de especialistas de Medicina Intensiva, mas o futuro do Serviço poderá estar comprometido se não forem criadas condições de atração destes novos médicos, de forma a garantir a continuidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

Dermatologia

Funciona nas Consultas Externas HSB, com partilha de instalações e profissionais não médicos, registando em 2019 a produção de 10.000 e 12.000 consultas, 1179 MCDTs's e quatrocentas e nove cirurgias do ambulatório. Nos últimos três anos, houve um acréscimo de 33% das consultas para utentes fora da área do CHS

(Alentejo e Algarve), assegurando-se cuidados médicos a mais de 500.000 habitantes, população sobreponível aos dos serviços/hospitais centrais. Com um quadro médico insuficiente de quatro especialistas, o serviço recorreu a prestadores externos e implementou a teledermatologia, ainda limitada pelas condições físicas disponíveis na instituição.Apesar da falta de recursos próprios e de instalações adequadas que permitam desenvolver as técnicas em curso, como a dermatoscopia digital, fototerapia e tratamentos laser, os seus especialistas continuam a ambicionar a necessária autonomia física e funcional como serviço médico-cirúrgico hospitalar, já comparável na diferenciação subespecializada ao do HGO, visando obter idoneidade formativa para internos desta especialidade.

Endocrinologia

Serviço de referência em grande parte do Sul do país, último a sul de Almada e responsável pela Unidade Integrada de Diabete do CHS. Candidato, já aceite, a centro de colocação de sistemas de perfusão contínua de insulina. Trabalha em colaboração estreita com a Cirurgia Endócrina que ajudou a criar e que se tem afirmado a nível nacional nas últimas duas décadas. Tem tido grande dificuldade em fixar jovens especialistas pela pressão que é exercida sobre estes para que prestem SUG, que não é de todo uma vertente dominante nesta especialidade, tal como pela pressão exercida pelos hospitais privados de Lisboa. Realiza 24,4% de Consultas para doentes de outras áreas, dum total de 9500 consultas anuais, apenas com três especialistas no quadro do hospital todos com mais de 55 anos.

Estomatologia

Integra o Departamento Cirúrgico, prestando cuidados diferenciados de saúde oral à população de uma vasta área que vai para além da península de Setúbal, onde é único. Distingue-se no tratamento ortodôntico cirúrgico das dismorfias mandibulo maxilares (cirurgia ortognática). Para além da atividade assistencial, tem capacidade formativa reconhecida pela OM. Com quatro especialistas no Quadro Hospitalar, três dos quais com idade superior ou a rondar os sessenta anos, considera fundamental a angariação, formação especializada e fidelização de jovens médicas(os) para continuar a garantir a sua existência e evolução. O frequente cancelamento de tempos operatórios, a necessidade de realização externa de exames imagiológicos e anatomopatológicos e a falta de AOs são preocupações quotidianas, bem como o não investimento em tecnologias diagnósticas e terapêuticas para acompanhar a evolução do estado da arte. Faz 30,3% de Consultas e 27,2% de Intervenções para doentes de outras áreas.

Gastrenterologia

Foi o primeiro serviço da especialidade a ser instalado num hospital distrital em novembro de 1976, e o seu primeiro Diretor o primeiro gastrenterologista a ocupar um lugar nos Hospitais Distritais. É um serviço de referência, não só no aspeto assistencial, tal como no ensino. Dos nove especialistas que o integram, oito foram nele formados. Tem, atualmente, quatro Internos de Formação Específica. Possui uma Unidade de Técnicas diferenciada, onde se realizam, entre outros, CPRE, colocação de endopróteses, ecoendoscopia e proctologia terapêutica, num total de cerca de 6000 exames anuais. Efetua uma média de 8000 consultas por ano, englobando a Gastrenterologia, Hepatologia e Doenças Inflamatórias do Intestino. Faz 21,8% de consultas e 23% de intervenções a doentes fora de área.

Ginecologia e Obstetrícia

Possui atividade de consulta externa em diversas vertentes da especialidade, tendo realizado em 2019 um total de 9635 consultas. Executa exames especiais de colposcopia, histeroscopia, ecografia, diagnóstico pré-natal, e utiliza o bloco operatório central para cirurgia convencional e de ambulatório. Possui internamento de ginecologia, obstetrícia e puerpério. Detém ainda um serviço de urgência próprio aberto ao exterior em permanência e um bloco de partos que funciona ininterruptamente. Exerce também atividade formativa de internos de formação específica em ginecologia e obstetrícia, a internos de MGF e a alunos de medicina. O quadro médico deveria ser constituído por 23 médicos especialistas com horário de 40h mas, neste momento, dispõe apenas de dez médicos, alguns deles com horário parcial, pois apenas sete médicos têm um horário de 40h semanais. Dos três restantes, dois possuem CIT de 35h e um tem apenas um horário de 28h. Só com muito esforço e colaboração de todos tem sido possível elaborar as escalas referentes ao serviço de urgência e mediante o recurso adicional de médicos externos em prestação de serviços. Recentemente ocorreu a aposentação de um médico especialista sem a sua substituição, pelo que se atingiu uma situação verdadeiramente crítica. Fazer estas escalas dentro das normas de segurança da especialidade é uma tarefa cada vez mais difícil de concretizar. A restante atividade assistencial do Serviço também sofre naturalmente com esta grande carência de médicos. A médio prazo, prevê-se ainda o agravamento da carência de médicos, uma vez que a média etária dos médicos especialistas do Serviço é elevada, dado que oito têm entre 56 e 66 anos de idade. Vai ocorrer a aposentação de mais um médico ainda no corrente ano, outro em 2021, outros dois em 2022 e mais um em 2023, o que perfaz, nos próximos três anos, cinco médicos.

Caso nada se faça para inverter esta evolução, o Serviço caminhará rapidamente para a sua extinção. É, pois, imperioso conseguir reforçar e renovar o quadro médico pela angariação de novos médicos especialistas. A não acontecer este reforço, a cidade assistirá ao encerramento da sua maternidade, apesar do mesmo ser a referência para o Litoral Alentejano, tendo realizado 17% de Consultas, 26,9% de Intervenções Cirúrgica e 22,9% de Urgências desta Região e onde, no ano de 2019, foram socorridas 13.919 grávidas e se realizaram 1678 partos.

Hematologia

Atende muitos doentes oriundos de uma grande parte da Península de Setúbal. Obteve recentemente idoneidade formativa para internos da especialidade, ambicionando tornar-se, primeiramente, numa Unidade Autónoma e, depois, naturalmente, num serviço autónomo, como os restantes. Tem, presentemente, três especialistas no Quadro.

Imagiologia

Pertence ao Departamento de MCDTs, pelo que não tem doentes próprios. Assim, a sua abrangência está na inteira dependência dos outros serviços hospitalares (médicos e cirúrgicos), com os quais trabalha de uma forma transversal, tornando-se preponderante no apoio ao diagnóstico e consequente tratamento, para os quais também contribui através da Radiologia de Intervenção. O esvaziamento do quadro médico hospitalar para o setor privado delapidou a sua atividade, nomeadamente no que se refere às subespecializações dentro da Imagiologia, necessárias para responder à diferenciação dos outros serviços, com pedidos mais especializados, tendo-se só em março deste ano conseguido o quarto elemento do quadro médico hospitalar, pelo que tem necessidade de recorrer a prestadores de serviço que são em número superior ao do próprio quadro interno, sendo estes de escalão etário elevado. Por esse motivo, a Radiologia de Intervenção está fortemente penalizada, só estando bem estruturada a Mamária, articulando, quer com o grupo de Senologia, quer com a Consulta Multidisciplinar de Oncologia. Dada a dificuldade em fixar novos elementos no quadro hospitalar, há necessidade de tornar mais atrativo o serviço, substituindo os equipamentos em fim de vida e dotando o serviço de RMN, requisito obrigatório para recuperar a idoneidade formativa de internos da especialidade, revitalizando assim o serviço e tornando mais fácil a sua contratação.

Imunoalergologia

Único na Região Sul do país. A sua área de referência direta do compreende, para além da abrangida pelo CHS, com cerca de 350.000 habitantes, os restantes municípios que acrescentam mais de 500.000 habitantes ao número anterior. Faz 40,6% de Consultas para doentes de fora da área do hospital. Disponibiliza todas as técnicas utilizadas na clínica da especialidade. Tem ainda uma marcada vertente formativa, que abrange Internos da especialidade e também de várias outras especialidades e do ano comum. Tem um número insuficiente de especialistas para as necessidades assistenciais, menos de metade dos existentes em alguns serviços de hospitais centrais, com áreas de referência direta muito inferiores. Também em termos de instalações se debate com a exiguidade de espaço, muito limitativa, principalmente para execução de técnicas, o que se reflete num prolongamento não desejável no estudo de muitos doentes. Dispõe de Laboratório especializado, que executa algumas técnicas só disponíveis em alguns centros de referência (Teste de Ativação de Basófilos e ISAC) e é o único centro a nível nacional, no Serviço Nacional de Saúde, que disponibiliza o Teste de Transformação Linfocitária, pelo que é requisitado por unidades de todas as áreas do país (públicas e privadas). Este dedica-se também à área da Biologia molecular, fazendo parte da Rede Portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico da Gripe, tendo implementado a identificação de painel sindrómico respiratório e de meningites-encefalites e, mais recentemente, a pesquisa de SARS-CoV-2. Ainda na área da virologia, efetua a tipagem do HPV e a determinação das cargas virais HBV, HCV (com genotipagem) e VIH, que conjuntamente com a determinação das populações linfocitárias, por citometria de fluxo, dá apoio às consultas de Infeciologia e de Hepatologia.

Imunohemoterapia

O Serviço efetua atividade assistencial em Hospital de Dia, com cerca de 4000 sessões anuais, em consulta externa a dadores de sangue e de medula óssea (de segunda-feira a sábado) com cerca de 2000 dádivas anuais, e em consulta externa a doentes, num total de 4000 consultas anuais. Efetua o apoio multidisciplinar em urgência de 24h em Medicina Transfusional (cerca de 6000 componentes), e apoio em MCDTs (150.000 análises). Detém idoneidade formativa parcial, conferida pela Ordem dos Médicos, tendo neste momento dois internos de formação específica. Tem, ainda, um médico prestador de serviços e uma médica clínica geral de apoio à consulta de dadores. Necessita de mais um especialista no quadro, dado ter três especialistas, sendo que um está a poucos anos da aposentação e outro tem mais de cinquenta anos. Não tem quadro de enfermagem. Tem um

número insuficiente de TSDT, o que implica um excesso de horas extraordinárias. Tem cerca de 50% das suas AOs com condicionantes de funções pelo SSO. As instalações e o horário de funcionamento do Hospital de Dia são dramaticamente insuficientes. É devassado diariamente por doentes em cama ou cadeira de rodas provenientes do SUG ou do internamento que necessitam de hemodiálise (situação que se arrasta há mais de vinte anos e que se torna especialmente grave se pensarmos que tem de haver uma estratégia global para o circuito de doentes infetados).

Infeciologia

É o único Serviço desta especialidade entre Almada e Faro. É responsável por um dos maiores encargos financeiros do CHS, sobretudo pelo tratamento de várias centenas de doentes com hepatites víricas e VIH. Faz cerca de 7000 consultas anuais, das quais 31,2% a doentes de outras áreas. Faz Consulta Descentralizada nas duas Prisões da Região (Setúbal e Pinheiro da Cruz) e também no HLA. Tem diversas consultas de Subespecialidade (Imunomodelação, PrEP e Viajante). É Centro de Vacinação Internacional e assume a Presidência do GCLCIPRA e a gestão do PAPA do CHS. É idóneo para a formação de internos da especialidade e recebe regularmente internos de outras especialidades e alunos, quer do CHS, quer de outros Hospitais, incluindo do estrangeiro. Os internos do Serviço fazem parte da formação em Centros de referência no país e no estrangeiro, frequentando regularmente Cursos de Formação de Sociedades Europeias e Americanas de renome. Participa frequentemente em projetos de investigação multicêntricos de âmbito nacional e internacional, bem como na docência de cursos de pós-Graduação, publicando regularmente artigos em Revistas nacionais e internacionais. Os principais constrangimentos são os relacionados com o Ambulatório (aguarda há mais de dez anos por instalações definitivas) e em meios humanos (ainda insuficientes para desenvolver outras áreas de subespecialização, como sendo o das Infeções em Dispositivos, da Imunodeficiência primária e outras) para o que está a formar os seus internos, esperando que sejam futuramente integrados nos Quadros e permitam assim ser o garante do seu futuro. Alguns dos seus especialistas recém-formados estão presentemente a liderar projetos em diversos países (Guiné e Suazilândia), existindo igualmente colaboração com missões humanitárias e em projetos de voluntariado a nível nacional e internacional. Tem assento na LACPEDI (Liga de Apoio Comunitário para o Estudo das Doenças Infeciosas) que desenvolve várias iniciativas anuais de índole formativa e cívica. Integra o GID (Gabinete de Investigação e Desenvolvimento).

Medicina Física e Reabilitação

Tem dois polos, HOSO e HSB. Presta assistência em consulta interna e tratamentos a doentes internados em todas as enfermarias e consulta externa e tratamentos na sua área de influência. Desde o alargamento desta ao Concelho de Sesimbra não houve aumento dos recursos humanos ou técnicos, antes assistiu-se à reforma de vários profissionais, existindo atualmente três médicos com mais de sessenta anos (antes eram seis) e diminuição progressiva do número de profissionais nas várias áreas terapêuticas (por aposentação ou limitações físicas-doença). Assiste-se, assim, a uma diminuição progressiva de recursos humanos especializados que põe em causa o seu futuro funcionamento.

Medicina Interna

Tem como missão a promoção da saúde na comunidade onde está inserido, prestando cuidados de saúde diferenciados com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa. Admite cerca de 2500 doentes por ano no internamento. Assegura a estrutura básica do Serviço de Urgência, tendo um Quadro médico onde bastantes elementos têm uma a idade média mais avançada. Tem visto partir para outros hospitais (públicos e privados), uma parte significativa dos valorosos especialistas que tem formado. Tem uma Unidade de Cuidados Intermédios, um Hospital de Dia que integra a Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca e uma Unidade de Hospitalização Domiciliária. Desenvolve várias Consultas de Subespecialidade (Diabetes, HTA, Doenças Autoimunes, Hematologia) que totalizaram 8900 em 2019. Colabora na UCI e na Unidade de Cuidados Paliativos**.**

Nefrologia

Um dos dois Serviços com Hemodiálise na Península de Setúbal e Litoral Alentejano, sendo o primeiro ao nível dos Hospitais Distritais. Faz 52,7% de Consultas-Internamentos para doentes de outras áreas. Tem uma Unidade de Diálise Peritoneal. Serve de referência a todos os doentes da área de influência do CHBM.

Neurologia

Tem-se mantido em funcionamento com permanente falta de recursos humanos. Apesar disso, tem conseguido manter a idoneidade formativa, uma atividade clínica importante e mesmo ações junto da população. É responsável pela Unidade de AVC e mantém, de forma quase ininterrupta, a atividade na Via Verde

de AVC nos últimos treze anos, permitindo o tratamento de fase aguda e proporcionando o acesso a terapêutica endovascular ao abrigo do protocolo da UML. Durante cerca de dez anos foi o único centro a sul do Tejo a tratar AVCs agudos a partir das 20h. É um Centro de tratamento para a Esclerose Múltipla, seguindo mais de duzentos doentes, com custos cada vez maiores, tendo em conta as últimas terapêuticas e as que se avizinham poderem ter de ser introduzidas. O Hospital de Dia, apesar de condições físicas insuficientes, tem permitido aos doentes efetuarem os seus tratamentos e sem necessidade de internamento, mantendo assim uma monitorização clínica regular. Responsável por vários exames complementares de diagnóstico, nomeadamente eletroencefalografia, potenciais evocados, eletromiografia, *doppler* cervical e transcraniano e avaliações neuropsicológicas. Há dois anos esteve próximo de desaparecer por falta de recursos humanos. Contudo, mediante o sacrifício pessoal dos seus elementos e o espírito de equipa vigente, foi possível interromper essa espiral de declínio, que continua a pairar, embora estando presentemente mais afastada. Existe a noção de que com mais recursos humanos e estruturais, se poderia fazer mais e melhor.

Oftalmologia

Desenvolve uma intensa atividade assistencial, expressa pela produção registada no ano de 2019: Cirurgias realizadas: 3051 (das quais 2800 em regime de ambulatório e 22,9% a doentes do HLA); Consultas externas: 21.243 (das quais 8705 primeiras vezes e 16,2% a doentes do HLA). Como pontos fortes, de referir a existência de profissionais com elevada diferenciação e motivação e a capacidade instalada. Como pontos fracos, a existência de um sistema de visualização e registo dos MCDT ainda não totalmente integrado no sistema informático, o número reduzido de profissionais médicos e limitações na contratação de novos profissionais, bem como a falta de equipamento tecnologicamente atualizado. Como oportunidades, a proposta de criação de um CRI de especialidades cirúrgicas e, como ameaças, a previsível diminuição do número de médicos e as limitações à contratação de recursos humanos, com reflexo nas escalas de urgência, tal como em manter a produtividade nos vários setores do Serviço.

Oncologia

Completará em setembro de 2020, 29 anos de existência, num modo sempre crescente em todas as vertentes: estrutural, recursos humanos, diferenciação e qualidade do atendimento prestado. Em janeiro de 2019, contava com seis oncologistas, três hematologistas, um pneumologista oncológico, um psiquiatra, uma

psicóloga, uma Unidade de Cuidados Paliativos, e a colaboração regular de três urologistas, um dermatologista e um nutricionista. Tinha, ainda, três internas do internato complementar da especialidade. Foi possível realizar 23.703 consultas, sendo que cerca de 2500 de primeira vez. O número de sessões de Hospital de Dia ultrapassou os 9200 incluindo 5900 sessões de quimioterapia. No Internamento, estão atribuídas ao Serviço de Oncologia sete camas: seis suites e uma em enfermaria de quatro camas. A taxa de ocupação foi de 177,5%. Ao longo dos últimos dezoito meses foram saindo cinco dos seis oncologistas acima referidos: dois por atingirem a idade de reforma, dois para a medicina privada e um por conveniência familiar. Com este êxodo, o Serviço perdeu idoneidade formativa e as três internas viram-se obrigadas a solicitar transferência para outros centros habilitados. Hoje, o Serviço, na sua vertente Oncológica estrita, conta apenas com três médicos do quadro. Todos os dias chegam pedidos de primeira vez, aos quais não conseguimos dar resposta em tempo útil e não se vislumbram soluções. Se nada for feito pelo CA junto da Tutela e de outras entidades com capacidade de decisão, este Serviço, que voou tão alto, ruirá com grande estrondo. Existem ainda outros problemas, que comparados com estes parecem menores, mas não são. O equipamento tem vindo a degradar-se com o tempo e a farta utilização, a sala de espera é exígua, sobretudo agora em período de pandemia em que as normas de distanciamento da DGS deveriam ser cumpridas. Os doentes acumulam-se porque, inexplicavelmente, desde a abertura do Serviço até às 12h, está muitas vezes apenas uma AT no atendimento, apesar dos reiterados protestos junto de quem de direito. O número de camas de internamento é escasso para as necessidades do Serviço, o que está expresso na elevadíssima taxa de ocupação referida. Apesar destes constrangimentos, salienta-se que presta apoio a doentes de fora da área (cerca de 17,3% das consultas no ano de 2019) destacando-se sobretudo as áreas da Pneumologia Oncológica e da Hematologia.

Ortopedia

O Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão é um hospital dedicado ao tratamento da patologia do aparelho locomotor e engloba o Serviço de Ortopedia e Traumatologia, o Serviço de Anestesiologia e o Serviço de Medicina Física e Reabilitação II. Recebe internos da especialidade de ortopedia de outros hospitais para formação específica, assim como médicos de MGF e alunos da Medicina da Universidade do Algarve, tendo também um acordo de ensino com o Instituto Politécnico de Setúbal. Responde aos problemas de ortopedia e traumatologia dos utentes do distrito de Setúbal e tem "porta aberta" para os doentes de todo o país,

representando estes casos cerca de 10% do movimento total. O Departamento do Aparelho Locomotor vai a prazo necessitar de aumentar os profissionais, não só ao nível de médicos, mas também nas áreas de enfermagem e administrativa, para poder continuar a manter o nível de excelência em qualidade e quantidade que tem mantido ao longo dos anos. Faz 18,6% de Consultas e 24,1% de Intervenções a doentes fora da área.

Otorrinolaringologia

Prestam assistência à área de influência do HLA e recebe ainda utentes da aérea de abrangência do HGO e outros, dada a falta de resposta destes a pedidos de consulta. Depara-se com dificuldades de programação de funcionamento uma vez que viu ser reduzido o número de camas de internamento do setor cirúrgico por causa da presente pandemia. Desenvolve atividades em diversos setores (Enfermaria, Bloco Operatório, Otoneurologia, Terapia da Fala, Vídeoendoscopia e formação de internos). Depara-se com as dificuldades inerentes à exiguidade do número de gabinetes na consulta (as videoendoscopias decorrem num espaço não apropriado e a terapia da fala não tem gabinete designado). Dispõe, neste momento, de quatro especialistas, dois dos quais a poucos anos da aposentação e um com mais de cinquenta anos, pelo que é imperioso que se equacione a contratação de novos especialistas. Conseguiu recentemente a obtenção de idoneidade parcial para a formação de internos pelo colégio da especialidade da OM, após inerente avaliação pela OM, tornando-se necessário que seja solicitada abertura de vagas. É necessário também um Audiologista a tempo inteiro para dar resposta atempada aos exames audiométricos. Faz 17,3% de Consultas e 13% de Intervenções a doentes fora da área.

Patologia Clínica

Encontra-se representado nas duas Instituições do CHS. Possui atualmente seis médicos especialistas, quatro do quais com mais de sessenta anos. Tem idoneidade formativa para Médicos e para Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica. As suas instalações estão totalmente inadequadas e desajustadas, não possuindo as condições mínimas de segurança, conforto e ergonomia tão desejáveis à padronização dos processos de trabalho de forma a torná-los mais efetivos quando considerados o número de exames efetuados e o número de doentes atendidos, bem assim como o grau de diferenciação tecnológica atingido. Em 2019 foram efetuados 1.706.888 exames correspondentes (média de 4680/dia), a 217.207 doentes (média de 595 doentes/dia, dos quais 33,94% do SUG, 35,26%

da Consulta Externa, 3,33% do HOSO e 22,86% no setor de Internamento do HSB). A deficiência das instalações, a carência de espaço e de recursos humanos levou, a título de exemplo, em 2017, à descontinuação do estudo da tuberculose (Biologia molecular com testes de resistência, identificação cultural e TSA de primeira linha). Sendo um serviço transversal ao CHS com um volume de trabalho relevante que interfere diretamente na produtividade e na qualidade global do desempenho, seria importante para que não se viesse a verificar a sua inoperacionalidade, repensar não só a sua adequação em termos de instalações, como de recursos humanos, às atuais e futuras necessidades do próprio CHS.

Pediatria

O HSB é um hospital de apoio perinatal e este Serviço presta cuidados às crianças-adolescentes desde os zero dias até aos 17 anos e 364 dias, centrados na família. A sua área de abrangência populacional vai além dos concelhos de Setúbal, Palmela e Sesimbra, dando apoio ao Hospital do Litoral Alentejano e a todos os concelhos adjacentes. Em 2019 atendeu, em regime de urgência, 41.149 crianças-adolescentes, realizou 6089 consultas (com excelente resposta no cumprimento do TMRG, de 99,2%) e observou, em regime de internamento, 2445 utentes (205 na UCEN, 1679 na Maternidade e 561 na Enfermaria). Os principais constrangimentos são os recursos humanos atuais: dezoito pediatras, nove com idade superior a 55 anos, destes seis têm mais de 60 anos e nove internos da especialidade. Estes números refletem a necessidade da renovação do quadro clínico, mantendo as condições técnico-profissionais que podem influenciar e motivar a escolha do CHS para o desenvolvimento da sua carreira. Relativamente às instalações torna-se emergente a requalificação da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) para que se cumpram os requisitos recomendados ao seu funcionamento. O ano passado foi apresentado ao Conselho de Administração do CHS proposta de melhoria, de que se aguarda a sua concretização, até à mudança para o novo edifício. Apostando nos cuidados de ambulatório, é necessário repensar o espaço da consulta que está longe de responder com qualidade e que, por tal, compromete a possibilidade de expansão, fazendo 14,4% de Consultas e 15,1% de Urgências a doentes fora da área. No caso particular da consulta de desenvolvimento seria necessário poder contar com outros técnicos imprescindíveis para a realização de consulta multidisciplinar. Como Potencialidades, de destacar a manutenção da oferta de consultas diversificadas, tais como Pediatria Geral, Cirurgia Pediátrica, Neonatologia, Doenças Respiratórias Infantis, Apoio Endocrinológico, Diabetes Infantil e Juvenil, Desenvolvimento, Adolescentes, Apoio Nefrológico,

Consulta de Viajante Pediátrica, Consulta de Cuidados Paliativos Pediátricos e Consulta do Dia, e a fixação dos atuais internos, que têm interesse em permanecer como seus futuros especialistas.

Pneumologia

Desenvolve atividade assistencial de prevenção, diagnóstico e tratamento e executa meios complementares próprios da especialidade. Faz formação, ensino e investigação. Está organizado em unidades setoriais, com coordenações próprias, onde se incluem, entre outras: Consulta Externa, com várias áreas de subespecialidade, nomeadamente, de Doenças Difusas do Parênquima Pulmonar, de Asma Brônquica Grave (Rede Nacional da Asma Grave), de Insuficientes Respiratórios Crónicos e de Patologia Respiratória do Sono; Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas (exames endoscópicos e transtorácicos); Laboratório de Fisiopatologia Respiratória (estudos funcionais respiratórios); Unidade de Estudo de Patologia do Sono, cujo Laboratório é o mais diferenciado do distrito. Assegura Urgência Externa específica de Pneumologia, com escala própria. Tem idoneidade formativa. Recorre de forma crescente a tecnologias de informação como suporte à atividade assistencial (ex.: a telemonitorização-telemedicina em várias patologias respiratórias (DPOC, SAOS). Faz, em média, 8000 consultas, das quais 2100 de primeira vez e 12% de consultas a doentes fora da área; executa 6750 MCDTs e 700 GDH de ambulatório. Elementos diferenciadores em relação aos outros hospitais do distrito – Adaptações e aferições de VNI em contexto de Hospital de Dia sem recurso a internamento; Laboratório de Estudo do Sono – coordenação com acreditação europeia e nacional em Medicina do Sono), o único a realizar estudos diferenciados – de nível I, actigrafia e latências múltiplas. Constrangimentos em termos de espaço físico – falta de gabinetes para consultas, Unidade de Técnicas sem recobro, espaço muito limitado para o Laboratório de Fisiopatologia. Constrangimentos em recursos humanos – carência de dois pneumologistas, de TCP e de enfermeiros. Depende, para os exames endoscópicos, da disponibilidade dos Anestesiologistas (em número escasso no CHS). Comprometidas a diferenciação atual em várias áreas de subespecialidade e a diferenciação futura em broncologia de intervenção e avaliação funcional no esforço, entre outras.

Psiquiatria

Está organizada em Unidades Funcionais, designadamente, Unidade de Doentes Agudos (que engloba o Núcleo de Eletroconvulsivoterapia), Unidade de Ambulatório, Hospital de Dia, Unidade de Psiquiatria de Ligação, Unidade Funcional Comunitária, Unidades Residenciais e Unidade Autónoma de Pedopsiquiatria. Conta, em efetividade, com treze psiquiatras, dois pedopsiquiatras e dez internos de formação específica. Dá apoio a uma população aproximada de 230.000 habitantes, com exceção do Serviço de Urgência, Unidade de Agudos e Pedopsiquiatria, que têm ainda a seu cargo todo o Alentejo Litoral. Faz anualmente cerca de 18.000 consultas (11,5% das quais fora da área). Possui uma Unidade de Ambulatório fora das instalações físicas do Hospital. Na Produção, regista 480 internamentos, 10.000 sessões de hospital de dia, mais de 400 visitas domiciliárias e quase 600 tratamentos de eletroconvulsivoterapia. Cumpre, neste momento, na totalidade, com as responsabilidades atribuídas aos Serviços Locais de Saúde Mental. Como principais dificuldades identifica-se a falta de técnicos não médicos (essenciais neste tipo de organização), escassez de recursos na Unidade de Pedopsiquiatria e a ausência de uma rede de cuidados continuados para a saúde mental.

Urgência

Tem uma área interior de 1200 m^2 longe dos propostos 3000 m^2 num claro subdimensionamento para fazer face a uma procura média diária de 250 utentes. Destes, cerca de 35 a 40% são de caráter pouco ou não urgente (pulseiras verdes ou azuis da Triagem de Manchester) cuja assistência se deveria integrar no âmbito dos Cuidados Primários de Saúde. Possui Vias Verdes Coronária e de AVC e VMER. Desde 2016 que aguarda a construção de um novo edifício em frente ao atual, cujo piso térreo incluirá a Urgência Geral e Pediátrica envolvida em adiamentos sequenciais de dotação orçamental e na aprovação de um documento de extensão de encargos pela Secretaria de Estado do Orçamento que faculte um solução intermédia a nível do piso -1 com lotação de trinta camas (duas de isolamento com pressão negativa) e ligação ao SO vigente (cuja sobrelotação atinge valores de 350% no inverno) que permitiria um novo desenho funcional e humanização do espaço existente. Em novembro de 2016, foi criado um circuito próprio para Verdes e Azuis durante o período compreendido entre as 10 e as 23 horas, de modo a descongestionar e racionalizar o acesso aos Balcões do figurino original. Na contingência COVID-19 sofreu um processo de fragmentação e separação de espaços tendente a diferenciar circuitos de suspeitos e não suspeitos no interior do exíguo espaço e de migração transitória dos Balcões para uma área da Consulta

Externa. Em meados de junho de 2020 agenda-se a abertura de um Prefabricado para Doentes Respiratórios edificado no Parque de Estacionamento defronte do SUG. Com a dimensão de 462 m^2 e integrando Sala de Espera e Admissão, três gabinetes médicos, Triagem, Salas de Reanimação, de Observação e Vigilância, de Oxigenioterapia, Radiologia e colheitas de zaragatoas e de produtos para análises laboratoriais, e um Quarto de Isolamento, este Setor cumprirá *sine die* a missão sanitária de separação dos circuitos de suspeitos COVID-19. A multiplicação de espaços obrigará a um esforço de contratação de profissionais de saúde com recurso a solução de *outsourcing* na escala médica e reforço importante de Enfermeiros e Assistentes Operacionais. A dependência de Tomografia Computorizada torácica e o procedimento de internamento ou encaminhamento de cadáveres para a Casa Mortuária obrigará à passagem pelo exterior do edifício hospitalar dos doentes admitidos nessa estrutura criada.

Urologia

É um Serviço direcionado para a oncologia médico-cirúrgica que representa cerca de 85% da sua atividade. Faz 9380 consultas ano. São necessários mais dois especialistas a juntar aos três que fazem cirurgia. Quanto ao equipamento, é necessário adquirir um ecógrafo que permita fazer biópsias de fusão da próstata. Faz 23,9% de Consultas e 21,6% de Intervenções a doentes fora da área.

O FUTURO DA INSTITUIÇÃO

Para perspetivar adequadamente o futuro do CHS, não poderemos esquecer alguns índices que caracterizam infelizmente o próprio país e que aqui se refletem de maneira muito negativa na qualidade da assistência às populações. Só a título de exemplo, em termos do número de camas hospitalares para doentes agudos/100.000 habitantes, a média da EU era (segundo a Pordata), em 2017, de 541,4, ao passo que, em Portugal, era, respetivamente, em 1985 e em 2017, de 395,9 e de 339,3 o que explica, em parte, a par da fragilidade reconhecida do tecido social envolvente, uma indesejável e desproporcional procura de doentes nos SUs, o que traz como consequência taxas de ocupação nefastamente elevadas. O mesmo poderíamos concluir para os setores dos Cuidados Continuados, Paliativos e Domiciliários.

Já no que se refere às camas que prestam cuidados críticos (segundo o Documento da Rede Nacional de Referenciação em Cuidados Intensivos), os números da média/100.000 habitantes eram, em 2012, respetivamente, na EU, de 11,5 e,

em Portugal, de 4,2. Isto revela que, na atual conjuntura, em todos os hospitais a nível nacional e no CHS também, a resposta à presente pandemia só pôde ser minimamente satisfatória, porque o país não teve um número de casos semelhante, em proporção a outros países (como a Espanha e a Itália, etc.), mas também, à conta da reconversão de muitas outras enfermarias com outra habitual utilização, mediante a consequente suspensão de grande parte da atividade programada (maioritariamente cirúrgica ou médico-cirúrgica), tal como pela enorme dedicação dos profissionais que trabalharam, em muitos casos, até à sua quase exaustão física e psicológica, atitude que não deverá produzir outro efeito que não seja uma outra postura do poder político instituído perante os mesmos, e não como o que se verificou nos últimos anos.

A anterior ampliação do HSB foi integrada num programa específico de financiamento denominado de OID (Operação Integrada de Desenvolvimento) criado em 1988, sendo específico para a Península de Setúbal, dada a gravíssima crise social que então aí se vivia. Correspondendo a uma necessidade inquestionável das populações, não teve, infelizmente, nessa altura, um desenho capaz de poder vir a responder ao desenvolvimento expectável da Instituição a longo prazo, tanto mais que é dos distritos com maior aumento demográfico verificado nos últimos cinquenta anos. O exemplo mais ilustrativo disso é a constatação de que o segundo andar do novo edifício (composto por duas alas) serve de piso técnico (o que em todos os hospitais nacionais e de todos os outros países que se conhecem é colocado no topo ou na cave), o que acarretou que tivéssemos que deixar de ter duas enfermarias (sensivelmente correspondentes a cerca de cinquenta camas de internamento), que tanta falta fazem atualmente.

Volvidos uns anos, já no início do presente século, existiu um outro projeto para um novo Hospital, num terreno fora do centro da cidade (quando um dos redatores e signatários integrou a Direção Médica de então), com capacidade para centralizar as três estruturas referidas inicialmente e capaz de projetar definitivamente a instituição para o futuro. Apesar das promessas feitas, com financiamento anunciado inclusive em DR para uma profunda reestruturação, tal nunca veio, na realidade, a acontecer, pois os obstáculos foram muitos e de diversa ordem. Esta atitude de indecisão por parte da tutela, foi a mesma que se verificou aquando de duas outras iniciativas semelhantes. Uma, que ocorreu no início da década de 90 do passado século e que consistiu num documento que foi redigido pela iniciativa de um outro signatário e redator e que mereceu o apoio de todo o corpo clínico do HSB, tendo posteriormente sido remetido à hierarquia do MS pelo seu Conselho Geral, chamando a atenção para a exiguidade das instalações e para o facto de

existirem algumas especialidades com apenas um médico no quadro (algo parecido com o que se passa hoje com o HLA e que no CHS se voltou a passar de novo!), o que era considerado altamente indesejável e disfuncional. A outra, decorreu já a meio da passada década, quando da gestão SA dos hospitais foi implementada por decisão governamental, na qual se chamava de novo a atenção para as insuficiências que eram patentes em diversos domínios, o que levou à posterior demissão da grande maioria dos diretores dos Serviços por tal não ter sido devidamente correspondido, mesmo depois de constituída uma Comissão integrada por alguns dos subscritores, que teve várias reuniões de trabalho com uma outra designada pela ARSLVT. Todo esse longo processo de várias semanas culminou com a realização de um aprofundado estudo funcional a partir do movimento assistencial para a suposta definição correta da ampliação a ser feita, mas que apenas teve com uma consequência positiva o início das obras de adaptação do corpo principal do edifício antigo (ainda hoje em dia não completamente concluídas!!!), de modo a permitir uma mínima qualidade hoteleira, pois o contraste com o edífício novo entretanto construído era absolutamente gritante e insustentável.

A construção anunciada de um novo edifício do Hospital (que era suposto já estar a funcionar, segundo o prometido publicamente), mas que não passou de um mero projeto ainda sem financiamento concreto atribuído, visa dar essencialmente resposta à transferência do Hospital do Outão, dado que, para este, se fala na sua eventual reconversão para o setor turístico. Decisão que, não tendo a nossa oposição de princípio, achamos que não deve deixar de propiciar que se dê finalmente resposta efetiva aos restantes e graves problemas da Instituição no seu todo e que se arrastam desde há muitos anos, como aqui é sobejamente demonstrado. Assim, parece impossível de conceber que, estando projetado para ter (apenas) três andares, não seja calculado com alicerces que permitam uma nova eventual ampliação que se venha a pretender fazer de futuro (até ao quinto piso, como os restantes). Existe ainda a imperiosidade de ter, simultaneamente, um plano para a reorganização dos espaços dos outros edifícios já em funcionamento, pois alguns serviços estão profundamente carenciados e mal instalados, dos quais se destacam a Patologia Clínica (com o Laboratório de Microbiologia), a Fisiatria, as Unidades de Ambulatório de Infeciologia e de Pneumologia, a UCI, a enfermaria de Cardiologia, as Unidades de Técnicas e o Hospital de Dia da Neurologia, a UCEN, o Serviço de Imunoalergologia, o Serviço de Endocrinologia, o Serviço de Imagiologia (designadamente por não estar ainda equipado com um aparelho de RMN), os SU Geral, Pediátrico e Obstétrico, a Consulta Externa, o Serviço de

Medicina Ocupacional, a Unidade de Dor, a Unidade de Cuidados Paliativos, os Serviços Farmacêuticos, etc.

Mas não só. É muito importante resolver o problema que irá ser provocado por um aumento vertiginoso da afluência de doentes e a consequente pressão urbanística envolvente, com notórios reflexos no estacionamento e no circuito dos que recorrem às consultas externas e às urgências. Mais, será inadmissível que tudo não seja pensado para poder responder a futuras pandemias (ou à recrudescência desta, por vários eventuais surtos, eventualmente ao longo de bastante tempo), sem necessidade de ter de voltar a recorrer, de súbito e de forma improvisada, à ocupação de espaços por estruturas pouco adequadas (tendas, prefabricados, etc.), com as graves mas inevitáveis disfuncionalidades. Tal como também não gostariam de ver destruído ou descaracterizado o importante património histórico-cultural edificado no HOSO (o edifício da fortaleza em si, a capela, o quarto da Rainha D. Amélia e os aposentos adjacentes, o Salão que é presentemente a Sala de Sessões Clínicas, etc.).

Para tudo isso, certamente que as verbas resultantes da venda ou do aluguer do edificado do HOSO para os anunciados fins, mas também algumas eventuais doações provenientes de algum mecenato que se consiga mobilizar (como aconteceu na génese do HSB, a partir da familia Velge de origem belga, ou no decurso desta pandemia), a par da tomada de posse dos terrenos adjacentes que se encontram ainda indevidamente ocupados por edifícios muito degradados e onde só habitam presentemente duas famílias de idosos, parece-nos poder dar uma grande ajuda à concretização deste importante projeto, a que o próprio Estado e respetivo Governo não poderão continuar alheios, nem que tenham que contribuir com alguma percela do investimento necessário.

CONCLUSÕES

A história dos Hospitais não pode estar divorciada da das pessoas que neles trabalham ou das que a eles recorrem. A sua missão será tão melhor desempenhada quanto mais adequadamente forem compatibilizadas as condições logísticas existentes com as reais necessidades das populações, quer no presente, quer num futuro com um prazo razoavelmente expectável.

A melhor forma de Homenagear as insignes figuras dos Professores Gil da Costa (docente da Faculdade de Medicina de Luanda, e posteriormente da FCM da UNL, Diretor do Serviço de Anatomia Patológica, o primeiro que existiu nos Hospitais Distritais, precocemente falecido poucos anos depois do seu ingresso),

do Professor Fonseca Ferreira (docente da Faculdade de Medicina de Lourenço Marques, ex-Diretor do Serviço de Medicina Interna, Responsável pela primera Unidade de Endocrinologia dos Hospitais Distritais, Fundador do DEP e da SMHS-ZS, Primeiro Diretor da sua Revista, recentemente falecido), do Dr. Jaques Resina (ex-diretor do HOSO e inventor de um método revolucionário a nível internacional para tratamento das escolioses congénitas, já falecido de provecta idade no início do presente século), ou do Dr. António Forjaz (ex-Diretor do Serviço de Cardiologia, promotor de um dos primeiros centros de *Pacing* e de Eletrofisiologia ao nível dos Hospitais Distritais, previamente iniciado pelos colegas Serra Pinto e Soveral Rodrigues já anteriormente referenciados, ex-Diretor Clínico e ex-Presidente do Conselho Geral do HSB, falecido na sequência de uma soez campanha de difamação já julgada e condenada em tribunal) é o de dar seguimento ao que agora se expõe. Nunca, o de fazer como os que, para pouparem uns "míseros tostões", colocaram o piso técnico a meio de um edíficio aquando da última ampliação, que em vez de máquinas deveria ter antes doentes, ou que não quiseram, nessa mesma altura, investir outro tanto para fazer uma cave para estacionamento, que hoje estaria mais do que paga.

Em suma, importa deixar algumas ideias-chave daquilo que pretendemos transmitir. Assim, parece-nos fundamental garantir a curto-médio prazo o seguinte:

1. Diferenciação harmoniosa de todos os Serviços do CHS e eventual instalação de outras especialidades que complementem a missão dos que já existem no CHS;

2. Ampliação do Hospital acompanhada por uma reorganização funcional de todos os espaços já existentes que corresponda efetivamente às necessidades da sua missão assistencial e formativa e que possibilite a integração da Ortopedia sem disfuncionalidades adicionais;

3. Resolução efetiva da rutura permanente do SU e das insuficiências ao atendimento, quer do doente crítico (Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios), quer do doente cirúrgico (Blocos Operatórios em número e com equipamento suficiente) para resolver as listas de espera e integrar a atividade Ortopédica sem contrangimentos insolúveis;

4. Desenvolvimento adequado de todo o setor de ambulatório (Unidades Técnicas, Hospitais de Dia e Consulta Externa) capaz de evitar internamentos indesejáveis, de responder a um grande aumento expectável pela vinda da Ortopedia e de melhorar a ligação aos Cuidados de Saúde Primários;

5. Preservar a capacidade de poder sofrer uma ampliação futura que se venha a revelar necessária, não só através dos cálculos dos alicerces do novo edifício,

mas também pela ocupação dos terrenos adjacentes e consequente resolução do problema do estacionamento;

6. Equipar os setores dos MCDTs e dos restantes Serviços Clínicos com tecnologia apropriada a um hospital moderno;

7. Resolver a questão do financiamento através de um *upgrade* que corresponda à sua diiferenciação efetiva;

8. Atrair e fixar meios humanos especializados (sobretudo médicos, mas também dos restantes setores profissionais), o que será muito mais exequível através da concretização dos pontos anteriores, de uma revisão das grelhas salariais e do descongelamento da progressão nas respetivas Carreiras.

Esta é, pois, uma oportunidade soberana, e, quiçá, a última. Será verdadeiramente indesculpável que se venha a desperdiçar, sobretudo para as gerações vindouras. Constituir-se-á, assim, como que uma homenagem inteiramente devida ao SNS, pois se não fossem os seus profissionais, a resposta à presente pandemia teria sido outra, e bem aquém daquela que se verificou e de que as populações têm pleno direito. Isto motiva um derradeiro apelo: o de que a Tutela olhe com adequação para os seus quadros (médico, de enfermagem, técnico, administrativo e de outros setores), porque para o correto tratamento das populações não são necessárias apenas paredes e tecnologia. O componente de recursos humanos é decisivo para a prática de uma medicina humanizada e para a formação das novas gerações de profissionais que consigam dar o devido seguimento à missão desta Instituição com um historial digno disso mesmo. Para o que a sua reclassificação que entendemos ser devida, seria, certamente, um muito importante contributo, pois permitiria um financiamento muito mais consentâneo com o seu desempenho efetivo. A finalizar, afirmar que mais do que recriminar o passado e de assumir críticas às opções que têm sido tomadas no presente, importa olhar para o futuro e reunir os consensos necessários à concretizaçao do que aqui se exige, porque é disso que as populações e os profissionais necessitam.

SETÚBAL, 2020/07/06

Nota: Documento assinado pela grande maioria dos Diretores de Serviço e pelos seus colaboradores, apresentado numa Conferência Pública intitulada "Do passado ao futuro do CHS", moderada pelo colega Amaral Canelas, Presidente da Secção Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos, e realizada no Cinema Charlot em Setúbal na referida data, onde estiveram presentes alguns Diretores de Serviço e outros profissionais do CHS, representantes do Conselho Consultivo

e da CMS, bem como anónimos cidadãos da cidade. A conferência foi proferida por mim e o texto teve por base um que eu tinha elaborado antes, no final da primeira fase da Pandemia de COVID-19, ao qual acrescentei algumas ideias de um outro elaborado na mesma altura pelo Diretor Clínico, Nuno Fachada e por um outro colega, membro do Conselho Consultivo, Vítor Rocha, tal como pela maioria dos Diretores de Serviço (na parte em que os mesmos eram caracterizados). O Presidente do Conselho Consultivo em exercício, Prof. Eugénio Fonseca, que também aí fez uma intervenção, entregou-o depois, em reunião que o próprio solicitou, à Ministra da Saúde, Marta Temido. Foi posteriormente remetido a todos os Grupos Parlamentares representados na Assembleia da República e o seu teor foi depois abordado aquando de uma videoconferência com alguns dos seus deputados, realizada a partir da AR e da Sede da OM em Setúbal, bem como no dia em que fomos recebidos na Comissão Parlamentar de Saúde, após a apresentação do Pedido de Demissão, documento que foi também subscrito pela quase totalidade dos Diretores de Serviço. Também integrou, finalmente, um dossiê de documentos entregue pelo Diretor Clínico em Reunião com o Secretário de Estado da Saúde, Lacerda Sales, realizado nas instalações do Ministério da Saúde, onde as razões dessa demissão foram discutidas, a par de termos explanado as nossas reservas quanto à maneira como tínhamos sido informados acerca da concretização do Plano de Ampliação do CHS e possível integração do HOSO, na qual compareceram também alguns Diretores de Serviço que já haviam estado na AR, de entre os quais se contaram Luís Cortez, Carlos Ribeiro e Isabelle Cremers, para além do Bastonário da OM e do Presidente do CA do CHS, tendo eu estado sempre presença em todas essas iniciativas,).

Com o mesmo objetivo, realizaram-se dois outros eventos uns anos antes, de que, infelizmente, também não se conseguiu obter nenhum resultado positivo. O primeiro foi a Reunião Pública organizada pela LASA (Liga dos Amigos de Setúbal e Azeitão) no Clube Setubalense, quando integrei a Direção Médica. A outra foi na Sala de Sessões do CHS aquando da Comemoração dos cinquenta anos do HSB, onde organizei, a pedido do então CA, um ciclo de Conferências. Na primeira sessão participaram, para além de mim, os colegas João Silva Duarte, Pinto Marques e Paula Duarte e de um representante da ARSLVT.







Cartazes: Conferência realizada no Cinema Charlot; Comemoração dos 50 anos do HSB

Representação pictórica que se admite ser de um doente com sequelas de Poliomielite, século XIII, autor desconhecido, *in Topographia Hiberniae*, Biblioteca Real Britânica

Acerca do Estado de Catástrofe na Luta contra a Pandemia no CHS

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

Os signatários do CHS dirigem-se a V.ª Ex.ª no intuito de formularem um derradeiro grito de alerta, chamando a atenção para a situação verdadeiramente insustentável com que se deparam diariamente no CHS, para tratarem os inúmeros doentes que acorrem com gravidade crescente ao seu Serviço de Urgência.

O CA desta instituição hospitalar declarou internamente o nível III do Plano Interno de Contingência no dia 11/01/2021 (que equivale à situação de catástrofe), e, mais recentemente, subscreveu um Documento do Grupo de sete Hospitais/Centros Hospitalares da periferia de Lisboa, no qual se chamou a atenção da hierarquia ministerial para a situação mais do que preocupante de rotura assistencial permanente que vivem desde o início do corrente ano. Neste documento denunciava-se a iniquidade do facto da taxa de esforço das Unidades Hospitalares desse grupo ser muito superior à dos Hospitais/Centros Hospitalares da capital, desproporcionalidade que, se vier a ser corrigida, poderá, de imediato, atenuar grandemente a angustiante situação vigente.

Na primeira fase da pandemia, foi possível gizar uma estratégia que se pautou pela capacidade de antecipação, em que foi possível cumprir com todas as regras de controlo de infeção. Presentemente, a realidade é bem outra, condicionando a necessidade diária de se alterarem os planos para se fazer minimamente face ao inusitado crescendo do número e da gravidade clínica dos doentes que nos procuram.

Assim, temos hoje sete enfermarias e três Unidades de Cuidados Intensivos cheias de doentes COVID, os casos dos contactantes com os que surgem positivos no interior das enfermarias supostamente para doentes não infetados por SARS CoV-2 já não vão, como outrora, para quartos individuais até se saber ao certo se se tornam, ou não, positivos, por tal ter deixado, manifestamente, de ser possível. O número de diagnósticos de doentes que entram com teste negativo e posteriormente se tornam positivos, no interior daquelas mesmas enfermarias, não deixa de aumentar, tal como a quantidade de profissionais infetados, o que torna a gestão de toda esta problemática muito complexa, acarretando frequentes quebras nas condições de segurança dos doentes que temos a cargo, designadamente no domínio do controlo de infeção.

Mas, o mais angustiante é, sem dúvida, as condições em que os doentes estão a ser acolhidos e tratados do setor ADR Adultos do Serviço de Urgência Geral. É que apesar de possuirmos um prefabricado com cerca de 550 m^2 e de o termos ampliado recentemente, à conta da afetação de uma parte das instalações do setor de Triagem da Urgência de Adultos, a verdade é que nos sentimos verdadeiramente submergidos pelo avassalador número e gravidade dos doentes que são diariamente internados, muitos deles com adicionais problemas de índole social que muito dificultam a logística da resposta, já de si muito complexa.

Num espaço dimensionado para ter, no máximo, cerca de vinte doentes em observação e tratamento e outros tantos em espera é frequente atingir-se um número superior a cem, entre os quais vários ventilados em simultâneo, uma vez que o internamento em enfermarias e/ou UCIs é extremamente dificultado tendo em conta a oferta (apesar das altas), e a procura (ao que acresce a extrema dificuldade de transferência de doentes). Isto configura uma verdadeira situação de catástrofe. Para tentar minorar tal situação, já foram montadas duas tendas do INEM e está-se em fase de instalação de um outro prefabricado com cerca de 200 m^2 que será acoplado ao anteriormente edificado. Contudo, se a dinâmica epidemiológica não abrandar rapidamente, nem isso será suficiente.

Pretendíamos, de seguida, expressar algumas outras preocupações que reputamos de relevante impacto, e que deveriam passar a merecer a preocupação do Ministério dirigido por V.ª Ex.ª. Assim, com vista a permitir uma resposta mais célere e adequada a todo este conjunto de problemas aqui elencado, será importante transmitir também o seguinte:

1. Os profissionais do CHS estão de alma e coração acometidos na sua missão de continuar a prestar os melhores cuidados de saúde possíveis à população que servem e a ajudar o CA nesta hercúlea tarefa, mas confessam-se extremamente cansados pelo extenuante esforço que fazem diariamente, bem como frustrados pelas parcas condições de trabalho que dispõem;

2. Apelam para que se instituam várias medidas que, individualmente e no seu conjunto, podem ajudar, e muito, a atenuar os nefastos efeitos da atual pandemia, a saber;

   a. Gestão centralizada das camas de enfermaria, à semelhança do que se passou a fazer recentemente com as dos Cuidados Intensivos;
   b. Redistribuição destas de modo a proporcionar uma taxa de esforço equivalente entre todas as Unidades Hospitalares da ARSLVT;
   c. Fazer com que as instituições dependentes do Ministério da Solidariedade e Segurança Social aceitem os critérios de cura da infeção COVID

definidos pela DGS, de modo a que os doentes que já os preenchem e têm condições de poderem ter alta clínica hospitalar, tenham possibilidade de saírem para podermos acolher aqueles que efetivamente mais necessitam e se amontoam no ADR;

d. Criar uma estrutura que operacionalize o transporte inter-hospitalar de doentes urgentes e emergentes, pois as equipas de urgência estão demasiado desfalcadas em meios humanos para tal, deixando, quando o fazem, ainda mais desguarnecida a equipa do Serviço de Urgência;
e. Melhorar a orientação dada pela Linha de Saúde 24 que, amiúde, é um fator de aumento nefasto do congestionamento ao nível da Urgência do Hospital, pois utiliza critérios de triagem de eficácia e adequação mais do que duvidosa;
f. Aprovar e generalizar a utilização dos testes de diagnóstico denominados de *point-of-care* que utilizam a saliva, cuja leitura do resultado pode ser feito pelo próprio doente, em muitos casos, e, por maioria de razão, por qualquer profissional de saúde, e cujo resultado pode ser obtido em escassos minutos, alguns dos quais resultam do trabalho de centros de investigação nacionais, ainda que se saiba que não têm uma capacidade discriminativa absoluta. Esta solicitação tem por base a sua aprovação noutros países, dado serem a única maneira possível para poder, com mais eficácia e segurança, destrinçar com a necessária celeridade os doentes infetados dos restantes;
g. Implementar o funcionamento de um hospital de campanha em articulação com a Proteção Civil, para onde possam ser transferidos os doentes em fase de convalescença e sem condições habitacionais para o fazerem no seu domicílio, não necessitados de cuidados médicos diferenciados, de modo a ganharmos maior capacidade de internamento para os doentes mais graves;
h. Mobilizar profissionais aposentados, alunos dos últimos anos de Medicina e de Enfermagem e outros voluntários para que estes se responsabilizem por essa missão assistencial, devidamente coordenados pelos Cuidados Primários de Saúde e, se necessário, num outro patamar de responsabilidade, pelos Cuidados Hospitalares;
i. Entregar algumas tarefas clínicas de índole mais burocrática, mas de fulcral importância, a pessoas com a tipologia referida na alínea anterior, embora com a necessária experiência profissional, orientados pela Saúde Pública, de modo a que os colegas dos Cuidados Primários de Saúde

se possam dedicar fundamentalmente às mais importantes tarefas eminentemente assistenciais (sobretudo a doentes não COVID), em vez de perderem um tempo infindo, por exemplo, com o SINAVE-Médico ou com o TRACE-COVID, tal como a vigilância, por via telefónica, dos doentes em quarentena (sejam eles contactantes, doentes assintomáticos, ou apenas com sintomas ligeiros, e, mesmo, os que possam ter alta mais precoce dos internamentos hospitalares, desde que as condições habitacionais e de apoio familiar o permitam, mediante vigilância clínica ativa por meio de oximetria digital);

j. Criação de quartos de isolamento capacitados para receber doentes não COVID, sobretudo para os casos de tuberculose, que não deixaram de existir e que estão, no atual momento, sem qualquer resposta adequada.

3. Solicitam que o Ministério da Saúde e o Governo olhem com a devida atenção para o Projeto de Ampliação e Remodelação do CHS, que aguarda há cerca de cinco anos por ser concretizado, mas cujo financiamento foi inscrito no Orçamento Geral do Estado para o corrente ano de 2021 (tal como no passado já o fora), considerando ser inadmissível que desta vez não se concretize, até parque tal é condição para se poder vir a fazer face a uma futura pandemia, sem os imensos e dramáticos constrangimentos que esta nos está a causar;

4. Clamam ainda, logicamente, por uma adequação dos meios humanos e técnicos ao mesmo Projeto, bem como para um financiamento proporcional à diferenciação da medicina que praticam, por tal nunca ter sido atempadamente efetuado, apesar de insistentemente solicitado, o que está na génese do artificial aumento do seu crónico défice financeiro e que tão injustamente tem prejudicado a imagem pública e institucional do CHS.

A terminar, acrescentaríamos que estamos igualmente muito preocupados com os doentes com patologia não COVID que estão, na maioria dos casos, a ser muito prejudicados com a resposta que teve que ser implementada para fazer face à atual Pandemia, pois é manifestamente impossível fazer ambas as coisas com igual qualidade aos dois grupos de doentes e num espaço de tempo considerado útil, pelo que apelamos também para a implementação de uma estratégia institucional, regional e nacional que importa sobremaneira ser implementada com a necessária rapidez e para a qual estamos igualmente disponíveis para colaborar.

SETÚBAL, 2021/02/01

Nota: Texto de um documento remetido durante a Pandemia à Ministra da Saúde, com redação adaptada pelas colegas Paula Duarte e Ermelinda Pedroso com base num Documento que eu tinha redigido e do qual foi desanexada uma parte, a partir da qual fiz um artigo de opinião que foi publicado no Observador *online* nessa mesma semana e que posteriormente integrou o meu livro *Reflexões em Tempos de Pandemia*, intitulado "Linguagem Eufemística em Tempos de Catástrofe". Foi subscrito pelos Membros do Gabinete de Crise da COVID-19 do CHS, de que fazia parte e que fui o Coordenador durante a denominada primeira vaga, para além de quatro dos cinco membros do CA do CHS, incluindo o seu Presidente.

Pouco tempo depois, como quase nada de diferente acontecesse no caótico dia a dia do CHS, o então Bastonário da Ordem dos Médicos, colega Miguel Guimarães, fez uma das suas múltiplas visitas ao CHS, para nos ajudar a renovar a chamada de atenção ao Ministério da Saúde, para a premência de se resolver a situação catastrófica que se vivia no Hospital, através de medidas urgentes que promovessem uma melhor articulação entre a rede hospitalar da Região, o que provocou algum impacto na Comunicação Social, mas sem grandes repercussões na prática, como escrevi em muitos dos textos do meu livro *Reflexões em Tempos de Pandemia*.



Autorretrato de Albrecht Durer, 1509, admitindo-se que estivesse enfermo de malária, pois aponta para a sua esplenomegalia. Os Países Baixos e a Itália, onde viveu, eram endémicos da doença nessa época

A resposta devida a quem disse o que não devia – Carta Aberta à Ministra da Saúde, Marta Temido

A ingratidão é um direito do qual não se deve fazer uso

MACHADO DE ASSIS
Escritor brasileiro, 1839-1908

Apesar de estar de férias, não resisti. Estar de férias e ser médico, ainda por cima em tempos de pandemia, implica estar atento e presente sempre que tal se exige, como considero ser o caso. Nunca tive um período tão longo e com tamanhos desafios, preocupações e responsabilidades em toda a minha vida de quase quarenta anos de profissão. Tal como, estou certo, V.ª Ex.ª também. Para além de tudo o que é suposto ser inerente às funções que constam em epígrafe, extravasando ainda as tarefas assistenciais de índole clínica que me preenchem uma boa parte do dia de trabalho (no Hospital e no Consultório privado), a verdade é que estive muito absorvido, nos últimos dois anos, a escrever, e, nos últimos seis meses, a organizar os textos para que assumissem a forma de um livro que apresentei este mesmo mês de Novembro em quatro cidades do país (em Lisboa, no Porto, em Coimbra e em Setúbal), no espaço de duas semanas. Publicação intitulada *Reflexões em Tempos de Pandemia: Histórias de vida, de Prazer, de Sofrimento e de Morte*.

"Em tempos de Pandemia" e não "Sobre a Pandemia", porque vão muito para além da temática estrita da COVID, na boa tradição do Humanismo Médico, que tem tão enraizadas tradições no nosso país, como se pode depreender do seu subtítulo. Leitura que, sem ponta de soberba, a recomendo a si, como o podem testemunhar todos as insuspeitas individualidades que convidei para escreverem na sua contracapa e nas duas badanas interiores, bem como para fazer a sua apresentação ou que presidiram às cerimónias, respetivamente: Dos não médicos, Viriato Soromenho Marques (autor do Prefácio), Vera Santos, Paulo Nossa, Frei Miguel e André Martins; dos médicos, Miguel Guimarães, Walter Osswald, Castro Ribeiro, Rocha Marques, José Fragata (autor do Posfácio), António Sarmento, Saraiva da Cunha, Paulino Pereira, Alexandre Lourenço, Lurdes Gandra, Carlos Cortes e Daniel Travancinha. E, ainda, como referi no primeiro discurso de apresentação, também, as dos colegas Daniel Sampaio e Gustavo Carona, intituladas, respetivamente, "COVID-19- relato de um sobrevivente" e "Diário de um médico no combate à pandemia".

Porque, para os seus autores, escrever é, certamente, uma forma de resistir às frustrações e um meio eficaz de combater os efeitos do nefasto *burnout* que nos assaltou de súbito. Para os leitores, e, sobretudo, para os que têm responsabilidades executivas no setor, como é o caso de V.ª Ex.ª, um meio privilegiado para ficar a conhecer mais aprofundadamente o âmago da missão dos médicos, as suas motivações e as suas expetativas, tal como as suas frustrações e as suas limitações. O que se aplica igualmente à perspetiva do doente, afinal o objeto de ação dos médicos e, supostamente, também, o do Ministro da Tutela.

Nos dois anos anteriores a este projeto, coincidente com a eclosão da infeção provocada por um vírus que viria a ser denominada de SARS CoV-2, tinha-os passado a levar a cabo a realização de um outro livro intitulado *A Relação Médico-Doente: Um Contributo da Ordem dos Médicos*, de que fui editor e coautor, em conjunto com mais de oito dezenas de personalidades, quase todas do mesmo mister e de uma Comissão Editorial composta por quatro colegas e presidida pelo atual Bastonário, Miguel Guimarães. Na cerimónia de apresentação, na Torre do Tombo, em Lisboa, estiveram presentes três ex-ministros da Saúde de governos do mesmo partido político que presentemente está em funções no nosso país (Maria de Belém Roseira, Correia de Campos e Adalberto Campos Fernandes, este último, também, seu coautor), mas V.ª Ex.ª não foi um deles. Infelizmente. Porque seria uma outra oportunidade para tomar contacto com o pensamento dos seus autores e a mensagem de humanismo nele patente, baseada na interiorização espontânea das intemporais normas da ética e da deontologia profissional destes humildes discípulos do Pai da Medicina.

Mas já no que se refere ao meu primeiro livro, *Ode ou Requiem: Alegoria Sobre a Natureza do Ato Médic*o, V.ª Ex.ª tomou dele conhecimento, pois eu mesmo lho ofereci autografado, dado ter sido uma das personalidades que convidei para comentar a minha conferência intitulada "A relação médico-doente e o ato médico", realizada pouco tempo depois da apresentação oficial do mesmo, nos finais do ano de 2015, sessão que decorreu no CHS e que foi Presidida pelo ex-Bastonário da Ordem dos Médicos, António Gentil Martins, e moderada pelo meu colega João Sá. Desta iniciativa e da leitura desse livro, estou em crer que V.ª Ex.ª não terá ficado com a mínima dúvida acerca daquilo que considero ser a índole da profissão que escolhi desde tenra idade com assumida vocação, tal como dos valores que cultivo, práxis e princípios que sei serem, desde sempre, os da larga maioria dos meus colegas.

No meu mais recente livro a que já fiz referência, no capítulo "Incertezas e indecisões" (publicado em 2020/06/08) escrevi textualmente: "Incertezas levam frequentemente a indecisões, e, estas, quando está em causa a saúde pública, podem produzir nefastas consequências para uma comunidade ou, mesmo, para um país inteiro. Muitas vezes, opta-se por não decidir, devido ao medo das consequências de uma indesejável atitude precipitada, aos olhos alheios. Noutras, é-se mais afoito e arrisca-se uma tomada de decisão, devido ao lógico receio de se ser acusado, por outrem, de não se estar a fazer nada. É evidentemente desonesto, do ponto de vista intelectual e ético, fazer julgamentos à posteriori, para quem está fora da responsabilidade inerente ao desempenho de funções que supõem a tomada de decisões que pesam sobre a sociedade ou, mesmo, numa comunidade mais reduzida, com eventual grande impacto, ou para quem não expressou atempadamente as suas opiniões a quem de direito e pela forma mais correta, ou seja, em primeira instância, à pessoa concreta, com o indispensável recato e nunca, demagogicamente, na praça pública. É fácil criticar quem, num ambiente de tamanhas incertezas, fez determinadas opções e não outras, com uma determinada cadência, e não mais apressadamente, ou com um ritmo mais pousado. Mas o facto é que ninguém está realmente a salvo de críticas. Bem-intencionadas, entenda-se. Para que, da próxima, tudo corra melhor do que desta. Seja quem for o responsável em funções nessa altura. Sobre essa matéria, já escrevi, e não vou repeti-lo novamente. Mas certamente que irei permanecer atento e me manterei acutilante, leal e ponderado. Como sempre. Porque tal é condição de respeito pela dignidade de que todos são credores. Por questão de princípio. Mesmo os que erraram, embora não intencionalmente. Disso, tenho a certeza. Absoluta. É que não são só os políticos que devem ser responsáveis pelas consequências das atitudes que tomam. Os cidadãos também. Porque, numa sociedade democrática, os direitos não estão divorciados dos deveres. E ninguém pode reivindicar o direito ao incumprimento em situações como a que vivemos, com base no comportamento alheio. Nunca. De modo algum".

Neste texto, que voltaria a escrever tal e qual, penso ser patente uma grande compreensão pela natureza das suas funções enquanto governante, num contexto muito difícil e que exigia então, como exige hoje e exigirá sempre, não uma atitude de indecorosa demagogia ou de estéril confronto, mas antes de leal cooperação.

Por defender tal postura de cidadania interventiva, tomei a iniciativa de lhe escrever várias Cartas Abertas que integram esse mesmo livro, publicadas no *site* oficial da Ordem dos Médicos ou em órgãos de comunicação social (como vem nele devidamente referido e que não sei se delas terá tomado conhecimento), tal

como a redação de um outro documento e, posteriormente, da organização de uma conferência pública que ocorreu em junho de 2020. Estes dois últimos foram intitulados, "Do passado ao futuro do CHS", cujo texto recebeu, na sua versão final, o contributo de vários Diretores de Serviço e de Membros do Conselho Geral, tal como do próprio Diretor Clínico, tendo sido assinado por largas dezenas de médicos da instituição e que terá sido entregue em mão a V.ª Ex.ª, numa audiência realizada em julho desse mesmo ano, pelo cessante Presidente do Conselho Geral, Prof. Eugénio da Fonseca, que, tal como eu, também proferiu uma alocução na referida conferência.

Estas iniciativas, de que posteriormente foi dado conhecimento, quer às Câmaras Municipais de Setúbal, Palmela e Sesimbra, quer à Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República, quer aos líderes dos Grupos com representação parlamentar, quer, finalmente, ao próprio Secretário de Estado da Saúde em reunião realizada em abril do corrente ano, visavam, antes de recorrermos à demissão coletiva que não desejávamos, a não ser como medida de última instância, tentar inverter o caminho de inexorável declínio do CHS, que passava essencialmente por uma estratégia com três vetores principais: Reclassificação compatível com o grau de diferenciação dos seus Serviços; um Plano de obras de construção de um novo edifício e de reabilitação dos já existentes, adequado ao movimento assistencial, sem causar os constrangimentos que a simples passagem do Hospital Ortopédico do Outão iria condicionar, se fosse concretizada tal e qual como nos foi anunciado superiormente; Quadro médico (e dos restantes setores) dimensionado às necessidades, tal como equipamento tecnológico capaz de propiciar, em simultâneo, um bom desempenho dos mesmos, a satisfação dos doentes e a realização profissional de quem tem a missão de os tratar.

O CHS teve de enfrentar, quase sem qualquer ajuda externa significativa da hierarquia ministerial, em particular, durante os dois primeiros meses de 2021, um avassalador número de doentes (sete enfermarias cheias, tal como três das quatro UCIs que chegaram a existir, para além de um pavilhão prefabricado com mais do quíntuplo da lotação inicialmente prevista, que chegaram a totalizar mais de duzentos doentes internados em simultâneo, o que correspondeu a mais de metade do total de camas disponíveis, dificuldades que se fizeram constar no documento intitulado, "Acerca do estado de catástrofe na luta contra a pandemia no CHS" que também redigi e que, depois de receber o contributo de algumas colegas do Grupo de Crise da instituição, foi remetido a V.ª Ex.ª, após ter sido assinado por largas dezenas de médicos e de outros profissionais, assim como por alguns membros do próprio CA da instituição.

A demissão do Diretor Clínico, primeiro, seguida de 87 dos 90 Responsáveis Médicos do CHS ocorrida em finais de setembro último, só surgiu, pois, como uma última tentativa de chamar a atenção para a necessidade urgente de se começar efetivamente a resolver os gravíssimos problemas que se arrastam há anos, ao nível do Hospital da Capital de distrito, pois o financiamento para a realização das obras tinha já deixado de ser aplicado, mesmo apesar de ter constado em OGE, por duas vezes, num passado recente.

Depois de uma entrega total e incondicional desde sempre, mas, sobretudo nestes últimos dois anos, onde, como disse no discurso de apresentação do livro em Setúbal, efetuado no passado dia 19 do corrente mês, "os seus profissionais de saúde, esquecendo-se de si próprios, fizeram com que do seu extremo cansaço brotasse uma torrente de energia anímica em prol da saúde do próximo", ouvir as declarações proferidas por V.ª Ex.ª na quarta-feira da passada semana, aquando da inquirição parlamentar, só me (nos) provocou(aram) um sentimento de, mais do que sermos vítimas de incompreensão, sentirmo-nos vítimas de soez ingratidão. Mesmo apesar do alegado pedido de desculpas que mais não fez do que tentar, nitidamente em vão, inverter o ónus do teor e da origem do que efetivamente proferiu.

Resiliência, certamente que não lhe terá faltado nestes conturbados tempos, como penso ter sido patente e nenhum dos cidadãos deste país, em sã consciência, lho negará, ou sequer invejará a difícil posição que ocupa. Mas, deixar nas entrelinhas a sugestão de que NÓS não a temos em quantidade suficiente, roça o insulto, por ser manifestamente injusto e indigno de quem deveria, com humildade, compreender as condições dificílimas em que TODOS tivemos que trabalhar, dia após dia, turno após turno, muitas vezes sem os meios necessários para garantir a necessária segurança ou para fazer adequadamente face ao que os doentes efetivamente necessitaram, sem folgas, sem férias, não raramente afastados da nossa família direta, impedidos de tratar os outros doentes com as restantes patologias, e, agora, acometidos em tentar recuperar a atividade clínica que teve de ser suspensa (como consta nos capítulos intitulados, respetivamente, "Linguagem eufemística em tempos de catástrofe" e "Vida e morte em tempo de pandemia: uma ode em estilo de homenagem aos que, durante o seu curso, sofreram, pereceram ou sobreviveram". Como acha que nos sentimos? Como se sentiria V.ª Ex.ª na nossa posição? Como pretenderá mobilizar as imprescindíveis vontades, se a situação epidemiológica se agravar e nos tiver de voltar a solicitar mais sacrifícios?

É que podemos, legitimamente opinar, que os seus três antecessores a que já fiz referência, que me ouviram dizer no discurso que então proferi, que, "não se

é bom médico, nem tampouco bom governante, desconhecendo o singular âmago da natureza humana ou sendo-se indiferente às consequências do sofrimento e da deficiência, dado que isso é condição imprescindível para, além do mais, salvarmos aquele que foi (e ainda é...) o melhor serviço público do regime democrático português – o SNS", não seguiram as políticas que seriam, na opinião de alguns (e minha também), as melhores para responder aos enormes desafios do setor. Mas nenhum deles se atreveu a desrespeitar a classe médica como V.ª Ex.ª ousou fazer. O que merece uma viva e justificada repulsa, pois o que foi afirmado só poderá ter origem em alguém que efetivamente deveria conhecer melhor o que é SER MÉDICO e o que é a MEDICINA.

Não sei quem vai vencer as eleições. Não sei quem vai ser o futuro Ministro da Saúde. Não sei, sequer, no atual contexto, ainda, em quem vou votar. Mas sei, devemos todos saber, que a postura de quem vier a ocupar o seu cargo no futuro próximo jamais poderá ser a mesma. E, desejar, também, que a aludida abertura de novas faculdades de Medicina não venha afinal a servir, sobretudo, para criar um número excedentário de "médicos", no propósito (não confesso) de ter sempre alguém que aceite substituir os que causarem incómodo aos governantes, ganhando cada vez mais baixos salários e "encarando o doente como uma mera fonte de rendimento" (como afirmei no referido discurso escutado pelos seus três antecessores), o que poria definitivamente em causa a qualidade da formação médica e equivaleria a dar a machadada final na profissão que escolhi. Com as catastróficas implicações inerentes e que exigiriam uma responsabilização sem precedentes dos precursores de tal inenarrável estratégia!!!

Um repto, para finalizar: pode V.ª Ex.ª dispor do meu cargo de diretor como muito bem entender. Tal como, estou em crer, dos restantes 86 colegas demissionários do CHS. Desejo (desejamos) que quem nos vier a substituir tenha (ainda) mais resiliência para desempenhar as funções que ocupamos. Mas sobretudo para resistir estoicamente às palavras desbragadas que poderão ter de ouvir por parte da hierarquia. Por mim (por nós) continuarei(emos) a servir a causa dos doentes e do SNS apenas como médico(s), pois essa é a nossa mais nobre função, até à aposentação (que será, para a maioria de nós, em breve), livre(s) de outras responsabilidades gestionárias e burocráticas.

Mas sempre com o mesmo espírito de cidadania interventivo, que tanto incómodo provoca a certos governantes, porque isso é condição de ser MÉDICO de CORPO INTEIRO, como me (nos) prezo (prezamos) de ser(mos). Até irmos embora um destes dias, mas de consciência bem tranquila. Cientes que se a atratividade

de novos médicos para o CHS, que V.ª Ex.ª nunca teve a coragem de visitar enquanto Ministra, e, ao contrário do que afirmou, não é a que deveria ser, não será certamente por não terem Projetos, mas antes por não terem as condições de os executar, o que depende muito mais de si do que de nós, porque não é suposto recorrermos à falsidade para atrair outros colegas, uma vez que isso é contrário ao nosso saber estar, tal como nos transmitiram sapientemente os nossos insignes Mestres que tanto respeitamos. O que, sem sombra de dúvida, deveria ser também a postura dos governantes.

SETÚBAL, 2021/11/28

Publicado no site da Ordem dos Médicos, secção Tribuna, adaptado de uma publicação efetuada no Observador *online*, em 2021/11/27

Nota: Foi com um enorme sentimento de indignação que publiquei esta Carta Aberta dirigida à então Ministra Marta Temido num sábado à noite em que estava a terminar o meu último período de férias desse ano, que lhe entreguei em mão dois dias depois, quando decidiu visitar de surpresa o CHS. Apesar desta ter pedido desculpa e de ter garantido que voltara antes da conclusão do processo eleitoral que se realizou daí a cerca de três escassos meses, no intuito de corresponder aos nossos anseios manifestados, com os quais disse concordar, a sua promessa nunca se chegou a cumprir. Na reunião que se realizou a convite do CA com a participação de alguns Diretores de Serviço nessa manhã, ao ouvi-la dizer que estava a trabalhar nos dossiês que teria de passar ao seu sucessor, de uma forma algo premonitória, disse-lhe que, "numa eventualidade meramente académica, até podia ser que o venha a fazer a si mesma," como efetivamente veio a acontecer, contra as expectativas de muitos e das minhas também.



O Barco dos Loucos, 1495 Hieronymus Bosch,
pintor dos Países Baixos (1450-1516)

Carta de Demissão

Ex.º Sr. Presidente do CA do CHS, Dr. Pedro Lopes

Assunto: Pedido de Demissão do Cargo de Diretor do Serviço de Doenças Infeciosas do CHS

Depois de ter ouvido V.ª Ex.ª comunicar-me, em reunião que decorreu na passada quinta-feira, dia 22 de junho, pelas 9h15m, no seu gabinete, na qual participou também a Sr.ª Diretora Clínica do CHS, Dr.ª Irene Ferreira, que a decisão final e irrevogável que tinha tomado e me queria reiterar pessoalmente era a de não deixar que se realizasse a Conferência intitulada "Será o SNS ainda viável"? na Sala de Sessões do CHS e para a qual eu havia convidado pessoas de reconhecido mérito, provenientes de diversas áreas de formação académica e de instituições distintas, aprazada para as 10h30m do dia dez de julho próximo, conforme pedido de divulgação interno que solicitei ao Departamento de Comunicação do CHS há cerca de dez dias, tomei a decisão de lhe remeter este documento.

Explicou-me que a decisão se baseava no facto de não ter cumprido com o Normativo Interno que diz respeito à Realização de Reuniões na Sala de Sessões, documento que fez questão de acrescentar ter sido elaborado e aprovado por anterior CA, segundo o qual, quando existe participação de pessoas vindas de fora, tal iniciativa fica pendente do deferimento de um pedido de autorização do CA. Acrescentou ainda que também não via necessidade de eu repetir aquilo que irei fazer na Reunião que decorrerá no Fórum da CMS, cinema CHARLOT, no próximo dia trinta de junho, intitulada "Transformar o SNS", da iniciativa da FSNS (Fundação do Serviço Nacional de Saúde), entidade organizadora que me havia convidado para fazer a Conferência inaugural há longos meses sob o referido título.

O mesmo já me havia dito em *mail*, ao que eu tentei contra-argumentar com o que repetirei a seguir, sugerindo a realização de uma conversa que acabou por se realizar, após um segundo *mail*, já que havia antes proposto tal iniciativa primeiramente, "apenas", com a Sr.ª Diretora Clínica, dado ser hierarquicamente a pessoa a quem tenho de responder em primeira instância.

Recordo o que então aleguei, a que acrescentarei o que, entretanto, fui refletindo, perante o que classifico como uma inusitada, desproporcional e infundada decisão:

1. Aquilo que fiz sempre foi feito por mim e por todos os que vi fazer, ao longo das dezenas de anos que estou no CHS;

2. Certifiquei-me que não havia outro agendamento da sala, para solicitar a sua reserva, tendo preenchido de seguida o mesmo impresso que sempre me foi exigido;

3. Se pendia outro tipo de autorização, desconhecia ao certo e sempre supus que, se tal fosse o caso, seria esse mesmo Departamento a encaminhar a respetiva requisição, embora tal fosse entendido por mim como uma mera formalidade que nunca nenhum CA evocou até hoje para cancelar nenhuma atividade do género;

4. Também esclareci que a Conferência que pretendia realizar no CHS não era exatamente a mesma, pois, a primeira, a de dia 30 de junho, durará cerca de trinta minutos, e a que pretendia realizar no CHS está concebida para durar cerca de sessenta minutos, para além do formato ser diferente, uma vez que tem outros intervenientes, ser apenas sobre um tema e haver certamente pessoas, como conheço algumas, que não podem ir a uma, e, assim, poderiam ter a oportunidade de assistir a ela num local, dia e hora que lhes fosse mais conveniente, pelo manifesto interesse que reconhecem no tema em causa;

5. Considero, assim, que a este nível existem três situações completamente distintas, a saber:

a. Realização de atividades promovidas por pessoas ou entidades externas ao CHS. Só o fiz enquanto Presidente da Distrital da Ordem dos Médicos de Setúbal e enquanto Provedor a Pessoa Doente da LAHSB, pelo que sempre formalizei em impresso próprio tais pedidos ao CA que foram deferidos. Não foi este o caso;

b. Realização de atividades que sejam da iniciativa do CHS. Fi-lo uma única vez e por delegação do CA de então, aquando do Ciclo de Conferências comemorativas dos cinquenta anos do CHS, que coordenei a convite do mesmo. Também não é o caso em apreço;

c. Realização de atividades da iniciativa pessoal de um Diretor de Serviço enquanto tal, embora de âmbito mais alargado ou mais restrito, conforme a temática em causa, podendo ou não envolver, quer pessoas da instituição, quer outras de fora. Este foi o caso presente e que justificou esta inopinada reação de V.ª Ex.ª. Recordo que sob a vigência deste mesmo CA, já o fiz antes duas vezes este ano e sem que tal me tivesse sido proibido.

6. Não agi de má-fé, o assunto não é descabido, antes pelo contrário, as pessoas que convidei são idóneas e respeitadas;

7. Tomei conhecimento pela primeira vez da proibição num *mail* dirigido por V.ª Ex.ª aos Departamentos de Formação e de Comunicação, embora ao meu conhecimento, quando me preparava para responder a um apelo, feito nessa sequência e também por *mail*, no final da tarde do dia anterior, numa altura em que já não me encontrava no Hospital, por ter sido emitido muito para além da hora de saída no meu horário, quando V.ª Ex.ª me dirigiu um novo *mail*, no início da manhã de sexta-feira, dia dezasseis de junho, onde me renovava essa proibição, utilizando os mesmos argumentos que agora usou;

8. Apesar de tudo isto, predispus-me a formalizar o pedido, como o fiz no último *mail* que dirigi ao CA, em resposta ao último *mail* referido no ponto anterior, e convidei-vos oralmente (Presidente do CA e/ou Diretora Clínica do CHS) a integrarem o Programa, numa Mesa de Boas-Vindas prévia, para o que me comprometi a alterar o cartaz, de resto ainda provisório, como expliquei, dado o Presidente do Conselho Consultivo não ter ainda respondido afirmativamente e o Bastonário da OM ter-se feito substituir pelo Presidente do Conselho Regional do Sul, por ir estar de férias nessa altura, e, por sua vez, quem ficou de o substituir ir terminar as suas na semana que se inicia no dia 26 de junho, razão pelo que ainda não tinha tido oportunidade de falar com ele, tal como é da norma e havia feito com todos os restantes convidados, a quem tinha ficado de enviar os slides na próxima quinta-feira, dia 29 de junho, dado eu estar ausente de férias na semana seguinte e não querer deixar de dar o tempo necessário aos Comentadores convidados, tal como aos dois Moderadores, para verem com atenção o que iria expor.

Digo muitas vezes aos meus doentes, em termos de linguagem figurativa, para ser melhor compreendido e para explicar a proporcionalidade da investigação diagnóstica ou do tratamento que lhes proponho, relativamente à gravidade da enfermidade que os afeta, que "um canhão é capaz de matar um pássaro, mas ninguém, de bom senso, vai caçar pássaros com um canhão". Também costumo dizer, com toda a convicção, que por mais incorruptível que alguém se considere, todos temos o "nosso preço". Queira V.ª Ex.ª saber que o meu é o do meu Caráter e da minha Dignidade, que considero terem sido postos em causa de uma maneira completamente intolerável.

Relativamente a estas duas premissas, só posso comentar este diferendo da seguinte forma: a proibição é completamente descabida, representando um inaceitável abuso de poder, pelo que considero que, estando em causa os valores

invocados, não me resta outra alternativa senão apresentar o meu pedido de demissão do cargo de Diretor de Serviço, o único que tenho no CHS de momento.

Mais acrescento que:

1. Darei desta iniciativa, conhecimento às seguintes entidades, por uma questão básica de lealdade recíproca:

a. Aos elementos do Serviço que (ainda) dirijo;
b. Ao Diretor de Departamento de Medicina;
c. Ao Bastonário da Ordem dos Médicos;
d. Ao Presidente do Sindicato no qual estou inscrito desde sempre (o SMZS/FNAM);
e. Ao Presidente do Conselho Consultivo do CHS;
f. Ao Presidente da FSNS;
g. A todos os intervenientes na Conferência cancelada pela ordem de V.ª Ex.ª;
h. Ao Presidente da LAHSB (pois sou seu Provedor da Pessoa Doente);
i. Ao Presidente da LACPEDI (pois sou Presidente do Conselho Consultivo);
j. Ao Colégio de Infeciologia da Ordem dos Médicos;
k. À Sociedade Portuguesa de Doenças Infeciosas e Microbiologia Clínica;

2. Irei solicitar à Sr.ª Diretora Clínica, a quem darei também conhecimento, para fazer o mesmo para:

a. A Direção Médica;
b. Ao Conselho Médico.

Finalmente:

3. Que solicitarei por escrito, ao Departamento de Formação do CHS, prova de Todas as minhas atividades aí desenvolvidas, desde que há registo das mesmas;

4. Que, no dia 1 de agosto, aquando da apresentação da nova especialista do Serviço a quem irei fazer a passagem dos meus doentes, colega Evelise Ramos, formalizarei o meu pedido de reforma antecipada, que pretendia fazer apenas no dia 1 de outubro, saindo previsivelmente, assim, não a 1 de janeiro de 2024, como tinha pensado, mas antes a dia 1 de novembro de 2023, ou seja, espero que não antes de me ser comunicado a denominada contagem de tempo, solicitada há mais de três meses, após ter estado cerca de dois meses a aguardar pela Nota Biográfica reiteradamente pedidas pelo meu advogado;

5. Que sugiro que o CA providencie a abertura do Concurso para a vaga de Diretor de Serviço, não a 1 de outubro, como estava pensado, mas antes a 1 de agosto, o mais tardar, de acordo com a lei vigente;

6. Que, se não estiver ainda substituído até dia 1 de novembro, garantirei o desempenho das funções de Diretor a título interino, conforme é de lei e da minha obrigação profissional e ética.

Nunca pensei em acabar desta forma inopinada a minha carreira no CHS, ao qual me dediquei incondicionalmente, onde nunca faltei ao respeito a ninguém, onde nunca fui desconsiderado por alguém, sobretudo desta forma, mas temos de estar sempre, acima de tudo, de bem com a nossa Consciência, podendo V.ª Ex.ª estar certo de que estou mesmo. Suspeito, penso que fundadamente, já que nunca aceitou os convites que lhe fiz anteriormente para participar em iniciativas semelhantes e também por não me ter dado sequer oportunidade para cumprir com o que considerava estar em falta, pois anunciou essa irrevogável decisão sem me ouvir primeiro através de num *mail* "apenas" dirigido ao meu conhecimento, e não como devia, a mim mesmo, que V.ª Ex.ª terá, afinal, outra razão que não quis dizer e que só a sua pessoa o poderá esclarecer, mas que, certamente, será tão infundada como a que o fez proibir aquilo que qualquer Presidente do CA, como todos os que conheci até hoje, apoiaria e se dignaria assistir e participar, tanto mais tratando-se de um tema de candente atualidade.

Assim, pelo conteúdo deste texto, pode V.ª Ex.ª ter uma noção aproximada do imenso sentimento de injustiça que se apoderou de mim.

Atentamente, para os devidos efeitos

SETÚBAL, 2023/06/26

Segunda exposição ao Presidente do CA do CHS

A fama evapora-se, a popularidade é um acidente,
a riqueza tem asas. Apenas uma coisa perdura, o caráter

HORACE GREELEY
Jornalista norte-americano, 1811-1872

As mais belas qualidades tornam-se inúteis
quando a força do caráter não as sustenta

THÉOPHILE GAUTIER
Escritor e jornalista francês, 1811-1872

A atitude que V.ª Ex.ª teve no passado mês de junho, de proibir que eu fizesse a conferência para a qual tinha sido convidado pela FSNS e que pretendia apresentar, na versão integral, na sala de sessões do Hospital de S. Bernardo, com a presença de pessoas de índole diversa, mas reconhecidos e respeitáveis interessados na temática em causa, "A viabilidade do SNS", tal como sempre fiz ao longo dos mais de quarenta anos de exercício profissional, grande parte dos quais no CHS, e tal como já havia efetuado antes por duas vezes este ano, sem que tais iniciativas tivessem sido proibidas, teve uma certa vantagem: permitir ser convidado para a ir fazer, no passado dia dezoito de setembro, num dos auditórios da NOVA-SBE, a convite de um dos meus convidados, Prof. Pita Barros, um ilustre docente de economia da saúde que, por certo, também se terá sentido, injustamente, *persona non grata* com essa proibição que também o atingiu, embora "apenas" de modo indireto.

Aquando da primeira apresentação, que efetuei na versão reduzida, fui o primeiro orador e o Prof. Pita Barros o segundo dos quatro que compunham o primeiro painel daquele evento. Tal como V.ª Ex.ª teve a oportunidade de escutar, o mesmo referiu-se espontaneamente à minha apresentação como tendo sido "um grito de alma". Adjetivação que significa que foi possível captar o real sentido do que pretendia transmitir, não só através do conteúdo da exposição, mas também pela forma como o fiz. Alma ferida de quem se dedicou ao limite do possível aos seus doentes, aos seus internos, ao Serviço que erigiu, do qual foi diretor mais de um quarto de século no Hospital onde trabalhou quase quatro décadas. Tal como sempre o fez, com idêntica postura, quando se tratou de defender o que todos os mais lúcidos podem constatar que está a ruir diariamente, o SNS, mau grado as inúmeras tentativas de o desmentir de forma irresponsável pelas diversas hierarquias reinantes. Postura que me tem levado insistentemente a denunciá-lo em

vários artigos, livros e intervenções públicas, como a que será objeto da Carta Aberta que ainda hoje dirigirei ao atual Ministro da Saúde.

Na primeira exposição que remeti a V.ª Ex.ª, na qual solicitava a aceitação do pedido de demissão das funções do cargo de Diretor de Serviço, não recebi, até hoje, qualquer resposta por parte do CA. Tal como disse numa outra, datada de 3 de agosto, que no dia um desse mesmo mês tinha colocado na Segurança Social os papéis para a minha aposentação, embora ainda aguardasse nessa altura, e há mais de cinco meses, o pedido de Contagem de Tempo de Serviço por parte da CGA, tendo já a posse, contudo, da Nota Biográfica, se bem que esta última tivesse levado mais de um mês a ser elaborada. Nessa missiva, informava V.ª Ex.ª desses factos, tal como do de ter começado a passar os meus doentes à colega Evelise Ramos, missão que irei terminar a 25 de janeiro do próximo ano, fazendo ainda duas perguntas.

A primeira, sobre a resposta ao meu pedido de demissão de Diretor de Serviço, e a outra, acerca da abertura do concurso público para esse lugar, algo que consta do Plano de Ação aprovado este ano e que, levando algum tempo a ser concluído, já deveria ter sido publicitado, como então solicitei, dado ser a única forma de cumprir a lei e também a mais adequada de assegurar uma transição no exercício dessa função, de modo a não provocar roturas indesejáveis na sua futura gestão operativa, pelo que o gostaria de ver logicamente terminado antes da minha saída. Mais, informava ainda V.ª Ex.ª que, futuramente, estes assuntos passariam a ser acompanhados pelo meu advogado, Dr. Jorge Mata.

Respondeu-me de pronto, dizendo que, "tudo seria feito conforme eu havia escrito", ao que lhe respondi, logo de seguida, manifestando a minha satisfação pelo que V.ª Ex.ª anunciara. Contudo, como volvido cerca de um mês nada de concreto me tivesse sido comunicado, o meu advogado dirigiu-lhe uma primeira exposição, onde levantava estas questões ao Órgão institucional presidido por V.ª Ex.ª, resposta que a lei exige que fosse dada num período de dez dias úteis. Acontece que, dentro desse prazo legalmente previsto, nada foi ainda respondido, razão pelo que houve nova insistência no final da semana passada, para que haja cumprimento dessa prerrogativa dentro de um outro lapso de tempo idêntico, como é usual ser feito.

Se, na primeira vez, reagi por ter sentido a proibição feita como uma intolerável, injusta e inesperada afronta à minha dignidade, agora faço-o de novo, mas por uma questão de afirmação do meu caráter, segundo o qual é completamente impensável debater-me contra um opaco muro de silêncio. É que, por causa destas não respostas, acho que deixei de ter condições mínimas para assegurar as

responsabilidades inerentes às funções que tenho, ainda que a título interino, uma vez que adicionalmente têm também existido outras faltas de resposta que de seguida elencarei e que tenho a convicção que seriam determinantes para o bom desempenho das funções que tenho a incumbência de exercer. Passo a referi-las:

1. Os doentes debatem-se com uma espera completamente desajustada para a realização de certos exames, em tempo útil, designadamente do foro da imagiologia e da cardiologia. Tal como disse por *mail* a V.ª Ex.ª há meses e a título exemplificativo, tendo sido nisso secundarizado, de imediato, pela atual Diretora de Departamento das Especialidades Médicas e responsável pela consulta de Hepatologia do Serviço de Gastrenterologia, Dr.ª Ana Luís Alves, os doentes portadores de fibrose hepática avançada consequente a infeção viral crónica (B, C e/ou Delta), que são largas dezenas nas casuísticas dos dois Serviços, deveriam realizar uma ecografia abdominal a cada seis meses, mas, na nossa realidade hospitalar, passam-se, não raramente, mais de doze meses até a realizarem, o que acarreta o sério risco de deixarmos sem diagnosticar atempadamente casos de carcinoma hepatocelular.

Acresce que os doentes que se deslocam de longe (e alguns o fazem a mais de 150 km), para além dessa espera, têm ainda de o fazer, e por várias vezes, dado que as datas da sua realização quase nunca coincidem. Tudo completamente evitável, se houvesse a emissão de termos de responsabilidade para a sua realização atempada e/ou mais próximo da sua residência como também já propus, assim se evitando o dispêndio de tempo e de dinheiro aos doentes, e propiciando aos médicos condições para poderem tomar decisões clínicas assertivas e devidamente fundamentadas, uma vez que só ter os resultados das análises laboratoriais nas consultas é, com frequência, altamente insuficiente e acarreta potenciais nefastos atrasos no diagnóstico;

2. A nova metodologia de emissão de guia de transporte é completamente caótica e consumidora de uma enorme perda de tempo. Fazê-lo a um número elevado de doentes, para cada marcação de consulta e de exames auxiliares de diagnóstico, quando não se trata da primeira vez e a situação clínica e social do doente não se alterou, não deixando essas renovações a cargo de administrativos ou de assistentes sociais, conforme a índole do seu motivo, como atempadamente propus, é burocratizar escusadamente e ao limite do absurdo a missão do médico, o que acho ser completamente desconforme às boas regras de gestão e que só semeia a revolta dos que, supostamente, deveriam ser considerados os mais diferenciados dos profissionais de saúde. Existem alguns hospitais que, para estas mesmas situações, implementaram um sistema de emissão de apenas um

impresso anual por cada doente, válido para deslocação a exames e a consultas agendadas. Que abissal diferença para o que se passa no CHS e sem qualquer ponta de racionalidade ou de vantagem;

3. A remarcação dos exames auxiliares de diagnóstico a que os doentes faltam com frequência, por qualquer razão que nunca se chega a apurar com precisão em muitas circunstâncias, tem de ser realizada pelos respetivos médicos assistentes, quer através da inscrição, em termos meramente burocráticos, de uma nova consulta específica para esse fim, ou fazendo-o através de uma anteriormente realizada. Trabalho que deveria ser efetuado por administrativos, com a condição de respeitar a data da próxima consulta, de modo a que os respetivos resultados saíssem a tempo de aí serem observados. Ter uma grande percentagem de doentes com problemas sociais e vidas completamente desestruturadas, empregos precários, muitas vezes no estrangeiro, o que obriga a sucessivas remarcações, é tornar a atividade médica num enfado que só semeia a insatisfação;

4. O CDP de Setúbal está sem médico desde há mais de três meses, evidenciando uma crise indisfarçável dos recursos humanos no SNS, mesmo em áreas críticas, como esta. Esta rotura já se tinha verificado há anos, quando o colega Vítor Santos, que o assegurou durante cerca de duas décadas, se aposentou, embora não tenha sido tão prolongada. Nessa altura, disse nas reuniões da DGS em que participei que a melhor solução seria os Serviços de Infeciologia e de Pneumologia do CHS serem reforçados em um especialista cada um, de modo a poderem repartir aquela responsabilidade e serem evitadas roturas indesejáveis, como a que agora se verifica.

Desta vez, para além de ter renovado essa proposta, disse, numa reunião que tive com a Ex.ª Sr.ª Diretora Clínica, Dr.ª Irene Ferreira e que também contou com a presença da colega Paula Duarte, Diretora do Serviço de Pneumologia do CHS, realizada há cerca de dois meses, que admitia que existissem outras soluções, designadamente a abertura de um concurso para contratação de um médico. Mas não deixei de alertar, também, para a necessidade de se implementarem medidas de imediato, designadamente com a corresponsabilização das hierarquias institucional, regional ou nacional, pois não havia maneira de internamente poder haver resposta por parte de nenhum dos dois Serviços, tendo em conta o número reduzido de especialistas e estarmos em período de férias já agendadas e autorizadas.

Alvitrei, ainda, a hipótese de, transitoriamente, o colega que faz o CDP do Barreiro poder deslocar-se durante algum tempo do seu horário semanal a Setúbal, como medida imediata de forma a não haver rotura assistencial.

Terminei, dizendo que este era um assunto da maior importância e que não poderia ficar sem ser resolvido, até porque estávamos a assumir, no Hospital de Dia do Serviço, o seguimento dos doentes que têm tido alta da enfermaria, depois de ficarem negativos das respetivas baciloscopias, mas que para os que não tinham necessidade de internamento não havia condições de o fazer, uma vez que se trata de matéria com potenciais e graves consequências para a Saúde Pública e a nossa população na sala de espera ser composta maioritariamente por imunodeprimidos de diversa ordem.

À proposta do CA de conceber a resposta a partir da formação a um colega dos Cuidados de Saúde Primários, quer eu, quer a colega Paula Duarte dissemos que não concordávamos, explicando as nossas razões, até porque não respondia à necessidade premente de ter uma solução imediata e existir também uma enorme exiguidade de recursos humanos qualificados no setor dos Cuidados Primários de Saúde. O CA não respondeu às nossas alegações e fui depois informado pela Enfermeira Responsável pelo CDP, outrora responsável pela Unidade de Ambulatório dos dois Serviços, Paula Jesus, que esta também não tinha ainda obtido qualquer resposta aos *mails* que foi remetendo regularmente à ARSLVT durante quase três meses, mesmo tratando-se de uma questão premente, devido à sua gravidade extrema em termos da Saúde Pública.

Também falei, entretanto, com a Diretora Clínica do ACES, colega Ana Pereira, que me disse de nada oficialmente ter sabido por parte do CHS ou da ARSLVT durante os primeiros dois meses, embora tivesse apenas tomado conhecimento informal depois de uma proposta que o CA do CHS tinha remetido para a ARSLVT e que esta veiculou para o Presidente da Direção do ACES, no sentido da responsabilidade assistencial dos doentes passar a ser do setor que tutela, o que me disse também discordar.

É nesse contexto que é verdadeiramente incompreensível que constato a falta de resposta à oferta do colega Vitor Laerte que veiculei poucos dias depois, dado que poderia ter permitido resolver, de imediato, esta candente questão, embora eu tenha feito constar também que esse oferecimento vinculava apenas a sua pessoa e não o próprio Serviço, ou, sequer, o CHS, pois é um médico contratado e não do quadro permanente do mesmo, tendo disto feito questão de informar a minha colega Paula Duarte;

5. Mas a última, e certamente a mais grave, não resposta foi a que verifiquei a respeito da exposição que fiz, relativa ao caso de um doente que sigo há cerca de três décadas e que teve alta do SUG com o diagnóstico de Gastroenterite Aguda, tendo a "médica" que o observou assinalado no SClínico que tinha 7,1 gr

de hemoglobina no hemograma, quando o que padecia era de uma hemorragia digestiva aguda, consequente ao que apurei ser, depois de o observar às 8h20m da segunda-feira seguinte no Hospital de Dia do meu Serviço, onde acorreu em desespero e quase em desfalecimento, uma rotura de varizes esofágicas, apresentando nesse momento 4,5 gr de hemoglobina como apurei depois, quando o valor anterior de ambulatório era superior a 13 gr na consulta efetuada cerca de dois meses antes. No internamento que se seguiu, detetou-se ainda uma trombose da veia porta que não recanalizou com a terapêutica apropriada instituída nas duas primeiras semanas, pelo que foi referenciado à unidade de transplante hepático do HCC de seguida, como se impunha. Levantei a hipótese, numa exposição que fiz ao Bastonário da Ordem dos Médicos, no dia a seguir a tê-lo efetuado à Dr.ª Irene Ferreira, da qual nunca recebi qualquer resposta, se esta "alta" não teria sido induzida pela nova metodologia de remuneração dos tarefeiros, segundo a qual se ganha um suplemento por cada alta dada, o que considero, como afirmei na referida Conferência, um dos maiores atropelos às normas da Ética e da Deontologia Médicas que podem existir.

Não se ter aberto um inquérito de imediato e eu não ter sido prontamente chamado a prestar declarações é algo para mim tão incompreensível quanto inaceitável. É que é bom não nos esquecermos, nunca, que todos os médicos são obrigados pelo Código Deontológico em vigor a denunciarem superiormente atropelos ao mesmo de grande gravidade, pelo que foi assim que procedi.

CONCLUINDO

O mínimo que se pode dizer do poder é que a vocação para ele é suspeita

JEAN ROSTAND
Filósofo e historiador francês, 1894-1977

O poder revela o Homem

SÓFOCLES
Dramaturgo grego, 497 a.C.-406 a.C.

Estou quase a terminar o período em que desempenhei funções de médico no HSB, primeiro, e, depois, no CHS. A data na qual pretendia solicitar a aposentação acabou não sendo substancialmente diferente daquela em que o fiz, devido às razões já explanadas, tal como disse a V.ª Ex.ª logo na primeira reunião que

tivemos em setembro de 2021, e na qual lhe ofereci, tal como à Ex.ª Sr.ª Diretora Clínica, Dr.ª Irene Ferreira, o meu último livro, intitulado *Reflexões em Tempos de Pandemia*, a par do Relatório Anual e do Plano de Ação do Serviço que havia remetido ao colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos, no intuito de o Serviço manter a idoneidade formativa, e, ainda, de lhes endereçar diversos convites para algumas iniciativas que tinha em preparação, as quais, contudo, ambos decidiram declinar. Ou seja, mesmo que estivesse muito satisfeito e realizado com o SNS e no CHS, esta saída era algo que tinha assumido para a minha vida e de forma completamente consciente das suas possíveis implicações.

O que mudou, e muito, foi a forma como o estou a fazer e o sentimento de enorme frustração que carrego, coisa que não desejei, mas que não consegui de todo antever, tal como consta do meu próximo livro que irei apresentar no final deste ano e intitulado *Despedidas que Jamais Esquecerei*, onde faço constar este sentimento de profunda e indesejada incomodidade e tristeza. Este meu livro fala essencialmente de duas despedidas: a da minha Mãe, falecida recentemente, tendo eu agradecido o gentil postal de condolências que o CA do CHS me remeteu nessa altura, tal como da dos meus doentes, como tenho vindo a fazer diariamente, muitas vezes com o coração bem apertado, na presença da minha colega Evelise Ramos, como a própria poderá confirmar.

O mesmo é dedicado a várias pessoas, sobretudo à minha saudosa Mãe, na companhia da qual passei muitas das horas em que levei a escrevê-lo. Mas também à minha esposa e colega Ana Paula GG Mendes, certa vez enormemente injustiçada pela inqualificável decisão da hierarquia que então superentendia aos Cuidados Primários de Saúde, pois é Médica de Família numa USF e tem a competência em Terapia Familiar, tendo sido compulsivamente proibida de exercer esta última sem qualquer explicação plausível, quando há cerca de dez anos que realizava consultas desse âmbito.

Atentamente

SETÚBAL, 2023/09/25, O (AINDA) DIRETOR DO SDI DO CHS

Nota Final: Deste documento darei conhecimento às mesmas entidades a quem o fiz da primeira vez.

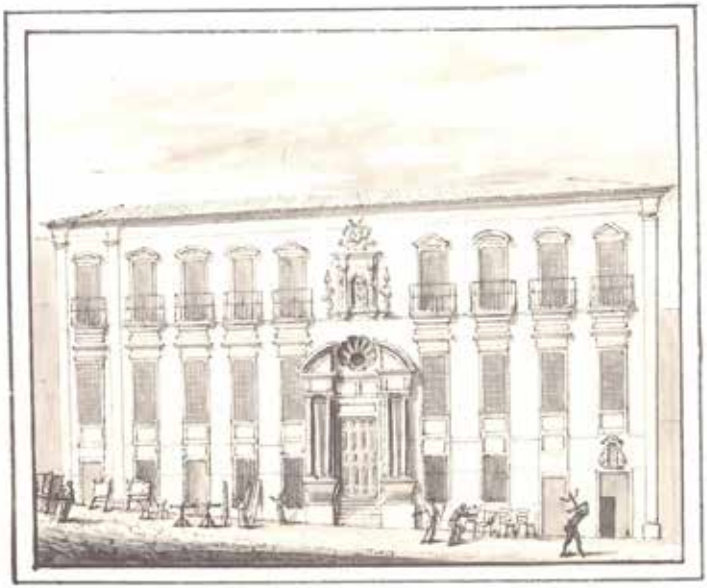
Nota: Após estas duas exposições, o CA mandou abrir um concurso externo para preencher uma vaga para o cargo de Diretor do Serviço de Infeciologia que não obedeceu ao normativo legal vigente, tendo ficado deserta de concorrentes, sem que eu tivesse alguma vez disso tomado conhecimento. Esta situação representou para mim, enquanto Diretor de Serviço em exercício, uma desconsideração inaceitável, razão pelo que renovei, em documento dirigido à Diretora Clínica, no início de novembro e antes de me ausentar para um período de duas semanas de férias, o meu pedido de Demissão pela terceira vez, que soube ter sido deferido no dia 6 de dezembro com efeitos a dia 1 de dezembro de 2023. Exatamente na véspera de ter sido informado, por carta da Segurança Social, que o processo da minha reforma tinha sido deferido com data de 1 de novembro desse mesmo ano, embora se encontrasse suspenso, tendo-se efetivado oficialmente a partir de dia 8 de dezembro, tal como acordei com o responsável pela secção de pessoal do CHS. Como se pode ver abaixo, quanto à conferência, para a qual fui convidado pelos colegas Constantino Sakellarides e Rui Monteiro, que ali estiveram presentes, tal como os três principais elementos do CA do CHS, acabei fazendo-a depois também em setembro numa das Faculdades de Economia, a convite do Professor Doutor Pita Barros, que convidei para prefaciar este livro e fazer a sua apresentação em Setúbal.

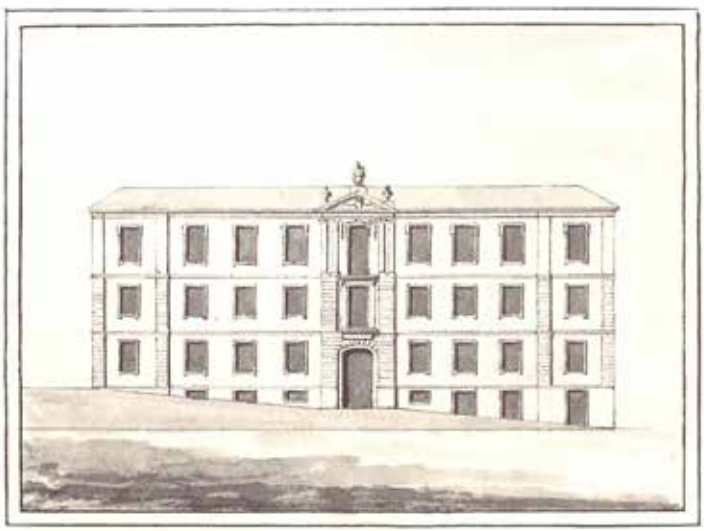






Cartazes, respetivamente, da Conferência que fui proibido de fazer no CHS, da Conferência do Ciclo de Debates denominado "Estados Gerais", organizados pela FSNS, e da Conferência que efetuei na NOVA SBE





Hospital de S. Francisco do Porto, 1833
Hospital do Terço do Porto, 1833
Joaquim Vilanova, litógrafo português (1793-1850)





Hospital da Misericórdia, Antiga Escola Médica do Porto, 1833
Hospital do Carmo do Porto, 1833
Joaquim Vilanova, litógrafo português (1793-1850)

O SISTEMA DE SAÚDE E O SNS

Contextualização

A postura que tive perante os problemas que afetaram o Hospital onde trabalhei quase toda a minha vida profissional foi a que optei por ter perante os aspetos globais da política de saúde enquanto problemática de índole nacional. Por isso, este é, de longe, o capítulo com mais textos e o mais longo do livro.

É possível notar algumas "aparentes" contradições ao longo dos anos, designadamente quanto à minha posição perante a "exclusividade" dos médicos. A verdade é que passei de um indefetível defensor para a posição inversa. O que não é a mesma coisa do que inferir que passei a defender a generalização dos horários a tempo parcial ou o direito à multiplicação desconforme dos locais onde o médico exerce o seu mister. Por isso mesmo, tal não significa, de todo, que tivesse mudado efetivamente de filosofia de pensamento, uma vez que sempre estive com horário de 40h no Hospital e apenas voltei a exercer medicina privada num único sítio na cidade e em horário nunca coincidente com as minhas obrigações no CHS, depois de ter estado muitos anos com regime de exclusividade. Mas, antes porque fui percebendo, como explico ao longo do encadear dos textos, designadamente nos últimos cerca de quinze anos, que os Governos não se têm comportado como uma "Pessoa de Bem", digna de um verdadeiro "Estado de Direito", dado que existem razões mais do que suficientes para dizer que legitimamente perdemos a confiança nesse "Patrão", porque nos desconsiderou, enquanto classe e profissionais, de uma forma verdadeiramente intolerável.

É por de mais patente a falta de coerência nas políticas e o constante negar da situação caótica que se vive hoje em dia, quer no seio dos Cuidados Primários, quer na Saúde Pública, quer ainda nos Hospitais. Estou convicto que, como já o afirmei por diversas vezes, não existem sequer condições objetivas para potencializar aquilo que foi a alegada maior reforma empreendida nos últimos anos, ou seja, a integração de todos os níveis de cuidados em ULSs (Unidades Locais de Saúde). A razão que se me afigura bastante evidente é que, como estou convicto que

não vai passar a existir um substancial incremento no investimento que permita melhorar as condições de trabalho e remuneratórias que, no seu conjunto, promovessem uma inversão desta realidade precária, através de uma maior atratividade com vista à fixação dos profissionais, irá sempre haver a tentação de assacar ao "outro lado" a culpa das carências que se irão continuar a verificar (senão agravar!?) em cada um dos dois parceiros deste "forçado enlace".

A gestão dos recursos humanos tem vindo a ser catastrófica, dadas as gritantes assimetrias geográficas e a extrema inversão da pirâmide etária do setor médico, o pulular nefasto do generalizado multiemprego e dos horários a tempo parcial a níveis cada vez mais elevados, a desumanização das relações interinstitucionais, interpessoais e entre o médico e o seu doente, a promoção do obsceno mercantilismo como modo de estar na medicina, ou a errónea crença que é na evolução tecnológica que iremos encontrar as respostas cabais para os problemas existentes a curto ou médio prazo, são tudo sintomas do mau estar reinante que tão intensamente se reflete no grau de satisfação, quer dos doentes, quer dos profissionais, de que os elevados níveis de *burnout* destes últimos é a prova insofismável, bem como na degradação da orgânica funcional das instituições.

É que já não basta reconhecê-lo publicamente, como se diz "da boca para fora" aquando das cíclicas pugnas eleitorais, porque a descrença generalizada está instalada e não para de crescer, tanto no setor da saúde, como no do ensino, da justiça e das forças de defesa e de segurança, ou seja, naquilo que deveriam ser as funções básicas de um verdadeiro Estado digno desse epíteto.

Talvez se entenda melhor o que pretendo transmitir, em complemento do que o leitor a seguir poderá ler, resumindo o âmago da minha recente conferência acerca da "Viabilidade do SNS", cuja proibição da sua apresentação no CHS esteve na base do meu pedido de demissão. O lema com que a concebi pode ficar resumido ao que o grande escritor britânico George Orwell quis dizer quando afirmou que, "Num tempo de engano universal, dizer-se a verdade, é um ato revolucionário," pois, como António Barreto, personalidade que foi escolhida e que convidei para apresentar comigo o livro da *A Relação Médico-Doente*, afirmou num oportuno artigo publicado há cerca de um ano no jornal *O Público*, que intitulou, "Servir o Povo", algo com o qual concordo plenamente: "Talvez o pior seja a saúde. Os problemas são mais dramáticos e urgentes. O maior orgulho da democracia, o SNS, está a transformar-se no maior falhanço da democracia". De resto, outros pensadores das questões da saúde, com sensibilidades e orientações filosóficas algo distintas, corroboram completamente este sentir da realidade vigente.

Assim, José Fragata, no seu livro editado antes da sua jubilação, intitulado *A reforma necessária do Sistema de Saúde Português* afirma que: "O sistema, como está, não é sustentável". E, no livro *Salvar o SNS*, os seus insuspeitos autores, João Semedo e António Arnaut, afirmaram textualmente: "A Crise do SNS é indisfarçável, pois, está em regressão e em retração... está no limite das suas capacidades e não vale a pena tentar iludir essa realidade... sem profissionais motivados e respeitados não há SNS digno desse nome... salvá-lo é uma exigência ética da civilização, pelo que é necessário mobilizar os cidadãos"... Algo, para o que este livro pode concorrer.

Deste modo, destacaria de entre o que apresentei o seguinte:

1. Portugal tem um número de médicos acima da média europeia, o inverso acontecendo com os enfermeiros (Relatório NOVA SBE 2022);

2. O ritmo previsível das aposentações está, contudo, a agravar grandemente a cobertura assistencial, sendo sobretudo notória no setor médico do SNS, realidade que se vai agravar a curto prazo (Relatório NOVA SBE 2022);

3. Existe já, contudo, uma notória e grave carência em número global e absoluto em certas especialidades (Anestesiologia, Anatomia Patológica, Microbiologia, Obstetrícia, etc.). (Ordem dos Médicos, ACSS);

4. O país tem vindo a perder muitos jovens licenciados para a imigração e tem cada vez mais dificuldade em atrair emigrantes qualificados (Relatório NOVA SBE 2022; RTP1, *Público*; *Expresso*);

5. A carência ao nível dos recursos médicos no setor dos Cuidados Primários, faz-se notar sobretudo na ARSLVT de uma forma bastante desproporcional ao que se passa noutras regiões do país, sobretudo na ARS no Norte (Relatório NOVA SBE 2022; ERS 2023);

6. O número de recém-licenciados tem estado relativamente estável desde 2011, mas existe um crescendo preocupante dos que não ingressam nos programas de especialização (Relatório NOVA SBE 2022);

7. É chocante a diferença do que se paga a quem é tarefeiro, relativamente a quem é do quadro das instituições (Relatório NOVA SBE 2022);

8. O baixo salário praticado no SNS é o fator principal que determina que os médicos queiram também exercer atividade profissional privada em simultâneo (Tese de Dissertação de Mestrado na Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia em 2011 de Carlos Ribeiro e Relatório NOVA SBE 2022). Esta realidade é corroborada pelo Relatório da Comissão para a Reforma da Saúde Pública de 2021, tal como no Novo Relatório das Carreiras Médicas da Ordem dos Médicos de 2023, onde é patente a grande percentagem dos que decidem abandonar o SNS

para uma reforma antecipada, como eu o fiz. Neste último relatório evidencia-se que a carga horária exigida para além do previsto nos contratos é um dos maiores fatores de insatisfação, tal como, ao invés, ainda é o relacionamento entre pares que os médicos dizem mais apreciar;

9. A maneira que tem sido idealizada e posta em prática para melhorar os vencimentos, na tentativa de fixar os médicos, é criar CRIS (Centro de Responsabilidade Integrados) e o de facilitar a realização da denominada produção adicional (cirurgias, exames, técnicas e consultas) o que decorre da valorização desconforme do parâmetro quantidade versus a qualidade, que privilegia de forma desproporcional certa especialidades em detrimento das que "apenas" têm o seu foco no acompanhamento e tratamento do doente, tornando-as perigosamente muito menos atrativas, como se exercer "somente" uma atividade eminentemente clínica, fosse encarada como de menor importância;

10. Portugal é dos países da CEE com mais elevados índices de pobreza e de exclusão social, tal como de grau de dependência na velhice (NOVA SBE 2021; "Como envelhecem os Portugueses" de Maria João Moreira, Fundação Manuel dos Santos, 2021);

11. Portugal é, no cômputo dos países comunitários, dos que os cidadãos mais pagam diretamente para auferirem dos cuidados de saúde que efetivamente necessitam (Dissertação de Mestrado de Sara Pereira em 2021 na Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, o mesmo sendo corroborado pelo Relatório de 2023 do Conselho de Finanças Públicas);

12. O Grau de insatisfação dos portugueses com o Setor das Políticas Públicas (que incluía a saúde) segundo uma sondagem publicada em 2023 pelo Expresso, era muito elevado, sendo maior no Sul, do que no Norte do país;

13. Segundo o Relatório europeu *Health at a Glance* de 2021, Portugal era o segundo país onde o impacto da pandemia de COVID-19 mais tinha feito sentir negativamente na abordagem das outras patologias;

14. Segundo o Índice de Saúde Sustentável apresentado em 2023 na Fundação Calouste Gulbenkian, quando os cidadãos eram questionados acerca da melhor orientação a dar aos investimentos necessários para resolver os seus problemas de saúde, apontaram o da melhoria das condições de trabalho dos profissionais como a sua principal opção;

15. Portugal tem já um número de Faculdades de Medicina que é muito acima daquilo que existe na Europa, querendo o Governo ainda abrir mais algumas, sem cuidar se as condições de ensino são as adequadas, dando a sensação que acham que ter médicos a mais é a solução ideal, para os poder manipular e

proletarizar depois, esquecendo-se que a experiência advém da concentração de massa crítica e ambas são fundamentais à formação das novas gerações, a par da prática de uma medicina humanizada que respeite acima de tudo a ética do relacionamento humano. Os mesmos resultados nefastos se iriam posteriormente verificar se a hipótese de formar generalistas através de um período de formação mais curto como se chegou a admitir recentemente (que, a concretizar-se, mais se assemelharia com o que foi implementado na China na época da Revolução Cultural com a criação da figura dos denominados "médicos de pés descalços" como eram conhecidos na gíria). Isto significaria a eternização de um dos mais nefastos fenómenos, conhecido pela denominação de "tarefeirismo". O que o país deve ter é, antes, o número de médicos que realmente necessita no global e adequadamente distribuídos pelas diferentes especialidades e pelo seu território;

16. Quando se fala do eterno problema das Urgências, foca-se sempre quase exclusivamente o que concerne ao que apelido "da porta para fora" e nunca interpretando bem os fenómenos que subjazem a essa realidade. Assim, para além dessa omissão conceptual, deixa-se ainda de reconhecer que o problema não se resolve com taxas moderadoras, linhas telefónicas (de resto quase sempre inoperacionais por um elevadíssimo fluxo de solicitações e o reduzido número dos funcionários que as atendem), ou remetendo os doentes por via administrativa para os Cuidados Primários, uma vez que a capacidade de resposta destes está exaurida de recursos humanos e não tem os recursos técnicos que deveria ter para acudir eficazmente à Doença Aguda (que não a Emergência Médica ou Cirúrgica, entenda-se!), ou seja, que certas Unidades pudessem estar abertas 12h/dia e equipadas com Química seca e Testes *point of care* para certas doenças infeciosas prevalentes (infeção estreptocócica, infeções por vírus respiratórios, etc.), Imagiologia convencional, ECG e Oximetria Digital. Tal como se abstêm de enfatizar que o perfil de doentes que a ela acorre e que são classificados na triagem como azuis ou verdes, tal realidade resulta essencialmente do facto de uma percentagem significativa dessa população ter muito deficiente literacia em saúde, na qual prevalece a desestruturação do suporte familiar, a vulnerabilidade laboral e os fracos recursos económico-financeiros. O que implica que considerem relativamente "baixo" o preço que pagam pelo incómodo de esperar umas quantas horas, mas vir daí "aviado" com os exames que pretendiam realizar, mas sem sequer ter a verdadeira consciência que a medicina ali praticada foi, em muitas circunstâncias, "apenas" para tratar o sintoma, e, muito mais raramente, para lhe fazer um diagnóstico assertivo, ou, muito menos ainda, para promover a sua educação para a saúde. Porque, "da porta para dentro", poucos parecem interessados em

encarar a realidade de uma infinidade de doentes a aguardarem por uma vaga de internamento, porque a oferta de camas extra-hospitalares para Cuidados Paliativos, para Cuidados de Reabilitação, para Cuidados Geriátricos e para doentes com problemas do foro da Psiquiatria, são em número muito aquém do necessário e que muitas das existentes são de extrema precariedade e desadequadas para os fins a que se deveriam destinar, o que faz com que, a par dos fatores sociais já referidos, muitos doentes fiquem longos dias a aguardar por uma dessas vagas ou que a família finalmente os leve para casa. Isto sem omitir que o número de camas para doentes agudos em Portugal tem um rácio abaixo da média europeia. Por consequência, todos esses constrangimentos, no seu conjunto, fazem com que implementar "apenas" algumas medidas anunciadas, como a formação de esquipas de emergencistas, incrementar o número de doentes que se atendem nos Hospitais de Dia ou na Hospitalização domiciliária, sendo sem dúvida muito importante, será, no fundo, fazer o "mais fácil", já que, sem resolver os outros problemas, não se conseguirá verdadeiramente atalhar adequada e definitivamente este gravíssimo problema. Daí que o relatório de 2022 do Conselho de Finanças Públicas tenha concluído textualmente que "é expectável que a afluência aos Serviços de Urgência continue a aumentar". Parte disto já eu tinha dito aquando de uma intervenção sobre "Doença Aguda" no I Congresso da FSNS há cerca de uma década, onde abordei também as nefastas implicações da desarticulação dos Hospitais Concelhios, sem que outras estruturas mais adequadas na comunidade tivessem sido criadas, à semelhança do que se fez com o internamento dos doentes crónicos da Psiquiatria, o que atesta bem que a situação só se tem vindo a agravar.

De entre as soluções que entendi propor para resolver esta lastimosa realidade, tomando como ponto de partida a situação vigente, apontei sumariamente:

1. Um só SNS (Sistema Nacional de Saúde) com o SNS (Serviço Nacional de Saúde) como seu principal pilar. Concentrar neste último algumas áreas-chave, quer pelo grau de exigência em termos de financiamento, quer pela sofisticação intrínseca das patologias e dos meios de diagnóstico e de tratamento necessários (Emergência Médica, Transplantes, Doenças Raras, Saúde Pública, Imunohemoterapia, Infeciologia, Oncologia, Psiquiatria e Dependências), o que não quer dizer que estas áreas tivessem que estar todas completamente vedadas no que concerne à hipótese da sua eventual existência também em unidades dos outros dois setores, onde pudessem, pontualmente, existir médicos/equipas com Unidades que se dedicassem a algumas áreas mais restritas dentro daquelas, mas devidamente certificadas para o efeito e afiliadas de centros do SNS com experiência

e idoneidade comprovada, dependendo das necessidades e das oportunidades, mas sem nunca confundir o que é a resposta adequada à denominada "Doença Aguda" da que é necessário ter para responder à "Urgência/Emergência" médica ou cirúrgica, como já enfatizei;

2. Cooperação, em termos de complementaridade transparente e com regras bem definidas, nas restantes áreas médico-cirúrgicas e na área dos exames complementares de diagnóstico, respeitando a opção soberana do doente;

3. Concentração de todos os subsistemas num único Seguro Público Universal Obrigatório de Saúde a ser suportado por cada cidadão/família em complementaridade com a entidade patronal e na proporção do rendimento de cada um, de modo a não deixar, nunca, ninguém de fora, como se pratica, por exemplo, na Alemanha. Os seguros privados poderiam obviamente continuar a existir como complemento adicional, desde que suportados por quem a eles quisesse aderir (pessoa individual e/ou entidade coletiva);

4. Compra centralizada de bens, incluindo medicamentos, tendo o acesso à inovação terapêutica que passar a ser bastante mais célere, embora o seu custo aquisitivo tenha que ser calculado em termos dos parâmetros farmacoeconómicos avaliados em função do seu real benefício, desde que sejam suportáveis pela riqueza de cada Sistema/país, de modo a torná-la disponível a quem dela efetivamente necessitar;

5. Convencionar todos os exames auxiliares de diagnóstico no ambulatório, tal como já acontece com os medicamentos, onde o grau de comparticipação é o mesmo, independentemente da origem do prescritor. Evitar a sua duplicação, criando um Processo Clínico Único para todos os cidadãos, com possibilidade de acesso generalizado pelo médico a todos os seus resultados, em todos os locais onde os doentes ocorram, embora com as imprescindíveis garantias de segurança e de confidencialidade, que é uma condição básica a ter de ser sempre salvaguardada;

6. Instituir uma consultadoria de algumas especialidades hospitalares nos Cuidados Primários (Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Psiquiatria e Estomatologia, bem como apoio presencial e adequado às necessidades de Psicólogos, Assistentes Sociais e Nutricionistas, apetrechando a Medicina Geral e Familiar, em termos da sua formação curricular, de forma a poder resolver a generalidade das patologias mais prevalentes e menos complexas, cultivando uma medicina de proximidade geradora de confiança, o que é incompatível com a existência de listas de doentes inflacionadas artificialmente para os Governos poderem vir depois dizer que a carência em termos dos recursos humanos é menor do que efetivamente é, onde não existe tempo para se estabelecer uma

saudável e vital relação Médico-Doente humanizada, onde o tempo para falar com o doente poderia permitir uma redução substancial no número de exames solicitados, aumentando a sua assertividade em termos da respetiva capacidade efetiva de diagnóstico de cada um;

7. Desburocratizar os processos e apostar em bons programas informáticos que poupem tempo e tornem mais eficaz o exercício da medicina, facilitando o fluxo de informação e a referenciação entre especialidades e respetivos níveis de cuidados.

Convém, pois, na introdução a este capítulo, esclarecer que não sou, por princípio, nada contra a tecnologia em si, mas antes contra a sua utilização abusiva e precipitada, como se fosse uma panaceia universal para todos os problemas, qual deificação indevida dos novos tempos, desfasada dos valores do Humanismo. Atente-se ao que Gerd Leonard, um futurólogo e pensador alemão, muito oportunamente afirmou no seu livro *Tecnologia versus Humanidade: "*O confronto futuro entre a Máquina e o Homem: Não deveríamos tentar corrigir, reparar, atualizar ou mesmo erradicar o que faz de nós seres humanos. Em vez disso, deveríamos conceber a tecnologia para que conheça e respeite essas diferenças. E as proteja. As coisas que não devem ser automatizadas ou substituídas por máquinas são aquelas que efetivamente criam relações significativas. A compaixão e a felicidade, tal como a consciência, não existam em termos meramente biológicos ou químicos, mas antes na interação holística de tudo o que é humano. A felicidade deve emanar e crescer dentro de nós e entre nós, e a tecnologia estar aqui para nos ajudar, como ferramenta. Somos uma espécie que usa tecnologia, não uma espécie destinada a ser tecnologia".

A que acrescentaria, a finalizar, uma pertinente interrogação muito oportuna, feita no livro *A Era da IA e o Nosso Futuro Humano* da autoria de Henry Kissinger, Eric Schmidt e Daniel Huttenlocher, onde os autores nos deixam a seguinte interpelação: "Se as tentativas de regulamentar as plataformas de rede e respetivas IAs de acordo com os diversos objetivos políticos e sociais de determinado governo resultarão, em última análise, em sociedades mais justas? Ou conduzirão a governos mais poderosos e intrusos, que confirmam a realidade passando uma procuração a uma máquina cuja lógica não é escrutinável e cujas conclusões se tornam inescapáveis"? Somente acrescentaria: Sem dúvida para meditar bem!!!

SETÚBAL, 2024/05/31

Ligações perigosas: Responda quem souber

Sendo hoje, segundo penso, vulgarmente reconhecido o papel determinante que a indústria farmacêutica desempenha no apoio à formação médica, em contraste quase absoluto com as instituições oficiais de saúde onde os médicos prestam serviço, ou mesmo o próprio Ministério da Saúde, esta situação foi remetida para um aparente esquecimento até à eclosão do denominado "*Caso Bayer*" há alguns meses atrás. Não foi preciso esperar muito tempo até à divulgação de outros alegados escândalos que pretensamente envolveriam muitos médicos e outros laboratórios farmacêuticos.

Perante esta situação, muito se disse posteriormente nos órgãos de imprensa especializada e generalista, quer da autoria de médicos (a título individual ou como dirigentes de órgãos representativos da classe), quer de outros profissionais, diversos (jornalistas, juristas, políticos, vulgares cidadãos, etc.), todos mais ou menos bem intencionados.

Inclusive, mais tarde, a própria Ordem dos Médicos, Tribunais e o Ministério da Saúde iniciaram a instauração de inquéritos que pela dimensão e diversidade do problema ameaçam prolongar-se por muito tempo (à semelhança do que se tem passado a outros diversos níveis na nossa história mais recente), deixando sempre no ar um indesejável clima de suspeição generalizada e de impunidade dos verdadeiros culpados, bem como uma não menos grave e preocupante sensação de impotência crónica das instituições da justiça nacional.

Foi então, finalmente, celebrado um acordo tripartido que envolveu representantes da Ordem dos Médicos, Indústria Farmacêutica e Ministério da Saúde que regulamentava (tardiamente) as condições em que os apoios à formação médica individualmente considerada se deveriam materializar. Esse acordo que só peca pela excessiva demora, sendo omisso em aspetos importantes que a seguir abordarei, constituiu um reconhecimento oficial explícito da insuficiência dos apoios das instituições estatais, bem como da importância da atualização profissional como condição imprescindível ao melhor desempenho técnico-científico e de que os doentes deverão ser os principais beneficiários.

Apetece perguntar se não se deveria ter feito um acordo de índole semelhante, há muito mais tempo, tal como em outros países e instituições, já que todas as partes envolvidas sabiam de facto que desde há muitos anos os médicos se deslocavam a congressos médicos, quer no estrangeiro, quer no próprio país, com apoios da indústria farmacêutica, à semelhança do que acontece de uma forma

generalizada por todo o mundo. Para quê fingir ignorar que a esmagadora maioria dos médicos não tem proventos suficientes que lhe permita orçamentar vários milhares de euros anuais para se poder atualizar profissionalmente, bem como, de igual modo, as próprias instituições hospitalares e governamentais não têm de facto verbas que lhes possibilitem substituir completa ou parcialmente (como seria o ideal) os apoios da indústria farmacêutica?

Então, se de uma forma mais ou menos implícita esta realidade era do conhecimento de todos (pessoas e instituições) há tantos anos, como justificar a aparente estranheza e "ingenuidade" demonstrada pelos organismos oficiais perante as notícias deste hipotético escândalo? Não será por ter havido a denúncia pública e imediatamente propalada na imprensa de que por trás deste tipo de atividades, aparentemente lícitas, haveriam intenções e práticas que indiciavam corrupção e que este fado serviu como pretexto para que os organismos oficiais, numa operação de *marketing* político, prontamente montado, fizessem crer ao vulgar cidadão que nada sabiam previamente, e que, logo que alertadas, desencadearam as ações necessárias ao seu rápido e completo esclarecimento, pretendendo esconder, pois, desse modo, a sua possível, indireta e inconfessada cumplicidade?

Não será que mais uma vez se está a atuar com hipocrisia, uma vez que deixamos omisso nestes acordos os apoios à organização de eventos científicos que, como também é do conhecimento geral, não se efetuariam sem o apoio de laboratórios farmacêuticos? Será necessário haver outra denúncia idêntica para se regulamentar finalmente estas atividades, não evitando assim novos escândalos públicos que tanto desgastam o bom nome dos médicos individualmente e da sua classe?

Não será, por exemplo, do conhecimento geral que os mais altos Magistrados da Nação aceitam integrar desde há muitos anos as Comissões de Honra de diversos congressos que se realizam no nosso país, discursando inclusive nas cerimónias de abertura e/ou de encerramento, bem como é prática corrente diversos organismos oficiais ligados ao turismo e ao poder autárquico subsidiarem as refeições com que as respetivas organizações recebem os conferencistas (não raramente estrangeiros)?

Desconhecerão as autoridades e os cidadãos que se têm realizado nos últimos anos diversos congressos com organização conjunta de médicos nacionais e dos diversos países de expressão oficial portuguesa, quer no nosso próprio país, quer nos referidos países (nomeadamente em África, na América do Sul, bem como ainda no território de Macau e na Índia) que têm contado com o alto patrocínio de diversos ministérios e demais entidades oficiais dos mesmos?

Desconhecerá o Ministério da Saúde que as administrações hospitalares aceitam inventariar como património das respetivas instituições uma quantidade imensa de material técnico e didático indispensável ao funcionamento dos diversos serviços, que resulta de doações da indústria farmacêutica aos mesmos?

Ainda no que diz respeito a esta problemática da organização de congressos, desconhecer-se-á que muitas outras profissões e indústrias os realizam aos milhares por todo o mundo durante todo o ano e que esta atividade económica é de extrema importância para o desenvolvimento dos povos e dos locais de acolhimento, sendo altamente disputada pelos mesmos, imensamente fomentada pelos mais diversos poderes oficiais instituídos em particular, e pelos muitos interessados na indústria do turismo em geral, e, que, para cúmulo, estranha e incongruentemente, ninguém parece achar condenável ou sequer suspeito e passível de notícia jornalística de primeira página ou dos seus editoriais?

É óbvio, contudo, que não é pelo facto destas questões serem potencialmente incómodas e de nos remeterem para uma realidade jamais ineludível, que as tornam automaticamente em atividades respeitáveis a implementar de uma forma generalizada, não controlada ou regulamentada, e sempre idóneas ou acima de qualquer suspeita! Mas é igualmente inegável que, quanto mais as fingirmos ignorar e as remetermos, consequentemente, a uma indesejável mas aparente clandestinidade, mais estaremos a fomentar ideias preconceituosas e erróneas, frequentemente nos bastidores, por parte de quem lucra com os escândalos dos tabloides sensacionalistas, ajudando a hipotecar a dignidade e honorabilidade de toda uma classe, pela má conduta ética e deontológica de uma minoria de profissionais médicos, que existem no seu seio, tal como em outra qualquer profissão. Mais ainda. Estaremos a dificultar decisivamente, a prazo, o esclarecimento que se afigura urgente e inequívoco dos casos em que houve, de facto, uma assaz condenável relação de favores entre a indústria farmacêutica e alguns membros da classe médica, envolvendo inclusive práticas que nada têm directa ou indiretamente a ver com o exercício do nosso prestigiado mister.

Desconhecerá a sociedade e os seus representantes democraticamente eleitos que um dos maiores estímulos à perpetuação deste *statu quo* é o vergonhosamente baixo salário auferido pelos médicos das instituições públicas de saúde, bem como do inadmissível atraso no pagamento às farmácias e à indústria farmacêutica? Desconhecerão os Ministérios das Finanças e da Economia que aos médicos em exclusividade não lhes é permitido descontarem rigorosamente nada em termos fiscais no que toca à sua formação e atualização pós-graduada, como

se estes fossem tidos inevitavelmente, perante estas instituições, como incultos, desatualizados e incompetentes?

Saberão estas entidades que o pagamento de um congresso, um livro de texto e a assinatura de uma revista podem somar, no seu conjunto, muitíssimo mais do que um salário mensal auferido? Será que ninguém tem consciência que, se alguns de nós recebemos, por vezes, mensalidades substancialmente superiores ao ordenado base é porque nos é solicitada permanentemente, pelas direções de serviço e as administrações hospitalares, a realização de dezenas de horas mensais extraordinárias, no interesse dos doentes e do regular funcionamento das instituições, mas com uma inerente e substancial perda de qualidade de vida por parte dos mesmos profissionais médicos? E que estas horas só são contabilizadas se realizadas no âmbito das urgências, mas que alguns de nós as realizamos também às dezenas há bastantes anos nas consultas externas, mas que estas nunca foram processadas no ordenado, apesar de se traduzirem mais frequentemente em benefício para os doentes e a sociedade do que as outras?

Enquanto médico da carreira hospitalar, membro das Comissões de Controlo da lnfeção Hospitalar e de Antibióticos (sendo seu presidente nos últimos cinco anos), vogal médico do Departamento de Educação Permanente, sócio da Sociedade Médica dos Hospitais Distritais da Zona Sul e responsável pela Valência de Doenças Infeciosas do HSB, tenho organizado e assistido a dezenas de eventos científicos que seria excessivo enumerar, mas que se traduziram num enriquecimento humano e técnico indesmentíveis. Tal como se depreende das considerações anteriormente efetuadas, praticamente nenhuma destas iniciativas foi possível sem a colaboração direta, mais ou menos substancial, dos diversos laboratórios da indústria farmacêutica, bem como de muitas outras entidades oficiais idóneas, expressas nos seus respetivos programas e cartazes, tal como o fazem muitos dos meus colegas, sem que por este facto seja legítimo concluir automaticamente haver indícios de corrupção ou troca de favores.

É também evidente que estes contactos não se cingem exclusivamente à participação nas sessões científicas, que não raramente são em número de várias dezenas, com muitos milhares de pessoas inscritas e diversas salas e anfiteatros a funcionarem em simultâneo, o que obriga sempre à necessidade de se efetuar uma escolha planificada e criteriosa dos temas, sendo ainda simultaneamente salutar a criação de um clima de convívio e de amizade que se vai estabelecendo entre o grupo de colegas e acompanhantes após o programa científico, reforçado pela participação numa ou outra iniciativa do programa social, que existe em todos os congressos nacionais ou internacionais.

Esta realidade não é impeditiva do cumprimento dos propósitos principais de natureza formativa que defendo, antes a estimula, constituindo prática mais ou menos generalizada e, penso, isenta de críticas legítimas. Entendo, contudo, que estas ofertas da indústria farmacêutica deveriam antes ser canalizadas, por exemplo, para os Departamentos de Educação Permanente dos diversos hospitais, e só a partir de então referenciadas posteriormente aos serviços e/ou médicos mais indicados, consoante a adequação dos seus termos à área de diferenciação profissional de cada um.

É reconhecido, no seio das comunidades científica e médica, que não existe uma real e eficaz farmacovigilância em Portugal. Como testemunho indesmentível disto é a anunciada primeira reunião que irá ocorrer em breve, sob os patrocínios do Infarmed e do Ministério da Saúde, na tentativa de promover a formação a um núcleo de pessoas interessadas e responsáveis de cada hospital público que se comece a ocupar com esta problemática tão importante (quando isto já é prática comum, há muito tempo, em muitos outros países da Comunidade Europeia).

A propósito, ainda recentemente, no Congresso Europeu de Quimioterapia Anti-Infeciosa, realizado em Hamburgo (na Alemanha), e onde tive a oportunidade de me deslocar, houve uma sessão patrocinada pela OMS em que o preletor falou sobre a atividade do seu laboratório de farmacovigilância sediado em Genebra (na Suíça). Chamou a atenção para o indesejável elevado número de cópias de moléculas originais que existem por todo o mundo, e também na Europa, cuja composição não está de acordo com as normas exigidas por esta organização.

Vem isto a propósito de uma das minhas opções assumidas, bem como de muitos dos meus colegas mais credenciados e conscientes destes problemas, em privilegiar as substâncias originais em detrimento das imitações, por razões que têm exclusivamente a ver com o interesse dos doentes. Como muitas vezes tenho dito entre colegas, aproveitando o exemplo do controlo do *doping* no desporto, em que em cada jogo são selecionados aleatoriamente os jogadores que vão ser objeto da despistagem, porque é que não se faz uma análise sistemática e periódica, por rotina, a todos os medicamentos cuja venda se pretenda legalizar e durante todo o período da sua comercialização, incluindo, obviamente, as moléculas originais?

Porque é que não se haveriam de tornar públicos estes resultados e penalizar inapelavelmente os prevaricadores, que assim estariam a comprometer gravemente a saúde pública e a interferirem inadmissivelmente na relação de mútua confiança médico-doente? Não se evitariam, assim, os diferendos publicamente assumidos na imprensa, que opõem alguns laboratórios da indústria farmacêutica ao Ministério da Saúde, sobre a atividade farmacológica de alguns medicamentos

em uso no nosso país e que lançam dúvidas angustiantes, mas evitáveis, entre doentes e médicos?

Porque não cumprir escrupulosamente os direitos internacionais de proteção da patente, no reconhecimento pelo papel absolutamente indispensável da investigação farmacológica no desenvolvimento da Medicina e no melhoramento dos padrões sanitários das populações de todo o mundo? Porque não limitar o mais que excessivo número de cópias comercializadas da mesma molécula original, que só permitem o estímulo nefasto ao consumo exagerado e desadequado de muitos medicamentos (indiscutivelmente úteis noutras circunstâncias), e, em particular, dos antibióticos, com notórios reflexos negativos na saúde pública?

Não será que, cumpridas estas condições, o Ministério da Saúde e os respetivos laboratórios farmacêuticos poderiam negociar consensualmente uma redução substancial da diferença entre os preços dos diversos medicamentos com os mesmos produtos ativos? Não será que, à semelhança do que se passa nas farmácias hospitalares estatais, em que os concursos para a compra dos medicamentos são públicos e as prescrições são por princípio ativo, o mesmo se poderia então, eventualmente, passar a fazer nas farmácias de venda ao público, segundo cotas predeterminadas consensualmente entre todas as partes diretamente interessadas, embora no respeito inalienável pela opção individual e responsável de cada médico, dado que para uma mesma situação clínica poderão existir várias opções cientificamente comprovadas válidas e úteis em cada doente em particular?

Porque não promover a centralização obrigatória dos concursos de medicamentos para as farmácias hospitalares estatais no Ministério da Saúde, desde que realizados anualmente e com celeridade em que as cotas de certos medicamentos de uso restrito hospitalar com atividade farmacológica semelhante (ex.: interferons, fatores de crescimento medular, etc.) fossem rigorosamente iguais de entre os diversos concorrentes? Porque não também manter abertas 24h as farmácias hospitalares estatais (pelo menos dos hospitais centrais e distritais mais diferenciados), bem como permitir aí a venda ou dádiva (conforme os casos) dos medicamentos receitados nas urgências, consultas externas e hospitais de dia, sobretudo para doentes com doenças crónicas, como a SIDA e as doenças oncológicas?

Para quando a atualização sistematicamente anual do Formulário Nacional de Medicamentos que sirva de orientação efetiva às Comissões de Farmácia e Terapêutica? Não constituirão estes aspetos parte importante de uma solução justamente almejada que permitiria poupar recursos económicos e contribuir simultânea e decisivamente para retirar de cima dos médicos o indesejável clima

de suspeição generalizada e anónima que se vai progressivamente instalando na opinião pública?

Entendo ser dever da Ordem dos Médicos estabelecer finalmente as prometidas bases para a certificação dos congressos médicos, dado ser considerado consensualmente excessivo o seu número, bem como duvidosa a hipotética idoneidade científica de alguns. Ao Ministério da Saúde, direi que enquanto não se separar definitiva e inequivocamente as áreas entre os setores público, privado e convencionado, enquanto não se souber quem trabalha aonde, quando e como e se der condições de efetiva dignidade ao exercício da atividade médica, enquanto não houver uma planificação coerente da distribuição de recursos humanos e técnicos em função de um levantamento sério das necessidades das populações e dos profissionais, enquanto não se pagarem salários condignos com a alta responsabilidade e desgaste físico e emocional de tão exigente profissão, nenhum destes problemas terá solução.

Relativamente aos Ministérios da Economia e das Finanças recomendo a implementação séria de uma fiscalidade justa e não discriminatória. Aos órgãos da justiça deste país, peço que se faça o apuramento rápido dos verdadeiros culpados a todos os níveis eventualmente envolvidos (médicos, delegados de informação e laboratórios da indústria farmacêutica) para que se termine de uma vez por todas de se tomar a maioria séria pela minoria corrupto. A TODOS, porém, o estabelecimento de regras absolutamente transparentes de relacionamento no tocante a esta problemática, para evitar o surgimento de novos e indesejáveis escândalos que a ninguém (?) deveriam servir.

Como membro de uma classe e de uma profissão nas quais tenho muito orgulho em pertencer, pretendo apenas, com este testemunho, ajudar a aclarar, perante a opinião pública e os meus próprios colegas, uma situação que tem servido de pretexto nos últimos meses para fazer de nós bodes expiatórios do notoriamente mau funcionamento do atual sistema de saúde e vítimas de uma perseguição infame que me parece, sem falsas modéstias, ninguém ter até hoje sabido desmontar...

Revista da Ordem dos Médicos, 1998, número de junho

Notas: Este texto foi entregue à Inspeção Geral de Saúde aquando da inquirição sobre o denominado "Processo Bayer" antes da sua publicação. Como se pode verificar na figura abaixo, nada de irregular foi apurado contra mim. Como expliquei aos inspetores em declarações que fiz oralmente e por escrito, em complemento deste texto, sempre frequentei os congressos a que fui, nunca deixei de elaborar os respetivos Relatórios que fui remetendo sucessivamente a todos os Diretores Clínicos e aos meus colaboradores, a quem fazia idêntica exigência. Por vezes, fui acompanhado pela minha esposa, também médica, despesas que foram sempre suportadas por nós. As ofertas formativas sempre foram ao Serviço na pessoa do Diretor, que decidia em conjunto com os seus colaboradores, aquando das Reuniões semanais do Serviço, quem deveria ir. Por vezes não havia condições para sequer poder aceitar o convite. Sempre presidiu um critério de equidade, privilegiando quem ia apresentar trabalhos ou a mais-valia que essa presença representaria para os internos em formação. Algumas deslocações foram inclusive subsidiadas pela LACPEDI e não pela indústria farmacêutica diretamente. Depois do protocolo tripartido assinado entre o Ministério da Saúde, a Indústria Farmacêutica e a Ordem dos Médicos, nunca mais coloquei férias para ir a congressos, e a minha esposa, dado não ter as mesmas especialidades do que eu, nunca mais me acompanhou nas deslocações ao estrangeiro.

De igual forma, enquanto estive em regime de exclusividade, nunca recebi qualquer importância pecuniária por qualquer consultadoria à indústria farmacêutica, nem nunca as fiz. Sempre preservei a minha independência e cuidei de seguir a máxima segundo a qual "é tão importante ser, como parecer".

Por outro lado, deverei referir ainda um outro episódio que por pouco não provocou uma injusta mancha na minha honorabilidade e reputação, que teria sido dificilmente reparável, se tivesse mesmo acontecido, como esteve prestes a acontecer. Muito pouco tempo depois do episódio anterior e na vigência da mesma Direção Médica do HSB, numa altura em que o uso dos telemóveis era ainda muito limitado, fui casualmente alertado por um dos meus colaboradores (colega Mário Parreira) através do telefone fixo, logo após chegar a casa depois de almoço, quando na véspera tinha feito uma urgência de 24h, seguido do trabalho de enfermaria habitual durante toda a manhã do dia seguinte, que uma equipa de reportagem de um dos canais televisivos privados estava à minha procura na entrada do SUG do HSB.

Desloquei-me de novo para o Hospital, de onde havia saído há escassos minutos, tendo dito ao meu interno para informar os repórteres que eu estava a caminho, reforçando que esperassem por mim e que só eu faria as declarações que fossem oportunas e adequadas, mesmo sem saber nesse momento a razão daquela inusitada iniciativa.

Ao chegar, estabeleci de imediato contacto com o repórter responsável, tendo sido informado que se tratava de uma denúncia anónima de que haveria experimentação médica no Hospital com o tratamento dos doentes com hepatite C crónica. Afirmei que isso não era verdade e que só aceitaria prosseguir as minhas declarações depois de informar o Diretor Clínico, pelo que a equipa de

repórteres aceitou deslocar-se ao setor do Hospital onde se situava o Conselho de Administração, que casualmente estava reunido a essa hora. Decidi solicitar a sua interrupção à Secretária ali presente, no intuito de poder ter a oportunidade de explicar ao seu Presidente, colega David Martins, bem como ao Diretor Clínico, meu saudoso amigo, António Forjaz, do que se tratava. Disse muito sumariamente que garantia em absoluto que não havia mesmo nada de irregular, pelo que solicitava autorização para fazer declarações ao repórter. O Diretor Clínico fez questão imediata de me dizer que estava autorizado e que podia dar a entrevista no seu gabinete, o que aconteceu logo de seguida, tendo ele voltado para a reunião do CA.

O que se passava, e que expliquei ao jornalista, era que eu havia notificado o Infarmed enquanto Responsável da Infeciologia no HSB e Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica do mesmo Hospital, que um antivírico (a Ribavirina) tinha sido retirado do mercado sem qualquer informação prévia da minha pessoa, da Comissão ou do próprio Hospital, tendo eu só sido informado desse facto pelos doentes que se dirigiam às farmácias de oficina no ambulatório, e que, a partir de certa altura, mesmo percorrendo várias delas, ou contactando os seus armazenistas, não o conseguiam encontrar em lado algum, pelo que tinham passado a tratar-se apenas com Interferon, como previamente fazíamos, o que implicou terem tido de interromper o plano de tratamento previsto. Toda a literatura médica recente tinha passado a apontar ter uma taxa muito superior de resultados positivos, ao ponto de pouco tempo depois ser incorporado nas *guidelines* internacionais, e, volvidos uns quantos anos, ter passado a ser a terapêutica recomendada em associação com outra formulação do Interferon, o Peguilado, esquema que vigorou até a introdução dos DAAs (Antivíricos de Ação Direta), muito mais tarde. O Serviço que dirigia veio depois a colaborar ativamente no exigente estudo internacional que permitiu esta última aprovação.

Os doentes tinham passado de um estado anímico esperançoso para uma tonalidade afetiva próxima do desespero, e eu (tal como certamente os meus colegas de Serviços de outros Hospitais) nenhuma explicação concreta lhes podíamos dar, a não ser, no meu caso, que tinha questionado o Infarmed por escrito e que ainda aguardava explicações por parte desse organismo regulatório oficial. Lembro-me que tratei alguns colegas nessa altura e nem a eles eu conseguia acrescentar mais nada que os satisfizesse.

O jornalista, ao ouvir a minha explicação e de ver seguidamente os documentos que lhe mostrei a comprovar o que acabara de lhe dizer, pediu para telefonar para a redação do telejornal das 20h que ia iniciar-se daí a pouco e que seria certamente escutado por muitas centenas de milhares de pessoas. Atónito, ouvi-o conferenciar com o seu colega, a quem disse algo como "afinal, ao contrário do que fomos informados, nada de irregular se passa aqui neste hospital e com este médico". Do outro lado ouvi o jornalista que iria abrir o jornal da noite dizer ao seu colega que me havia entrevistado: "Se assim é, abriremos o noticiário com outra notícia".

Agradeci e a equipa de reportagem lá seguiu o seu caminho de volta para os estúdios em Lisboa. Confesso que já não

me lembro qual foi a notícia de abertura do telejornal desse dia, mas fiquei naturalmente muito aliviado por não ter sido comigo.

Pensando mais serenamente depois, disse para mim mesmo: "Pois é, só os escândalos que fazem subir as audiências é que interessam a estes senhores. Completamente lamentável, concluí". Volvidos poucos instantes e já conseguindo respirar fundo, lá pude ter oportunidade de esclarecer com mais detalhe os meus dois colegas do CA do Hospital, tendo-lhes agradecido a sua confiança, pelo que os mesmos ficaram também aliviados, porque essa notícia bombástica, embora afinal infundada, não deixaria de causar danos na reputação do próprio Hospital, de forma perfeitamente gratuita e indevida.

Tentando conjeturar depois com o meu interno acerca de quem, de entre as várias dezenas de doentes que tínhamos em tratamento nessa altura, seria o hipotético autor dessa "anónima" denúncia, acabámos por suspeitar de um ex-imigrante nos EUA, recentemente admitido à consulta, pelo que o abordei na vez seguinte que se deslocou ao Hospital. Suspeita que confirmei com o mesmo, tendo-me dito que essa era uma prática que sabia ser comum no país onde tinha vivido antes, no qual havia sempre advogados à saída dos hospitais só à cata de casos como este. Esclareci o doente, que teve, por mero acaso, a sorte de ser dos poucos que terminou o tratamento com êxito, que essa não era, felizmente, uma postura comum entre nós. Decidi não avançar com mais nenhuma iniciativa, dado que o doente se tinha retratado e pedido desculpa, esclarecendo que reconhecia que, conforme o havíamos avisado no início, era uma terapêutica que tinha fortes probabilidades de aumentar as taxas de cura, de acordo com os estudos que iam sendo publicados em revistas científicas de referência.

O mais grave é que nunca recebi nenhum esclarecimento do Infarmed, a quem tinha dito ser verdadeiramente incompreensível ter autorizado (ou não ter proibido!) tal retirada da Ribavirina, uma vez que esse medicamento era, como afirmei na minha carta que lhe havia endereçado, a única molécula ativa e recomendada pela OMS para tratamento de algumas infeções víricas mais raras, algumas delas existentes entre nós, como o Hantavírus, para as quais não se dispunha de outra alternativa eficaz nessa altura.

Anos mais tarde, como escrevi no meu livro *Reflexões em Tempos de Pandemia* num texto que tinha publicado antes e que intitulei "Revisitar o passado, fazendo votos para que este não se venha a repetir", contava uma história clínica verídica de um doente que havia tratado nos Cuidados Intensivos, precisamente com esse mesmo fármaco, padecente de uma pneumonia por vírus influenza H7N1, numa altura em que não existia ainda o Oseltamivir, iniciativa que permitiu salvar o doente. Medicamento que fiz a Farmácia Hospitalar retirar do *stock* que estava, *a priori*, destinado "apenas" ao tratamento dos doentes com hepatite C, o que não causou quaisquer reservas por parte dos serviços farmacêuticos ou da sua Diretora, ao terem sido informados da razão do pedido. Escusado será dizer que, desta iniciativa, nunca informei o Infarmed, não só pela urgência em tentar salvar uma vida, mas também para não correr o risco de nunca mais obter a respetiva autorização...

Não poderia deixar de enfatizar algo que jamais poderei esquecer, a terminar esta já longa nota: A confiança em mim depositada pelos dois colegas do CA acima referidos, em particular pelo Diretor Clínico, António Forjaz, que, como contei no meu primeiro livro *Ode ou Requiem*, veio a sofrer os efeitos, pouco tempo depois destes dois acontecimentos, de uma soez denúncia anónima, onde era suspeito de uma suposta indevida utilização de *pace-makers*, que o tribunal veio, muito depois do seu trágico falecimento, a declarar infundada, tal como o próprio Ministro da Saúde, António Correia de Campos, já o havia dito, por escrito, à família enlutada.

Dei o seguinte nome a essa história: "De emoções também se pode morrer", algo que tenho a perfeita consciência poder ser verdade, como afirmei ao juiz em Tribunal, e que não posso garantir que nunca me venha a acontecer, se um dia tiver de me confrontar com uma nova falsa e mal intencionada denúncia, capaz de ferir a minha honorabilidade, sobretudo se a mesma for insistentemente difundida pelos órgãos de comunicação, como o foi o que se passou com o meu grande amigo, e esteve em iminência de me ter acontecido a mim. Porque, quem tem a própria consciência perfeitamente tranquila e nunca olha os outros, à partida, com desconfiança, está vulnerável a tal infortúnio.

Por causa de tudo isto, ainda hoje mantenho regular contacto com o seu irmão, Victor Forjaz, um eminente docente e investigador de vulcanologia, já jubilado, reconhecido mundialmente, e que visitei em janeiro deste ano em Ponta Delgada, dado não ter mais condições de saúde que lhe permitam vir dos Açores ao Continente, no intuito de lhe oferecer pessoalmente o meu último livro, *Despedidas que Jamais Esquecerei*, uma vez que sei que aprecia muito os livros que vou escrevendo, tal como eu, relativamente ao que ele vai continuando a publicar, porque estas dramáticas histórias nos fizeram aproximar um do outro de uma forma tão improvável quanto eivada de cumplicidade afetiva. Faço questão de lá voltar de novo, como lhe prometi, nem que seja "apenas" para lhe oferecer também este livro e dar-lhe um abraço tão forte como os que contei nas dedicatórias iniciais. Isto também é saber ser médico no sentido mais lato e mais genuíno que se possa imaginar. Para além do mais, porque tomou uma atitude que jamais esquecerei: Comprar uns quantos exemplares do meu primeiro livro, *Ode ou Requiem*, para o oferecer a alguns doentes que, nos Açores, eram regularmente assistidos pelo seu irmão, como que simbolizando que pretendesse que os mesmos guardassem dele uma perene recordação do melhor de si, ou seja, da sua natural bondade e inquebrantável coerência. Como disse o grande escritor colombiano, Gabriel García Márquez, "Aos velhos ensinaria que a morte não chega com a velhice, mas com o esquecimento".

SETÚBAL, 2024/05/31

MINISTÉRIO DA SAÚDE

INSPECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

CONFIDENCIAL
REGISTADO

Exmo. Senhor
Dr.José Manuel Domingos Poças
Assistente Hospitalar de Medicina
Interna do Hospital S.Bernardo
Rua Gama Braga, 18, B5, - 1º
2800 SETÚBAL

sua referência	sua comunicação	processo	data	nossa referência
Req.	10/12/98	110/97-I	98-12-15 06814	/SP

Assunto: Processo de inquérito

Em referencia ao solicitado no requerimento datado de 10 de Dezembro de 1998, informa-se V.Exa. que o processo de inquérito acima identificado ainda se encontra em fase de instrução não sendo, por ora, possivel avançar com a data provável da sua conclusão.

Com os melhores cumprimentos,

O INSPECTOR-GERAL,

(Armando Moreira Rodrigues)

Beta

POR FAVOR NA RESPOSTA INDICAR. "O Nº. DO PROCESSO E DATA E Nº. DO OFÍCIO"

Av. 24 de Julho, 2-L. - 1200 LISBOA - TELEFS. 342 30 51/8 TELEFAX 347 18 37

Mod. 3

Deliberação da Inspeção Geral de Saúde



São Roque Doente, século XIV, autor desconhecido,
in livro da Pinacoteca de Bari, Itália, admitindo-se tratar
da representação de uma dracunculíase

A saga do Rei nu

Ex.º Sr. Ministro da Saúde Dr Luís Filipe Pereira

INTRODUÇÃO

Os Homens, em nenhuma coisa mostram mais o intrínseco de seus pensamentos que no que escrevem

DAMIÃO DE GÓIS
Cronista português, 1502-1574

O que a seguir vou escrever é apenas o desenvolvimento das ideias que expressei publicamente a V.ª Ex.ª numa recente reunião realizada na sede nacional da Ordem dos Médicos, e que, por lógica manifesta falta de tempo e por não a querer monopolizar, apenas foram apontadas de uma forma resumida. Contudo, sem dúvida alguma que a escrita, na velha tradição Humanística, também se presta mais a uma outra profundidade de reflexão que está ausente, por natureza, na típica oratória improvisada das reuniões plenárias.

V.ª Ex.ª referiu-se na altura à minha intervenção como se ela tivesse sido um "grito de alma!" Eu preferiria, porém, chamar-lhe antes "um clamor para a consciencialização". Aceito, contudo, que percecionou corretamente que tenho convicções e que sou capaz de me entregar por inteiro àquilo que considero "As verdadeiras causas".

O que a seguir exponho, poderá ser entendido como se eu tivesse decidido vestir a pele de "advogado do diabo!". Então, que assim seja, dado que, quem sabe, até pode ser que seja útil...

OS MÉDICOS, O SISTEMA E OS PODERES

Que quer o Governo? Privatizar as funções sociais do Estado e tornar públicos os objetivos do lucro a qualquer preço?

HELENA ROSETA
Política portuguesa, 1947-

Ainda sem saber o que se vai passar em concreto, penso que toda a classe está em suspenso, não só quanto às perspetivas imediatas e a prazo que decorrem das profundas reformas agora encetadas pelo atual governo na área da Saúde, bem como quanto às intervenções que se irão fazer no decorrer do próximo congresso da nossa classe e intitulado, com toda a pertinência, "Os Médicos e os Poderes".

O médico é um cidadão de pleno direito, razão pela qual, nestes tempos conturbados que se avizinham, é quase um imperativo de consciência expressar algumas opiniões consubstanciadas numa aturada reflexão sobre a realidade envolvente, bem como na vivência acumulada ao longo de mais vinte anos de dedicação profunda à causa hospitalar pública.

Não se trata de dizer mal só para exorcizar frustrações pouco recomendáveis, mas antes contribuir, genuinamente, para uma melhoria das propostas em discussão, no sentido óbvio e unânime de obter melhor satisfação dos doentes e dos profissionais. Porque recuso-me firmemente em considerar a existência de qualquer antagonismo de fundo nestes dois propósitos, bem como em reconhecer uma cega resistência às mudanças que se impõem no sistema por parte indiscriminada de toda a classe de que faço parte. Inclusive, pela constatação de que, se existem "vítimas" do mesmo, nelas podemos também incluir, com toda a propriedade, muitos médicos, e não só os doentes.

Convicções e constatações que dão para pensar...

Afirmei, então, que é minha sincera convicção que a maioria de nós está algo insatisfeita com a atual situação e que quase ninguém questiona a necessidade de se empreender algumas alterações no nosso sistema de saúde. Aceite V.ª Ex.ª que, contudo, os médicos sentem com profunda injustiça que estão a ser tratados como se lhes fossem apenas reconhecidos deveres, e não também direitos, como aos demais cidadãos. Reconheça que têm toda a legitimidade para se sentirem realmente desconfiados do Poder, já que, na maioria dos casos, exercem com dedicação a sua profissão, desempenham as suas tarefas com competência técnico-científica e, ao olharem para os governantes, veem frequentemente pessoas estranhas ao meio médico, das quais nunca foi conhecida uma única posição

pública ou interesse particular sobre a matéria (com honrosas e reconhecidas exceções, diga-se em abono da verdade!). O que não quer dizer, certamente, que um Ministro da Saúde tenha que ser obrigatoriamente um profissional do setor...

Mais recentemente, em duas legislaturas consecutivas, com governos do mesmo partido político, presididas pelo mesmo Primeiro-Ministro, a classe assistiu, atonitamente, à defesa acérrima de políticas perfeitamente antagónicas para resolver problemas idênticos! Cite-se o famigerado caso dos CRIs, que, no meu entender, poderiam constituir, em alguns casos selecionados, uma real alternativa a algumas das alterações que agora se pretendem encetar.

Ainda pior, pretende-se logo de seguida, num período de escassos meses, aplicar um conjunto vasto de legislação que introduz uma metodologia de organização e gestão radicalmente diferentes, quando todos os governos que se foram sucedendo, ao longo de muitos anos, tinham antes optado por uma política avisada de reformas graduais, após a institucionalização do SNS (que todos dizem pretender defender...).

É bom que quem tem responsabilidade governativa reconheça que, frequentemente, a avaliação que fazem da nossa classe é completamente errónea. Só para ilustrar, citaria dois exemplos. Começaria por lembrar que quando se instituiu a possibilidade de os médicos trabalharem em regime de dedicação exclusiva foi com muita estupefação que a Sr.ª Ministra da altura viu uma percentagem enorme dos médicos aderirem a este esquema. O que esperava era poder vir depois a público denunciar que estes não tinham optado por aquela possibilidade, porque ganhavam muito mais na atividade privada e que o que pretendiam era continuar a fazer "domicílios ao hospital". Acresce que só por motivos da referida e fundada desconfiança, e pela restrição imposta pelos respetivos CAs, a aderência não foi ainda maior. O outro exemplo diz respeito ao que se passou com a reformulação dos Centros de Saúde, cuja Geração já vai na terceira (!), a que só uma minoria de colegas tem aderido, apesar de muitos já se dizerem arrependidos.

As modas em Portugal chegam geralmente mais tarde do que noutros países socioeconomicamente mais desenvolvidos, embora esta realidade comporte algumas inquestionáveis vantagens que os governantes deveriam saber aproveitar. Por exemplo, sabemos que o sistema de saúde dos EUA, fundamentalmente baseado num esquema de seguros, deixa de fora, praticamente sem assistência médica de qualidade, cerca de 10% da população (cerca de trinta milhões de pessoas!), consumindo, porém, uma percentagem do PIB muito maior do que qualquer outro país do globo, situação muito discutida no tempo do ex-Presidente

Clinton, e objeto frequente de artigos na revista médica mais famosa em termos mundiais, ou seja, no *New England Journal of Medicine*!

E que a reforma empreendida pela Sr.ª Margaret Thatcher (quiçá algo semelhante à que se está a querer realizar agora em Portugal) sabe-se hoje não ter produzido os melhores resultados, situação que pude observar e discutir com alguns colegas meus em Londres, aquando de um estágio realizado no ano passado num conceituado hospital, e tal como quer cidadãos, quer o governo atual acabaram por reconhecer! Acresce que a despesa a pagar por aquela aventura não vai ser nada pequena, estimando-se ser da ordem dos 4.000.000.000 de euros, só para investimentos na rede hospitalar do serviço público, apenas durante o prazo de uma legislatura...

É bom que se diga que apesar das deficiências indiscutíveis do atual sistema nacional, segundo um recente Relatório da insuspeita OMS, embora a despesa com a Saúde relativamente ao PIB (8,2%) situe Portugal relativamente próximo da média dos países comunitários, a fatia que corresponde à comparticipação pública direta dessa importância (57,5%) fica, contudo, muitíssimo aquém da dos restantes. Também é importante destacar que em termos da avaliação do desempenho global dos Sistemas de Saúde, o nosso país ocupa um honroso 12.º lugar, à frente de países bem mais ricos e desenvolvidos, tal como os citados EUA e Inglaterra!

Por outro lado, num também recente e importantíssimo estudo publicado ("Saúde e Doença em Portugal") pelo Professor Doutor Manuel Villaverde Cabral (um eminente sociólogo português) e colaboradores, infelizmente pouco tido em consideração pela elite política do momento, foi possível concluir que, não só a generalidade dos cidadãos não está tão insatisfeita com a assistência médica como vulgarmente se diz e pensa (bem pelo contrário!), como confrontada com a necessidade de ser eventualmente necessário um esforço financeiro suplementar por parte do Estado como condição de ter acesso a cuidados de saúde de maior acessibilidade e qualidade, a maioria pronunciou-se favoravelmente, em detrimento de outras áreas da administração pública bem mais mediáticas neste momento.

Por tudo isto, aconselhei prudência no sentido de se dispor do tempo suficiente para se tentar antever os previsíveis impactos futuros das atuais reformas, porque o assunto é demasiado sério para experimentações aventureiras. É que, embora parte dos Hospitais nacionais sejam hoje empresas, só por caricatura e infeliz ironia se poderiam considerar as enfermarias como simples linhas de montagem, os profissionais de saúde como caprichosos robôs, e, os doentes, como um mero conjunto mais ou menos desafinado de peças.

Os Médicos...

A classe médica pode dividir-se, resumidamente, em três grupos: Os que produzem pouco, porque se consideram mal remunerados e avessos ao cumprimento de horários (uma minoria); os que, de uma forma quase "quixotesca", contra ventos e marés, trabalham que nem uns "mouros", em busca de uma paz de espírito que só a realização profissional e a sensação de utilidade perante o doente e a sociedade, são por si só quase que suficientes para prosseguirem com energia na mesma senda (uma outra minoria); os que cumprem minimamente com as tarefas diárias, embora se sintam cada vez mais arrependidos por terem optado por esta carreira e desmotivados com o sistema, os governantes, e até com a profissão (uma maioria perigosamente cada vez mais numerosa). Devo acrescentar que os do primeiro grupo, talvez por serem os que geram menos despesa, são os mais "apreciados" por certas administrações hospitalares, enquanto os do segundo, são chamados frequentemente a justificarem e refrearem os seus "exóticos caprichos" de obstinadamente quererem o melhor para os seus doentes, e, finalmente, os do último, cada vez falam mais insistentemente em pedirem reforma ou licença sem vencimento! Pergunta-se, pois, a propósito, como é que os doentes iriam ver resolvidos os seus problemas, se tal atitude se vier a generalizar?

Embora este não seja apenas um problema específico do nosso país, era bom que o gabinete de V.ª Ex.ª lesse os inúmeros artigos sobre o tema publicados semanalmente no *JAMA* (órgão oficial da credenciada Associação Médica Americana), ou do *British Medical Journal*, que editou recentemente um número praticamente todo dedicado a ele.

Os médicos são, neste momento, para além do mais, uma classe envelhecida e geograficamente mal distribuída, a breve trecho em número inferior às necessidades básicas, em que muitos já começam a sofrer as consequências naturais, não só da idade, como de um desgaste psicológico e físico num nível que, como é reconhecido, é raro na grande maioria das restantes profissões. Recordo, a propósito, um recente editorial publicado no celebérrimo *Annals of Internal Medicine* (órgão oficial da associação médica americana mais credenciada, o *American College of Physicians*) e que se intitulava, providencialmente: "Não estarão os médicos a ficar mais doentes do que os próprios doentes "?

Temos como característica quase universal sermos visceralmente avessos ao comportamento certinho do mero "funcionário público manga de alpaca"! Aliás, com toda a propriedade, dado que, se assim não fosse, só os doentes sairiam prejudicados. O Sr. Ministro conhece alguma outra classe profissional que se desloque à noite, ao fim de semana ou ao dia feriado, fora de qualquer horário

estipulado ou esquema remuneratório previsto, só para observar um doente que julga necessitar do seu cuidado? Conhece algum outro profissional, que não o médico, que prolongue o horário de consulta, com prejuízo da sua vida pessoal e familiar (a que tem direito como os demais cidadãos), quando já só restam doentes na sala de espera, quiçá colocando em risco a sua própria integridade física?

De facto, os médicos consideram-se geralmente (e com razão!), mal pagos, mas prezam, como todos os outros cidadãos, a sua qualidade de vida e das respetivas famílias, o que implica que renegam cada vez mais a "mercantilização", da medicina feita "à peça", ou a "mercenarização" inerente a uma vida de "nomadismo profissional" pouco recomendável. Não exigem, na generalidade das especialidades eminentemente clínicas, honorários muitíssimo maiores para se dedicarem por inteiro às instituições onde trabalham. O que, obviamente, não é o mesmo que defender que o Estado tem que dar emprego a todos por tempo indeterminado, antes pelo contrário!

A profissão médica é, pois, na minha perspetiva, demasiado absorvente, desgastante e exigente em termos de atualização curricular e científica, que não se compadece, na grande maioria das especialidades, com o seu exercício em *part-time*! Longe, felizmente, vai o tempo em que, segundo a velha tradição Salazarista, os médicos apenas tinham direito a uma "gratificação mensal", porque as respetivas administrações dos hospitais públicos ou das misericórdias fechavam os olhos, propositadamente, à sua pontualidade, em troca de aí poderem criar a fama que posteriormente fosse rentabilizada no consultório e traduzida em cifrões!

Talvez que seja a hora de se refletir seriamente sobre a seguinte realidade, que considero, a este respeito, verdadeiramente paradigmática: Não será, precisamente, por todas as razões apontadas que, ao contrário de umas gerações atrás, ser médico hoje em dia funciona como um fator de forte desincentivo para que os nossos filhos venham a enveredar pelo mesmo mister? Desconhecerá, pois, V.ª Ex.ª que em grande parte, o êxito de qualquer plano ou reforma, talvez mais neste do que noutros domínios, depende do empenhamento dos seus protagonistas? E, de igual forma, para atrair as tão necessárias novas gerações de clínicos?

Condições de trabalho e produtividade...

V.ª Ex.ª diz, para explicar à população a política que pretende implementar, que a produtividade dos médicos é baixíssima e cita os exemplos das listas de espera das especialidades cirúrgicas e das consultas externas de algumas outras especialidades, bem como a falta de rentabilização da capacidade técnica instalada, nomeadamente no que concerne aos meios complementares de diagnóstico, etc.

E o que é que acha que os cidadãos entendem destas afirmações? Obviamente, que os médicos não querem trabalhar, que só pretendem ganhar dinheiro na sua atividade privada!

Alguém vislumbrará, sinceramente, quais são as reais consequências do clima que se instala? Pois eu afirmo, alto e bom som, que são terríveis, e que os principais prejudicados são os próprios doentes. Quantos colegas meus não foram já injustamente insultados, vilipendiados ou ameaçados? E o que dizer da relação médico-doente que é tão importante, e que nalgumas (muitas) circunstâncias produz, por si só, melhores resultados clínicos do que toda a moderna e dispendiosa farmacopeia...

Sr. Ministro, quando se dizem apenas "meias-verdades", não estamos a pugnar pelo necessário apuramento da "Verdade".

Porque é que ninguém do Ministério vem então explicar aos cidadãos as reais causas daquele terrível equívoco? Não percecionarão que se está a transformar, injustamente, toda uma classe em bode expiatório do sistema? Será intencional ou fruto da mais pura ingenuidade e desconhecimento da realidade?

Dir-lhe-ei, então, que enquanto não se separem definitivamente as fronteiras entre o que é público e privado e existirem profissionais a trabalharem em ambos os lados, nada se resolverá! Seria bom para a rentabilização e dignificação de ambos os setores. Porque, não tenho quaisquer dúvidas, ambos devem coexistir em complementaridade, e, mesmo, nalgumas circunstâncias, os doentes são melhor e mais rapidamente atendidos no setor privado, quanto mais não seja porque, como cidadãos, devem ter pleno direito de poderem escolher livremente um esquema que prefiram, bem como para onde canalizar as suas poupanças!

Só que, como se sabe, existem condicionantes importantes a ter em conta: Somos um país pobre (se bem que dentro do grupo restrito dos ricos...), não existe tradição de investimento por parte das seguradoras, o respetivo prémio é oneroso, ainda não existem hospitais privados a funcionarem "a sério" (com poucas exceções), e as apólices têm uma cobertura de riscos muito aquém das necessidades, tendo em consideração que são cada vez mais frequentes alguns problemas clínicos que só o Estado quer (?) (ou, tem de...) garantir, quanto mais não seja pelas condicionantes de natureza ético-deontológica! Refiro-me, concretamente, às patologias do envelhecimento, à SIDA, ao Cancro, aos Transplantes, às aplicações recentes nos domínios da genética, da imunologia, ou das neurociências, etc., cujos custos são de tal modo elevados que quase ninguém, por si só, consegue suportar. Porém, continuam (e continuarão?) a constituir um genuíno imperativo constitucional e ético de toda a sociedade, razão de fundo pela qual devem estar

sempre disponíveis para quem deles, realmente, vier a necessitar, nomeadamente no seio do grupo dos denominados deserdados da nossa civilização (infelizmente cada vez mais numeroso).

Como é que se pode entender que um exame imagiológico seja realizado em tempo útil, e que o relatório só seja processado vários dias depois? E o mesmo quanto aos resultados das análises clínicas! E, o que dizer quanto à ineficácia dos arquivos clínicos, onde encontrar um processo ou ver arquivado um exame auxiliar de diagnóstico pode demorar várias semanas? Como é que se poderão, pois, melhorar as médias de internamento quando, para além daqueles importantíssimos constrangimentos, o nosso país não tem qualquer política credível para a terceira idade, funcionando as enfermarias e os próprios serviços de urgência, como verdadeiros asilos ou unidades de terapêutica paliativa?

Bastante exemplificativo desta realidade é a política irresponsável de desarticulação das camas dos Hospitais Concelhios levada a cabo desde há uns anos, sem se ter tido previamente cuidado na implementação de sistemas alternativos eficazes (seguramente mais baratos e humanizados!).

Como é que muitas vezes se poderá aumentar o número de cirurgias ou rentabilizar melhor as salas operatórias existentes, quando a maioria dos cirurgiões está em horário de 35h, muitas vezes não existem sequer maqueiros e auxiliares de ação médica em número suficiente para transportarem os doentes em tempo útil, faltam enfermeiros para instrumentar, ou escasseiam camas para se poder proceder ao respetivo internamento? Isto, para já não falar dos casos em que alguns aparelhos estão parados por falta de contratos de manutenção ou de técnicos especializados, bem como da inexistência de condições logísticas para a cirurgia de ambulatório em quase todos os hospitais, ou de uma política correta de aquisição de equipamentos!

De quem é a responsabilidade de se terem construído, nos últimos quinze anos, de forma perfeitamente desproporcional às necessidades e sob pressão dos respetivos *lobbies* autárquicos, vários hospitais que apresentam uma baixa taxa de ocupação, uma carência gritante em meios humanos e técnicos, ao passo que noutras zonas acontece precisamente o inverso? Não terão os respetivos cidadãos e munícipes iguais direitos perante a lei deste país? O problema é que, de facto, estamos muito longe de ter uma distribuição dos diversos recursos, na proporção efetiva das reais necessidades de cada região...

Não deverá ser, pois, a medicina, presentemente, na sua verdadeira aceção, uma atividade de grupo, e não seremos nós o país comunitário com a maior carência em enfermeiros e técnicos superiores dos mais diversos ramos de

especialização, bem como com uma parte ainda significativa do parque hospitalar degradado em termos hoteleiros ou desadequado em termos da sua lotação relativa à população que serve? Não compreenderão que o tempo do médico isolado no seu consultório, apenas com um estetoscópio, é uma figura do passado que não volta mais?

Algumas ideias e propostas de solução...

Sou da firme opinião que com melhor planificação, com maior carga horária semanal, resolvendo os problemas já equacionados que estão na base da inquestionável reduzida rentabilização de meios e de instalações, em algumas especialidades e nalguns hospitais, talvez não fossem necessários mais, ou mesmo, tantos médicos, do que os que já existem. Só que outras alterações se deveriam ainda empreender...

Cito, por exemplo, o caso paradigmático das urgências hospitalares, através da criação de uma carreira e de uma subespecialidade médica própria, dentro da filosofia que defendi num artigo a ser editado em breve em livro pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Outra das alterações aí também prevista e fundamental, no meu entender, diz respeito à articulação entre os Cuidados Primários e Secundários, segundo a qual deveria passar a existir, em todos os Centros de Saúde, uma consultadoria efetiva por parte de algumas especialidades ditas básicas (Medicina Interna, Pediatria, Psiquiatria, Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Geral, Oftalmologia, ORL, e Estomatologia) aos colegas Médicos de Família, o que seria muito mais produtivo e pedagógico do que o que se passa atualmente.

Aliás, ao contrário do que geralmente se diz relativamente aos hospitais, penso que em muitas circunstâncias se fazem demasiadas consultas, dado que, se existissem médicos generalistas em número suficiente e o referido apoio pelas ditas especialidades, muitos dos doentes aí assistidos, deveriam antes ser encaminhados e atendidos no ambulatório. O especialista hospitalar deve antes observar e tratar patologia rara ou diferenciada, algumas doenças crónicas muito bem identificadas, realizar exames sofisticados e ser apenas consultor do generalista nas restantes circunstâncias. Caso contrário, ir-se-ão gerar gastos substanciais e desnecessários, com consequente perda de qualidade de vida por parte dos doentes, que devem permanecer, tanto quanto possível, cidadãos produtivos e profissionalmente realizados, e não passarem o tempo a deslocarem-se escusadamente ao hospital, presos da sua infernal e ineficiente teia burocrática.

Como é que se irão, então, avaliar as muitas especialidades que não fazem operações ou não executam técnicas? Porque é que será que quase ninguém fala

delas, quando algumas são realmente as mais importantes, nem todas têm listas de espera, e, por vezes, encarregam-se dos doentes mais complexos e onerosos, ou seja, do cada vez maior contingente de doentes geriátricos ou com as mais diversas doenças crónicas! Será que querem que passemos a observar doentes a contrarrelógio, ou que antecipemos a alta hospitalar só para não estragar a estatística mensal e não vermos diminuídos os nossos honorários? Contribuirá isso para a humanização da atividade médica e para a melhoria da sua qualidade efetiva?

V.ª Ex.ª diz que quer devolver a dignidade perdida dos Diretores de Serviço, implementando uma organização em que deixam de existir várias chefias em paralelo, cada uma delas representando o seu respetivo setor de atividade profissional, e, que, finalmente, os médicos vão ter o poder disciplinar sobre toda a estrutura que dirigem. Cumprimento-o pela coragem, mas, tal como disse, é por si só insuficiente para que se justifique todo o imenso trabalho e dispêndio financeiro e de tempo, para implementar uma "nova" metodologia organizacional ao serviço de todo um sistema, e esperar dela o que seria realmente suposto! Ir-me-ei, pois, explicar melhor...

O que se deve antes exigir dos Diretores de Serviço é, sobretudo, penso eu, para além da dita capacidade disciplinar (importante, sem dúvida), uma verdadeira capacidade de Organização e Planificação estratégicas. Só que, para executar cabalmente esta difícil missão é imperioso ter condições efetivas.

Desde logo, a existência de um secretariado clínico profissionalizado, uma informatização em rede dos diversos serviços e hospitais, bem como um apoio adequado do respetivo administrador da área, sem o que, obviamente, e, em boa verdade, ninguém deverá sentir-se realmente responsabilizável, caso não possua, de facto, as condições que são minimamente exigíveis. Por exemplo, qual é o CA que tem por hábito discutir com regularidade e espírito construtivo os Relatórios Anuais de Atividades e os Planos para o Ano seguinte dos respetivos Serviços e Unidades?

Desconhecerá V.ª Ex.ª que, no absurdo sistema atual, o tempo "útil" do médico é maioritariamente gasto não na observação clínica dos doentes, na transmissão dos conhecimentos às novas gerações, ou na importantíssima atividade científica e de atualização profissional, mas, antes, em executar tarefas que são próprias do inexistente secretariado, ou mesmo do âmbito dos auxiliares de ação médica e da enfermagem?!... Não concordará comigo que sem um bom exemplo que venha das estruturas hierarquicamente acima dos Diretores de Serviço se torna tudo muito complicado? Isto é, como é que se pode exigir quando não se cumpre?

O que é que seria de um Ministro ou de um Administrador de uma qualquer empresa, independentemente da sua competência profissional intrínseca,

dedicação e capacidade organizacional, se não dispusessem de um secretariado eficaz e um sistema informático à altura das suas responsabilidades, e tivessem, como acontece com a grande maioria dos Diretores de Serviço e de Departamento, bem como com os Responsáveis de Unidade, para além das suas tarefas clínicas inerentes (por vezes muito pesadas) de, ainda, ter de desempenhar as funções de telefonista, umas vezes redigir documentos à mão, noutras ter de transportar o seu computador pessoal para o hospital (quando têm um gabinete próprio, o que nem sempre acontece...), não ter qualquer *feedback* regular sobre os mais importantes índices de gestão, etc.? V.ª Ex.ª acha, sinceramente, que pedir isto é um mero capricho desprovido de qualquer sentido?

Sr. Ministro, não concorda que se trata de uma reivindicação mais do que básica e justa e que até se pode traduzir em poupança, uma vez que, de certeza, ao conhecer os impactos das estratégias adotadas, poder-se-ão fazer as correções e as adaptações necessárias, melhorando futuramente os resultados? Não passaríamos, então, a ser inteiramente responsabilizáveis, tal como V.ª Ex.ª (e bem!) pretende?

É que não são só os doentes que são as vítimas da infernal burocracia reinante, tal como já anteriormente aludi. Como é que será possível compreender que numa consulta, a maior parte do tempo seja passado a preencher impressos? Por exemplo, em Inglaterra, onde estive, o médico preenchia impressos (em número muito menor!) através de um computador e ditava todos os relatórios para um *dictafone*, que eram imediatamente passados informaticamente pela respetiva secretária, assinados pelo mesmo de seguida e entregues ao doente! Por outro lado ainda, nesse mesmo hospital inglês, ao contrário do que acontece no nosso país, a marcação dos exames auxiliares de diagnóstico necessários e a receção dos consequentes resultados eram igualmente efetuados pelos mesmos meios. Será assim tão difícil colocar em prática metodologias de trabalho que realmente se comprovaram ser melhores do que as nossas, já tão desatualizadas?

Maus exemplos...

O exemplo mais eloquente deste verdadeiro absurdo, acaba por ser dado recentemente pelo Ministério de V.ª Ex.ª, ao implementar o novo modelo de receita médica. Para quê termos que escrever a posologia de todos os medicamentos, mesmo quando passamos mais do que um impresso, ou são de administração prolongada? Para quê termos que colocar à frente de cada um deles o Despacho ou Portaria a que corresponde a patologia de cada doente (quando existem dezenas!...?). Para quê termos que pôr várias assinaturas num mesmo documento?

Para quê termos que decorar o número de unidades de cada embalagem e termos que o escrever, bem como o número de embalagens em todos, por extenso e numericamente? Não seria mais fácil dizer a duração total do tratamento, (em dias), ou, para as doenças crónicas, o correspondente ao intervalo de tempo entre duas consultas? Será que alguém do Infarmed imagina o tempo infinito que levamos para procedermos conforme o legalmente estipulado, e, ainda por cima, gastarmos outro tanto a consultarmos o DR e o Simpósio dando, assim, deste modo, ainda por cima, uma sensação de insegurança ao doente, que passará a duvidar, legitimamente, se sabemos ao certo o que lhes estamos a receitar e qual o verdadeiro diagnóstico de que padece? Não saberão que, em certos casos, infelizmente não raros na minha especialidade e noutras, a posologia diária de certos medicamentos ultrapassa uma embalagem por dia, o que significa preencher mais de trinta (!) receitas só para um mês de tratamento?

É assim que se pretende rentabilizar o trabalho médico? Alguém se importará sinceramente com o (nosso!) tempo? Ou será que é pelo facto da nossa remuneração por hora de trabalho ser demasiado baixa? Como é que se diz querer, então, em coerência, aumentar a produtividade dos médicos? Como resolver, pois, este terrível anacronismo?

Se o objetivo não confessado (ainda que perfeitamente legítimo!) é afinal o de poupar recursos financeiros, porque é que, por exemplo, a SIDA não foi considerada ainda uma Doença Crónica, com direito também a um Despacho publicado em DR? Porque é que não se legisla a sério sobre os Hospitais de Dia não oncológicos, para aí se poder dispensar legalmente toda a medicação destinada às profilaxias anti-infeciosas e outras situações clínicas acompanhantes, assim evitando que os doentes andem num rodopio a caminho da Segurança Social, mendigando, de modo humilhante, o dinheiro necessário? Porque é que se não prevê a obrigatoriedade dos doentes do hospital medicados com fármacos comparticipados a 100%, levantem esta medicação na Farmácia da instituição, quando o preço do medicamento aqui fornecido é cerca de 50% do que se paga nas farmácias ditas de oficina?

Decorrente daquela realidade, assistimos hoje, não raramente, e mesmo, com frequência crescente, a doentes que foram internados com situações bastante graves, e que todo o esforço desenvolvido pelos muitos profissionais envolvidos e os avultados gastos financeiros despendidos serem completamente infrutíferos pela incapacidade de continuar a cumprir com as terapêuticas prescritas em ambulatório, dadas as muitas dificuldades socioeconómicas presentes!

Um dedo na ferida e um peso na consciência...

Sr. Ministro, quase a finalizar esta primeira parte, não ficaria de bem com a minha consciência se não abordasse ainda um último assunto. Melindroso. Mas não menos importante. Pelo menos, do ponto de vista ético.

Não questiono a legitimidade de haver mudança legislativa, sempre que há mudança de órgãos de soberania nos regimes democráticos. Tão pouco, quanto aos lugares correspondentes aos principais dirigentes da administração pública. Considero, inclusive, que os ciclos políticos se fizeram para isso mesmo (desde que, obviamente, se salvaguardem critérios estritos de competência e não se façam prevalecer os que decorrem do acostumado clientelismo partidário). Parafraseando, para uma nova peça, realizador e atores novos. Nada a opor, portanto (com as ditas e fundamentais ressalvas!).

O que acho realmente condenável e algo inédito é que, independentemente da melhor ou pior avaliação (embora sempre algo subjetiva!) da ação de quem vai ser substituído, não se tenha tido prévio o cuidado de, em todo este processo, salvaguardar a dignidade dos respetivos cargos, isto é, reconhecer que houve sempre um certo empenhamento e algum sacrifício pessoal no exercício dessas funções por parte de quem, em determinada altura e com igual legitimidade, as viu confiadas. Refiro-me, concretamente, à forma como o poder institucional foi transmitido nos hospitais públicos ora empresarializados.

É bom que se não esqueça nunca que, na sua essência, ele é, por definição, efémero!...

Pergunto, pois, se a classe médica em grupo, ou por intermédio de cada um dos seus membros individualmente, decidisse não aceitar quaisquer cargos com categoria superior a Diretor de Departamento? Quem passaria então a ser o "bode expiatório" do alegado mau funcionamento do sistema?

O (IN)SUCESSO DOS CASOS DE SUCESSO

Quando algo não está bem, tem que ser recomeçado e refeito, em vez de se insistir no que está torto

GUILHERME D'OLIVEIRA MARTINS
Ex-Ministro da Educação e das Finanças, 1952-

Diz-se vulgarmente que o que é publicamente correto hoje em dia é falar em casos de sucesso, em vez de exibir a tradicional e inconsequente lamúria lusitana, segundo a qual tudo o que é nacional é mau, exceto quando a saudade nos trai a memória, longe da pátria amada. Concordo que esta postura seja bem mais pedagógica e produtiva!

Mas o problema é que, apesar de tudo, a classe médica, lutando contra o generalizado desconhecimento da elite administrativa reinante e a burocracia serôdia das complicadíssimas condicionantes processuais, soube ser sempre a real mola impulsionadora que conseguiu promover a aplicação das mais modernas tecnologias ao serviço do bem comum, bem como implementar as estruturas assistenciais que dessem resposta cabal a situações imprevistas, de que a SIDA é um bom exemplo, superando, pois, desta forma, frequentemente, a crónica falta de planeamento por parte de quem nos tem governado. Não obstante, mesmo apesar desta postura e da demonstração inequívoca de necessidades sobejamente demonstradas e de um quase que obstinado empenhamento, alguns de nós somos literalmente impedidos de podermos dizer que conseguimos ter um verdadeiro caso de sucesso entre mãos... Ou não será assim? Quer V.ª Ex.ª ver um exemplo eloquente disso mesmo?

OS PODERES, UM HOSPITAL, E OS MÉDICOS

Não peçam aos portugueses otimismo sem condições

BOAVENTURA SOUSA SANTOS
Sociólogo e docente universitário, 1940-

O que a seguir se resume poderá parecer um pouco confuso a quem nunca esteve por dentro desta problemática, embora a sensação de verdadeiro absurdo e perplexidade, resulte antes, e tão só, da absoluta ineficiência de algumas das entidades responsáveis (?) citadas e do inaceitável abandono a que o HSB foi votado ao longo dos últimos anos, e não da própria descrição em si mesma.

Com o intuito de facilitar o seguimento do raciocínio, embora sejam abordados temas muito diversos, se bem que apenas partes de uma só realidade (obras, financiamentos, equipamento, quadro médico, etc.), optei por seguir sobretudo um critério (sempre discutível) cronológico dos acontecimentos e das iniciativas empreendidas (todas do conhecimento do CA do HSB!).

A inacreditável saga da Unidade de Infeciologia do HSB...

O Hospital Regional de Setúbal foi inaugurado em maio de 1959, vindo a substituir o velho Hospital do Espírito Santo, e, já nessa altura, embora estivesse até abril de 1974 sob a jurisdição da Misericórdia, se previa a existência de duas enfermarias para doentes com patologia infetocontagiosa. Contudo, esse tipo de utilização, até final da década de 80, foi apenas esporádica.

Os anos foram-se passando e, em dezembro de 1993, os responsáveis do Ministério da Saúde na altura em funções fizeram publicar em DR um despacho, através do qual foram criadas diversas Unidades de Infeciologia diferenciada em vários hospitais distritais, nos quais se incluía o HSB de Setúbal.

Em abril de 1995, através de um despacho do então Diretor Geral da Saúde, foram homologadas no HSB, especificamente, as Valências de Infeciologia e de Oncologia Médica.

Como consequência destas determinações, fui nomeado, sucessivamente, Coordenador Hospitalar para a área da SIDA, e, posteriormente, Responsável pelo Núcleo e Valência de Infeciologia, tendo já previamente (em outubro de 1992) procedido à abertura de uma Consulta Externa desta subespecialidade.

Em 1994, em função da elevada prevalência de doentes com patologia infeciosa (sobretudo infetados pelo VIH, mas não só...) e da sua crescente e lógica referenciação ao HSB, iniciou-se uma colaboração muito frutuosa com a CNLS, da qual resultaram algumas iniciativas que a seguir se destacam (todas com o apoio dos sucessivos CAs do Hospital). Primeiramente, logo nesse ano, inaugurou-se a primeira Unidade de Broncologia, com verbas integralmente provenientes daquela instituição (cerca de 5.000 contos).

Em julho de 1997, perante o crescimento progressivo das carências respeitantes às capacidades assistenciais, enderecei um relatório circunstanciado à Direção Médica do HSB, de que resultou numa candidatura a um financiamento através do Programa CRIA da CNLS para uma Enfermaria de Infeciologia/Pneumologia com 24 camas de internamento e com mais quatro Quartos de Isolamento Respiratório, bem como o pedido ao Ministério da Tutela para a criação do Quadro Médico da Valência.

Deve acrescentar-se que a DGS já anteriormente tinha publicado um despacho, para mandar implementar a construção de Quartos de Isolamento Respiratório nos principais hospitais do país, sem que, contudo, nenhum tenha sido entretanto construído diretamente pelo próprio Ministério da Tutela respetiva, por manifesta falta da descentralização das correspondentes verbas necessárias, facto que esteve na origem de uma publicação que efetuei no órgão de informação oficial da FNAM, intitulada "As doenças nosocomiais e os riscos da atividade médica: Deveres e responsabilidades no caso particular da tuberculose".

Talvez que, por essa circunstância, a própria CNLS tenha assumido esta tarefa e, em consequência, tenha aprovado o referido pedido de financiamento, embora exclusivamente para aquele efeito, ficando, pois, por resolver o problema das restantes verbas necessárias (estimadas, na altura, em 50.000 contos).

Na sequência daquele facto, após a inauguração da ampliação e coincidindo com o começo da discussão do plano de obras e reformulação do edifício antigo do HSB, deu-se então início a uma série de reuniões com a ARSLVT (nas quais participei), e que culminaram na adjudicação do plano arquitetónico e funcional a uma firma privada especializada (orçado em cerca de 10.000 contos), bem como à calendarização das obras do quinto piso e consequente aplicação dos cerca de 50.000 contos atribuídos pela CNLS.

Em 1998, perante a perceção de que, provavelmente, iria haver um atraso na implementação do referido plano de obras e pela iminente rotura da Consulta Externa e do Internamento (onde, por exemplo, os cerca de mil atendimentos/ano em Hospital de Dia eram realizados através da mais que precária utilização de uma pequena sala de preparação de medicamentos adstrita ao setor de enfermagem e sem qualquer apoio adequado do mesmo ou de secretariado clínico), subscrevemos outro pedido de financiamento ao abrigo do programa CRIA da CNLS, conducente à adaptação de uma área devoluta no edifício antigo, para uma Unidade de Ambulatório provisória (concentrando, no mesmo espaço, Hospital de Dia, Consulta Externa e Salas de Exames).

Este financiamento foi deferido (cerca de 15.000 contos), tendo sido possível fazer a sua inauguração em março de 2000 (que incluía também uma nova Unidade de Broncologia mais bem apetrechada, orçada em cerca de 5.000 contos) em cerimónia presidida pela Ex.ª Sr.ª Ministra da Saúde então em exercício de funções.

Entretanto, já em 1999, tinha finalmente sido aprovado o Quadro Médico da Unidade (composto por um Chefe de Serviço e três Assistentes Hospitalares), facto que permitiu o provimento de uma colega oriunda do Hospital de Santa Maria que

se encontrava na instituição em vaga denominada de carenciada havia cerca de dois anos.

Quando tivemos a perspetiva de que a Unidade de Ambulatório iria de facto ser inaugurada, submetemos novo pedido de financiamento ao Programa CRIA da CNLS para dois projetos: Obras e equipamento para um Laboratório de Biologia Molecular (da responsabilidade do Prof. Doutor Filipe Inácio, Diretor do Serviço de Imunoalergologia, e que já vinha funcionando há cerca de cinco anos em instalações provisórias); Informatização dos registos clínicos.

Em relação a este último aspeto, elaborámos um caderno de encargos detalhado, fizemos uma auscultação preliminar de mercado a diversas firmas especializadas (para o *Software*), e submetemos os documentos à Comissão de Proteção de Dados da Assembleia da República. Destas iniciativas, resultou a atribuição de um subsídio de cerca de 4.000 contos para o *Hardware* (da CNLS, 75%, e os restantes 25% da CDLS), bem como uma autorização tácita por parte da referida Comissão Parlamentar.

Aquando da inauguração da Unidade de Ambulatório, apresentámos aquele projeto à então Ministra da Saúde que, de imediato, se pronunciou favoravelmente, remetendo-o à ARSLVT, para que esta ponderasse a sua implementação, não ao nível isolado do HSB, mas, eventualmente, a todas as unidades congéneres do país... Até hoje!

No terceiro trimestre de 2000 fui convidado (e aceitei) integrar uma Comissão Técnica de Peritos Especialistas que, no âmbito da DGS, foi responsável pela elaboração do documento da Rede de Referenciação Hospitalar de Infeciologia, que viria a ser apresentada em cerimónia pública, somente no segundo trimestre de 2002 (mau grado a urgência então alegada!...) e, no qual, pelos critérios nele consignados, se verificava que o movimento assistencial já era suficiente para poder ser considerado um Serviço autónomo. Contudo, ficou estabelecido que ficaria, por ora, apenas como Unidade, dado não ter ainda um Quadro Médico provido na totalidade e uma Enfermaria autónoma a funcionar.

Na sequência da elaboração daquele documento estruturante fundamental para a especialidade e para o próprio país, procedi, no decorrer do último trimestre de 2000, à elaboração da justificação médica necessária ao preenchimento, pelo setor administrativo, do formulário de candidatura ao pedido de financiamento pelo Programa Saúde XXI. Idêntica iniciativa teve o Professor Doutor Filipe Inácio relativamente ao Laboratório de Biologia Molecular (cujas obras, autorizadas pela ARSLVT, ficaram prontas já no decorrer de 2002). Enquanto o custo da

Enfermaria foi estimado em cerca de 150.000 contos, o do Laboratório rondava os 65.000 contos.

O espantoso e incrível é que, sem que me tenha sido dada qualquer explicação e ao contrário do que, entretanto, me foram dizendo a partir de junho de 2001 (altura em que pensei ter ficado definitivamente concluída a elaboração e preenchimento do referido processo de candidatura!), o Projeto da Infeciologia só tenha sido, de facto, enviado pelo HSB às entidades competentes, em junho de 2002 (um ano depois!), encontrando-se ainda em fase de apreciação.

Em contraposição, aquelas mesmas tiveram já a oportunidade de dar um parecer negativo ao da Biologia Molecular, pretendendo favorecer outro hospital que, neste domínio concreto, não tem tido qualquer atividade, ao contrário do HSB, cuja competência e idoneidade é reconhecida por todos os especialistas na matéria ao nível nacional. Ajudei, pois, a redigir uma contestação a esta decisão, encontrando-se a sua apreciação também em suspenso há quase meio ano, por parte das mesmas instâncias.

Vem agora a propósito sublinhar que durante a minha permanência de dois anos e meio na Direção Médica do HSB (entre junho de 1999 e dezembro de 2001) tive como preocupação principal o Dossier Obras e Rotação de Serviços, tendo participado em inúmeras reuniões com as mais diversas entidades ministeriais, bem como tido um papel preponderante na elaboração de dois projetos detalhados e amplamente discutidos (quer interna, quer externamente).

Destaco duas delas com a própria Sr.ª Ministra da Saúde, a propósito de uma publicação que efetuei, intitulada "Carta Aberta à Ex.ª Sr.ª Ministra da Saúde ou Ode em Memória de George Orwell e do Admirável Mundo Novo".

O mau andamento de todo aquele processo e o defraudar de quase todas as expectativas, acabou por determinar, em grande parte, o pedido de demissão, apresentado em junho de 2001, do cargo que ocupava na Direção Médica do HSB. Contudo, ainda em funções, no decurso do terceiro trimestre desse mesmo ano, foi ainda possível negociar com uma comissão da ARSLVT nomeada para o efeito, quer o número de camas e de serviços na fase final do plano de remodelação do hospital, bem como o respetivo programa de investimentos através do PIDAC, perspetiva importante de avanço deste processo que se ficou a dever também à extrema sensibilização para esta causa por parte da então presidente da ARSLVT (Dr.ª Manuela Lima).

Acerca daquele último aspeto, segundo destacados responsáveis da ARSLVT na altura afirmaram em sessão destinada aos profissionais de saúde, realizada em outubro de 2001 no próprio HSB, iriam ser investidos cerca de 3.000.000 de

contos nos quatro anos seguintes, o que permitiria fazer as obras necessárias na parte velha do edifício, construir novos edifícios e equipar condignamente os diversos serviços hospitalares.

Este projeto era verdadeiramente fundamental, dado que, entretanto, o financiamento de obras hospitalares por parte da CNLS tinha acabado, a Pneumologia (integrada em parceria com a Infeciologia, desde o início, no projeto da Unidade de Ambulatório e da Enfermaria, dada a interface comum da tuberculose) não tinha sido infelizmente considerada dentro das especialidades elegíveis para candidatura no âmbito do Programa Saúde XXI, e também porque era necessário garantir um subsídio estimado em cerca de 150.000 contos para as obras e equipamento da Unidade de Ambulatório definitiva, já que, segundo o Plano da ARSLVT, o atual espaço destinar-se-ia a uma futura e mais ampla Central de Esterilização.

Apesar de tudo, estes constrangimentos não foram considerados impeditivos pela responsável da Unidade de Pneumologia (Dr.ª Paula Duarte) que apresentou também um pedido de financiamento, argumentando (e bem!) que a área da tuberculose, embora contemplada na Infeciologia, era maioritariamente, de facto, da sua responsabilidade, e também porque dois dos elementos desta especialidade colaboravam ativamente nas atividades assistenciais do Hospital de Dia e Consulta Externa de Oncologia (sabendo-se que esta última também estava consignada nos critérios de candidatura da Saúde XXI). Contudo, também esta louvável iniciativa não parece ter tido melhor sorte do que as anteriormente referidas...

Voltando, agora, de novo, ao já aludido problema da informatização, projeto verdadeiramente imprescindível à operacionalidade de todas as unidades hospitalares e à saúde pública do nosso país, devo acrescentar que já há quase um ano que se aguarda que seja desbloqueada pela Comissão Parlamentar de Proteção de Dados da Assembleia da República um outro projeto que se pretenderia estender ao todo nacional, da autoria da CNLS.

Igualmente julgo não estar enganado ao referir que foi também submetido em 2002, pelo próprio HSB, um outro pedido de financiamento à Saúde XXI, com vista a apetrechar convenientemente, e em rede, todos os serviços do Hospital (incluindo a própria Infeciologia).

Em suma, e no que àquele problema diz respeito, o que era necessário era que se procedesse urgentemente à informatização da Unidade (melhor ainda se forem incluídos todos os restantes serviços do hospital, ou, mesmo, todos os hospitais nacionais), independentemente da entidade financiadora (que até poderia ser

também através da aplicação clínica do Programa Sonho, embora este esteja ainda em fase embrionária de experimentação), desde que se conseguisse, em simultâneo, garantir a confidencialidade, operacionalidade e homogeneidade do projeto, bem como a existência de meios que permitissem a rápida passagem de todos os registos já anteriormente efetuados manualmente ao longo de muitos anos, sem o que a parte mais importante da informação clínica se perderia ingloriamente.

Passando agora, novamente, aos problemas do Quadro Médico, só posso dizer que não foram mais simples... bem pelo contrário. Para além daquilo que já tive a oportunidade de referir, acrescentarei que, a pedido da Direção Médica e em resposta a solicitações da ARSLVT e da DGS, quer em 1999, quer em 2000, enviei relatórios circunstanciados sobre a previsão para, respetivamente, os quatro e os cinco anos seguintes, quer quanto às necessidades assistenciais, quer no que diz respeito à consequente evolução da composição do mesmo. Mais recentemente, a atual Direção Médica solicitou-me, já no início de 2002, um outro relatório sobre o mesmo tema, de modo a ser integrado no plano geral de reformulação do Quadro de Pessoal do HSB...

Debalde! Pelo menos até ao presente, o silêncio por parte da hierarquia ministerial é total, sobre esta e outras matérias de relevante importância. A realidade é que, não só o referido Quadro da Valência nunca foi alterado conforme o preconizado, mau grado estes e tantos outros documentos endereçados às mais diversas entidades responsáveis, como dois concursos de provimento para assistente hospitalar de Infeciologia ficaram sucessivamente desertos de concorrentes em anos consecutivos e os insistentes pedidos para a colocação de médicos em vagas de carenciados, até ao ano transato, só uma única vez foi deferida.

Mesmo apesar destes e de outros graves constrangimentos (falta de apoio de secretariado clínico e de segurança das instalações, necessidade de realização de tempos de consulta fora do horário previsto e prolongamento frequente dos seus tempos sem qualquer remuneração adicional, demasiada rotação do corpo clínico, extrema dificuldade no internamento, que se fazia e ainda faz em condições muito longe daquilo que deve ser considerado adequado às particularidades inerentes às patologias mais prevalentes, etc.), bem como da constatação do progressivo crescimento do movimento assistencial, foi contudo possível, até ao ano de 2002, garantir o seguinte:

a. Ausência de listas de espera na Consulta Externa;
b. Celebração de um protocolo de referenciação por parte dos Cuidados Primários, Instituições Prisionais e CATs, em conjunto com o HGO;

c. Destacamento voluntário de um elemento (Dr.ª Paula Proença) para uma missão oficial em Timor durante um período de 3 meses, colega que infelizmente veio a transferir-se para o Hospital de Faro no início do último trimestre de 2001;
d. Realização de inúmeras ações de Formação, quer para Profissionais de Saúde, quer para a População em Geral;
e. Organização de algumas Reuniões Científicas de relevante impacto a nível nacional e internacional;
f. Participação em bastantes Reuniões Científicas em Portugal e no Estrangeiro, por vezes através de Comunicações Livres e de Pósteres, ou integrando Mesas-Redondas e efetuando algumas Conferências;
g. Publicação de muitos trabalhos sobre os mais variados temas da especialidade em revistas nacionais e, mesmo, alguns, na literatura internacional;
h. Participação no ensino Pré e Pós-Graduado, bem como convite para integrar um novo Projeto Universitário como responsável da Disciplina de Infeciologia, para a qual elaborei um detalhado Plano específico de Formação;
i. Realização de trabalhos de Investigação Clínica, alguns dos quais de caráter multicêntrico internacional, etc.

No início de 2001, antevendo um acumular verdadeiramente insustentável de problemas, solicitei superiormente uma alteração pontual ao Quadro Médico da Infeciologia, que consistia na troca de um lugar de assistente hospitalar desta especialidade por um de Medicina Interna (o que, logicamente, não comportaria qualquer aumento da despesa! e não contrariaria o estipulado no documento da Rede de Referenciação Hospitalar de Infeciologia que prevê um mínimo de um Chefe de Serviço e dois Assistentes Hospitalares). Fundamentei-me no facto da quase totalidade dos meus colaboradores diretos serem internistas e na exiguidade do número de infeciologistas disponíveis em todo o país fazer com que, a prolongar-se a atual perspetiva, o Quadro fosse ficar ainda por preencher por muitos e bons anos...

No final desse mesmo ano, como a situação se agravasse e as soluções sugeridas (ou outras eventualmente julgadas pertinentes!) não tivessem sido implementadas por quem de direito, decidi dirigir um documento ao Sr. Diretor Geral da Saúde e à Sr.ª Presidente da ARSLVT, no sentido de alertar para o facto de, caso os problemas equacionados não começassem de facto a ser resolvidos num curto prazo, teria que encarar a hipótese de ter de encerrar as novas admissões à Consulta Externa.

Em janeiro de 2002, e a pedido do próprio, enderecei ao então Ministro da Saúde cópia do meu relatório anual de atividades, solicitando que me resolvessem as questões nele referidas, ou, então, que me dissessem para onde haveria de encaminhar os doentes que, entretanto, deixassem de ser admitidos à Consulta Externa desta especialidade.

De facto, como nada de substantivo tivesse entretanto acontecido, tive que agir conforme aquilo que tinha anunciado previamente (embora acabasse por decidir manter abertas as inscrições para doentes encaminhados a partir dos serviços de internamento, coinfetados por tuberculose e grávidas), tendo também efetuado uma derradeira e infrutífera tentativa para resolver o problema, através da contratação de uma ou duas colegas que tinham entretanto efetuado o exame de saída da especialidade no Hospital de Santa Maria.

Quase em simultâneo, dirigi aos presidentes do Colégio e da Sociedade Portuguesa de Doenças Infeciosas um documento de análise sobre a situação da especialidade no nosso país e chamando a atenção para as dificuldades particulares deste hospital em fazer face às solicitações assistenciais. Apelei para a necessidade de uma tomada urgente de posição, com a colaboração da Sociedade e do Colégio de Medicina Interna, e avancei com a eventual hipótese de se fazer uma nova admissão ao Colégio de Infeciologia por métodos a determinar consensualmente, por parte de internistas com reconhecido mérito curricular e experiência avaliados por júri idóneo e isento, que permitisse o mais rápido preenchimento dos quadros das Unidades e Serviços previstos no documento da Rede de Referenciação Hospitalar de Infeciologia, e, em particular, do HSB.

Desta iniciativa resultou a marcação de uma reunião realizada em janeiro de 2003 na Sede Nacional da Ordem dos Médicos (ou seja, um ano depois), onde foi discutida, segundo os responsáveis, a "alternativa" da criação de uma Competência ou de uma Subespecialidade em VIH/SIDA (ainda a decidir), no âmbito dos Colégios de Infeciologia, de Medicina Interna, e de Pediatria da Ordem dos Médicos.

Ainda no início do ano transato e constrangido pelo facto de ver acumularem-se pedidos de consulta aos quais não podia responder ou dar encaminhamento, solicitei (com concordância da própria e dos respetivos hospitais envolvidos), o deferimento da transferência de uma colega internista dos HCL com larga experiência no tratamento de doentes imunodeprimidos, e que já vinha realizando, no HSB, um período de consulta em regime de contrato de tarefa, garantindo assim a assistência aos doentes da lista da colega entretanto transferida para o Hospital de Faro por motivos familiares atendíveis. Embora as entidades envolvidas dissessem todas reconhecer a justeza dos meus argumentos, o facto é que, só no

terceiro trimestre de 2002 (cerca de dez meses depois), tanto a colocação desta médica, como a de uma outra colega infeciologista oriunda do Hospital de Santa Maria para uma vaga de carenciados de Infeciologia se concretizou, permitindo, pois, o fim do angustiante encerramento da admissão de novos doentes referenciados do exterior à Consulta Externa do SDI, a partir de outubro último.

Contudo, em abril de 2002, sem perspetiva de "ver luz ao fim do túnel", em pleno período de transição de dois governos, completamente sem esperança em falsas expectativas vezes sem conta acenadas por muitos e por quase todos defraudadas, mas ciente da sensibilidade evidenciada para estas matérias por sua Ex.ª o Sr. Presidente da República, decidi endereçar-lhe uma exposição que intitulei de "Carta aberta a um cidadão preocupado com a saúde, a SIDA e outras maleitas", acompanhada por um pedido de audiência. De facto, passados cerca de três meses, fui recebido na Presidência da República por um seu assessor para a saúde, que simpaticamente prometeu interessar-se pela causa, transmitindo-me a solidariedade e compreensão do mais alto magistrado da Nação, que logicamente agradeci.

Surpreendentemente, em maio de 2002, sou solicitado pela Direção Clínica do HSB, para esclarecer porque é que não estava a dar apoio médico aos presos do Pinheiro da Cruz (instituição que fica a cerca de 100 Km, tem aproximadamente 750 reclusos, 1/3 dos quais com VIH, 3/4 com HCV, e ainda uma percentagem superior a 75% com problemas ativos ou com antecedentes de toxicodependência, e que raramente eram deslocados pelos serviços prisionais competentes ao Hospital de Setúbal para fazerem exames, medicação, ou comparecerem às consultas agendadas!). Percebi que se tratava de um pedido de esclarecimento da Ordem dos Advogados diretamente endereçado a V.ª Ex.ª (apesar de recentemente empossado), através da hierarquia respetiva do seu próprio Ministério. Redigi mais um documento, contando parte desta inacreditável história, embora estranhando o desconhecimento alegado e muito menos a recusa em deferir um processo de acumulação de horário para que um colaborador meu aí pudesse continuar a deslocar-se, já que tinha entretanto autossuspendido esta prestação, após longos meses de espera pela regularização do pagamento dos honorários devidos, facto para o qual os responsáveis alegaram impedimentos processuais decorrentes deste ter passado a estar vinculado ao quadro do Hospital, em regime de exclusividade de funções.

Recordo ainda, a propósito, os insistentes pedidos para abrirmos uma Consulta do Viajante, solicitação à qual respondi invariavelmente da mesma forma:

"Quando tiver as condições necessárias, em termos logísticos e humanos, o que poderá acontecer finalmente já este semestre, mas com muitos anos de atraso relativamente às naturais expectativas"!

Em julho de 2002, aquando da inauguração das novas instalações do CAT de Setúbal, cerimónia a que não pude assistir, apesar do amável convite endereçado pelos seus responsáveis, um dos meus colaboradores fez chegar informalmente as minhas preocupações a V.ª Ex.ª (que, entretanto, presidia à cerimónia) e, a pedido do V.º Chefe de Gabinete, enviei mais uma exposição sucinta. Como consequência, fui convocado para uma audiência pelo Ex.º Sr. Secretário de Estado da Saúde, a quem expus os principais problemas, tendo ficado convicto do seu genuíno interesse em ajudar a resolver todas estas questões.

Em novembro do mesmo ano, aquando da cerimónia da celebração do centenário do INSA e da inauguração da exposição itinerante sobre o espólio museológico do ex-Instituto de Malariologia de Águas de Moura (de que fui Responsável pela Comissão Organizadora), não podendo infelizmente também estar presente, enderecei uma nova missiva a V.ª Ex.ª, através de outro dos meus colaboradores, para que visitasse a Unidade de que sou responsável (tal como seus antecessores) e, assim, melhor entender as dificuldades que são objeto deste documento.

Vendo aproximar-se o fim do ano, felizmente com grande parte do problema de recursos humanos, por ora, resolvido, dada a publicação, já em dezembro, quer da alteração pontual ao Quadro requerida dois anos antes, quer pela abertura dos concursos de provimento para as duas colegas entretanto colocadas no HSB (factos para os quais, tenho que reconhecer, foram determinantes o empenhamento, quer da Diretora Clínica, quer do Diretor do Hospital), mas numa altura de grande fragilidade institucional e na eminência de ver subsídios já atribuídos serem retirados por falta de aplicação, outros não concedidos por razões que desconheço e cada vez mais incerto quanto ao início efetivo das obras da enfermaria, decidi solicitar uma audiência, em conjunto com a Dr.ª Paula Duarte, quer à atual Presidente da ARSLVT, quer à Comissão Parlamentar respetiva da Assembleia da República, que devem ser concedidas, assim espero, a qualquer momento.

(IN)FELIZ EPÍLOGO...

Por todas aquelas razões anteriormente referidas se poderá talvez melhor entender uma exclamação feita por alguém de idoneidade inquestionável que, após ouvir uma conferência que proferi nas comemorações do último Dia Mundial da SIDA, sendo um profundo conhecedor desta problemática, e partilhando das mesmas angústias e perplexidades, me disse em voz serena, mas firme, e em tom paternal, mas decidido, na presença de algumas destacadas autoridades locais: "Mas porque é que você não pede mas é um subsídio à UNAIDS? Não vê que não lhe ligam nenhuma e não são credores da sua renovada esperança em ver o problema resolvido sempre que os responsáveis das instituições mudam... Pense nisso, que eu ajudo-o a fazer o projeto!"

Sr. Ministro da Saúde, Dr. Luís Filipe Pereira

Durante muitos anos expressei a opinião às mais diversas entidades responsáveis que o HSB, (à semelhança da própria cidade, e, mesmo, da região!) é um dos mais abandonados e ignorados de todo o país e que seria bom reabilitar o espírito pioneiro que presidiu à sua construção, já lá vão 44 anos. Este profundo sentimento e convicção iniciou-se em 1990, altura em que, ainda interno do complementar de especialidade, recolhi assinaturas por todo o Hospital para que se reunisse um plenário de todos os médicos, e onde foi aprovado por unanimidade um importante documento por mim redigido, no sentido de alertar as entidades responsáveis para as dificuldades então sobejamente manifestas. Infelizmente, já nessa altura, não fomos ouvidos por quem de direito, mesmo apesar do empenhamento pessoal do meu saudoso colega e amigo Dr. António Forjaz, então presidente do Conselho Geral, e, de pouco tempo depois, se ter iniciado a aplicação do celebérrimo Programa Comunitário OID, promovida pelo então Primeiro-Ministro.

Como derradeiro exemplo desta persistente postura de abandono, o HSB, de modo verdadeiramente inconcebível, não vê aprovar alguns pedidos de financiamento vitais para a instituição, a partir de projetos submetidos ao abrigo do Programa Saúde XXI, quando é público que a taxa de execução noutros hospitais e regiões é baixíssima.

Presentemente, já depois de aprovada a nova lei de Gestão Hospitalar, o Hospital de S. Bernardo foi o último a ver nomeado um Conselho de Administração, o que, de certeza, não terá sido só por mero acaso. Absurdamente, contudo, para o vulgar cidadão e munícipe, o silêncio ensurdecedor das "forças vivas" e da "massa crítica" citadinas tem o significado de que tudo parece que se desenrolava, pelo menos na aparência, dentro da maior normalidade institucional, e que a

única ocorrência digna de realce nos tempos amenos que correm são os "êxitos" do "telelixo" que entra diariamente às catadupas pelas casas dos portugueses dentro, através dos ecrãs televisivos.

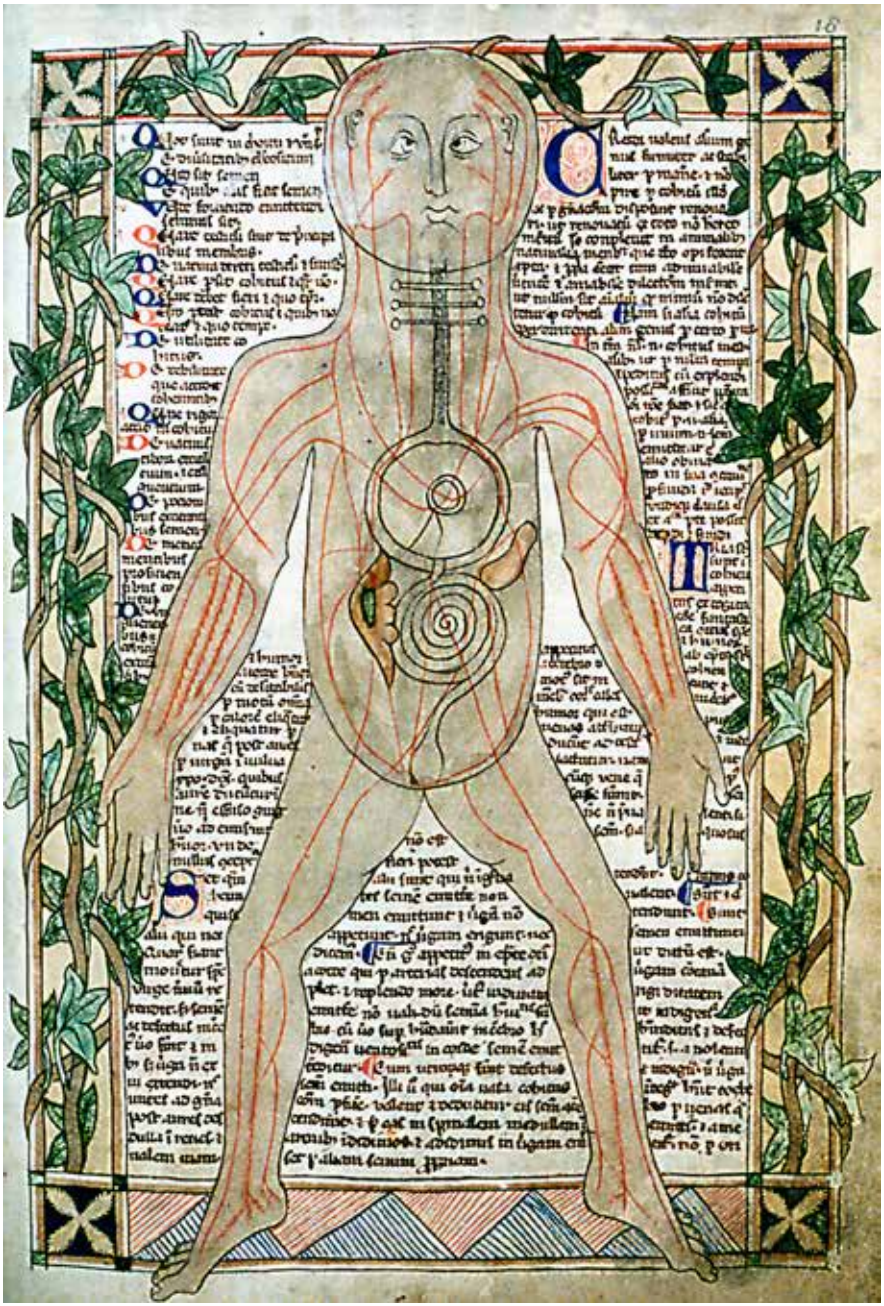
Pelos vistos, neste país, não basta ter um projeto que todos dizem reconhecer como prioritário atendendo ao manifesto interesse público, e conseguir financiamento! Então o que é que falta ainda? E como conseguir o objetivo?

Não será que tudo isto é suficiente para justificar aquilo que nunca deixei de clamar, mesmo quando todos consideravam politicamente incorreto, que o "Rei vai nu"!?...

E, a terminar, uma última questão: E o que é que V.ª Ex.ª diria se os profissionais de saúde levassem tanto tempo para resolverem os problemas clínicos dos seus doentes? Mais palavras para quê? Com elevada consideração, um médico seu concidadão.

SETÚBAL, 2003/01/31

Revista da Ordem dos Médicos, 2003, número 36



Representação pictórica do Sistema Vascular do Corpo Humano, 1492, autor desconhecido *in* livro da Biblioteca Bodley

Dos fracos não rezará a História, ou Ode em memória do insigne Ricardo Jorge

INTRODUÇÃO

Serve esta alusão aquele adágio popular, bem ilustrativo da sua profunda sabedoria, para introduzir uma breve análise sobre a situação da assistência médica aos doentes com patologia infeciosa no nosso país. Factos recentes que adiante referirei confirmam que, infelizmente, a situação continua a ser deveras preocupante, como será facilmente constatável, quer por leigos, quer por especialistas na matéria em causa, tal como já tenho afirmado em inúmeras circunstâncias e pelas mais diversas formas.

Assim, poderei começar por dizer que após um longo período em que alguns ousaram pensar, e até afirmar que com a descoberta da antibioticoterapia, a imunização em massa e a progressiva melhoria das condições sanitárias básicas das populações, a extinção destas doenças estaria para breve, o mundo assistiu, atónito, precisamente ao contrário daquilo se poderia esperar da concretização dessa falsa profecia.

Fenómenos como a sobrepopulação e o envelhecimento humano, a degradação ambiental e a devastação de nichos ecológicos tropicais, a agricultura e a pecuária intensivas, o aumento substancial da iatrogenia ligada aos procedimentos médicos invasivos e à imunossupressão farmacológica, bem como a vulgarização de hábitos sociais amplamente facilitadores da sua disseminação, entre outros, são em grande parte responsáveis pela situação quase catastrófica que se chegou ao nível planetário.

Deste modo, só no último quartel do século XX, várias dezenas de novos agentes microbianos e outras tantas entidades nosológicas foram descritos, grande parte de caráter zoonótico, afetando presentemente muitos milhões de seres humanos, sendo responsáveis por uma elevadíssima morbilidade e mortalidade, provocando sofrimento sem precedentes e prejuízos económicos arrasadores.

Basta, pois, pensar no domínio das denominadas Doenças Emergentes, a título de exemplo, na SIDA, nas hepatites víricas, nas febres hemorrágicas, na nova variante da encefalopatia espongiforme, ou no SARS muito recentemente descrito.

Para além destas, no capítulo das Doenças Reemergentes, deveremos realçar a importância da tuberculose e de algumas arboviroses, cujo impacto tem

vindo ano após ano a surpreender e a preocupar bastante as autoridades sanitárias, mesmo dos países mais desenvolvidos.

Para além de tudo isto e independentemente do vertiginoso avanço científico dos últimos anos, alguns outros fenómenos permanecem ameaçadores da Saúde Pública à escala mundial, destacando-se as várias endemias parasitárias (sobretudo a malária!) que continuam a fustigar anualmente muitos milhões de pessoas, em particular no seio dos países economicamente menos favorecidos (PALOPs, etc.), bem como a globalização do mais que nefasto fenómeno da multirresistência microbiana.

ALGUNS ASPETOS MAIS IMPORTANTES DA ASSISTÊNCIA MÉDICA INFECIOLÓGICA NACIONAL

Dir-se-ia, pois, que perante a consciencialização destas realidades e à semelhança de outros países nossos parceiros nas várias instâncias internacionais, teríamos encetado uma política de saúde que permitisse enfrentá-los com mais hipóteses de êxito e o menor impacto negativo possível.

Em consonância, foram elaborados desde há mais de vinte anos vários documentos e estudos, bem como publicada diversa legislação que culminou, há cerca de um ano, no documento da Rede de Referenciação Hospitalar de Infeciologia, bastando para tal consultar a sua introdução e fundamentação. Resta-me, no entanto, lamentar que previamente a este último não tenha sido feito o levantamento exaustivo que então oportunamente propus e que, em vão, voltei a tentar de novo já este ano, a respeito dos recursos humanos e materiais, bem como das respetivas condições de internamento e funcionamento dos vários serviços e unidades.

Contudo, apesar de algumas medidas consequentemente implementadas com efetivo impacto positivo nos últimos 10 anos (programa de troca de seringas, distribuição de metadona e de preservativos, DOT para a tuberculose, criação de Hospitais de Dia, etc.), a realidade mostra-nos que, na maioria dos casos, pouco se passou do enunciado mediático de meras intenções mais ou menos bem fundamentadas, ou da publicação inconsequente de alguma legislação avulsa.

Assim, não admira que sejamos um dos países comunitários com maior prevalência de infeção por VIH, hepatite C, tuberculose, ou brucelose, bem como em incidência de fenómenos sociais deveras preocupantes, tais como a toxicodependência, a marginalidade, a emigração ilegal ou a pobreza.

Importa, então, realçar alguns dos aspetos mais importantes desta complexa problemática:

1. O número reduzido de Serviços e Unidades de Infeciologia realmente existentes no país, em confronto com o oficialmente previsto;

2. O número insuficiente de especialistas e de internos do complementar da especialidade de doenças infeciosas e a sua assimétrica distribuição pelos hospitais da rede pública nacional em função da sua própria casuística assistencial;

3. O escasso número de quartos de isolamento grau IV da OMS, sabendo-se que todos os existentes foram financiados quase na íntegra pela CNLCS (cujo dinheiro tem origem integral nas apostas do jogo da Santa Casa da Misericórdia!) e nenhum pelo próprio Ministério da tutela como, em coerência, lhe deveria ter competido;

4. Inexistência absoluta de quartos de isolamento grau VI da OMS, apesar de compromissos publicamente assumidos pelas entidades competentes desde há vários anos a esta parte.

A problemática dos quartos de isolamento respiratório é a este propósito particularmente exemplificativa e grave por diversos motivos, a saber:

a. Deixa o país completamente vulnerável perante eventuais casos de febres hemorrágicas (tal como já esteve em eminência de acontecer!) bem como num hipotético cenário decorrente de um ato de bioterrorismo;
b. Não permite uma resposta cabal do todo nacional no que se refere a patologias tão prevalentes tais como a tuberculose bacilífera (particularmente a variante multirresistente), as meningites bacterianas, a varicela do adulto, etc. Este aspeto é deveras preocupante, atendendo a que nem o único Hospital Prisional, nem o único Sanatório existente, nem tão pouco o arquipélago da Madeira dispõem destas condições (o Hospital de Ponta Delgada nos Açores e o HMDIC são, felizmente, uma exceção neste domínio), o mesmo acontecendo com todas as Unidades de Cuidados Intensivos da nossa rede hospitalar, estando, pois, em jogo, quer a própria Saúde Pública (sobretudo a dos conviventes, quer sejam familiares ou meros contactos ocasionais), quer a saúde dos próprios profissionais;
c. Impede o país de poder responder convenientemente a um surto infecioso emergente, tal como no presente caso do SARS, ou de outro qualquer de índole semelhante, num futuro mais ou menos próximo.

PARA QUE CONSTE E JAMAIS SE ESQUEÇA

Tendo em consideração estes pressupostos enunciados, na qualidade de membro do Grupo Técnico Consultivo da Rede de Referenciação Hospitalar de Infeciologia, norteado unicamente pelo superior interesse de salvaguardar a Saúde Pública, bem como preocupado e determinado (agora e sempre) em defender a minha honorabilidade profissional e dos meus pares (que penso partilharem dos mesmos propósitos!), no cumprimento estrito das normas éticas e deontológicas inerentes à nossa práxis e tradição enquanto classe, fazendo uma análise detalhada dos factos em apreço, venho, pois, por este meio, fazer chegar ao conhecimento de V.ª Ex.ª as minhas fundadas preocupações no que toca aos seguintes problemas:

1. Não aplicação das verbas disponibilizáveis pela Saúde XXI para colmatar a carência em quartos de isolamento respiratório, dado que os CAs de alguns hospitais nem sequer apresentaram qualquer projeto;

2. Não deferimento pelas respetivas ARSs, de alguns pedidos de financiamento a projetos apresentados no âmbito do mesmo programa comunitário, por parte de hospitais nos quais esta problemática é particularmente candente no que respeita, quer às condições gerais de internamento deste tipo de patologias, quer à implementação de novas tecnologias de diagnóstico (sobretudo na área da biologia molecular);

3. Não aplicação, por parte de algum(s) CA(s) de certa(s) Unidade(s) Hospitalar(es), das verbas disponibilizadas pela CNLCS para esse mesmo fim, facto impensável e que remonta há vários anos a esta parte;

4. Desautorização pública e desadequadamente mediatizada quanto às declarações do colega Melo Mota (único especialista de Infeciologia do arquipélago dos Açores!) a propósito do SARS, sobretudo no que concerne ao que teria que ter sido unicamente entendido como um parecer eminentemente técnico, imbuído da mais elementar prudência que a realidade de então aconselhava e perante o qual os representantes do poder político regional deveriam antes ter optado por um espírito de cooperação institucional, em vez de enveredar por uma atitude potencialmente aventureira e de consequências provavelmente imprevisíveis nessa altura, atendendo ao muito que se desconhecia então (e ainda agora se ignora!) acerca desta doença e do seu agente, às idiossincrasias próprias da natureza insular dessa parte do território nacional, bem como aos necessariamente limitados meios de resposta aí disponíveis;

5. Incongruência das determinações constantes dos sucessivos documentos da DGS no que respeita, em concreto, à referenciação hospitalar dos casos suspeitos de SARS;

e, por fim, sobretudo

6. Discordar frontalmente da demissão do Professor Doutor Francisco Antunes do cargo de Diretor do Serviço de Doenças Infeciosas do Hospital de Santa Maria, por parte do respetivo CA.

Senhor Ministro da Saúde

Trata-se de um médico com elevado mérito profissional, pedagógico e científico, professor universitário, clínico e investigador respeitado pelos seus pares, quer no Hospital de Santa Maria, quer na FML, quer no IHMT, quer mesmo por todo o país e em muitos países estrangeiros. A este propósito, refira-se que esta inaceitável atitude do CA do Hospital de Santa Maria impediu que pudesse dar o habitual contributo à representação oficial da Sociedade Portuguesa de Doenças Infeciosas junto das suas congéneres Iberoamericana e Espanhola, tal como vem sendo tradição há alguns anos a esta parte, em Congresso realizado na Argentina durante a semana precedente aos factos em apreço.

A situação é, a meu ver, tanto mais inaceitável quanto o colega visado pertence ao Grupo Técnico de Médicos Especialistas responsáveis pela elaboração, no seio da DGS, do já referido documento da Rede de Referenciação Hospitalar de Infeciologia.

No decurso das reuniões que permitiram a sua elaboração, e que se iniciaram há quase três anos, nunca omitiu que o Hospital de Santa Maria não dispunha de quartos de isolamento com tratamento de ar e pressão negativa, situação que o próprio lamentou veementemente, manifestando então a esperança que, com a possível vinda de verbas provenientes do referido programa comunitário Saúde XXI, essa grave carência pudesse aí ser colmatada, bem como em outros hospitais da ARSLVT, região do país onde se registam as mais altas percentagens de tuberculose multirresistente, particularmente a que se relaciona com as problemáticas da SIDA e da toxicodependência.

Já após o início da recente Guerra do Golfo, e, posteriormente, do SARS, realizou-se mais uma reunião em abril último (ficando outra agendada para o corrente mês de maio, para tratar, em exclusivo, da candente problemática do bioterrorismo), tendo aí então manifestado o seu pesar pela desadequação das condições do seu Serviço face à situação vigente, bem como a estupefação por ver o seu Hospital incluído na referenciação para casos desta nova entidade nosológica,

sem que para isso tenha sido previamente consultado, tanto mais que já nessa altura se sabia que a elevada transmissibilidade nosocomial do agente etiológico era causa direta de inúmeros casos mortais no seio das classes médica e de enfermagem nos países de maior prevalência.

É por todas estas razões que entendo completamente desajustada e injusta a decisão do CA respetivo, dado que a atitude do Professor Doutor Francisco Antunes, Diretor do Serviço em causa, outros propósitos não serviu que não, perante uma situação de verdadeiro e irresponsável autismo por parte das demais entidades hierarquicamente superiores, ter optado, corajosamente, pela denúncia pública desta ignóbil situação, sendo pois o garante da defesa intransigente dos bens superiores da Saúde Pública e da dos seus colaboradores e subordinados, na melhor tradição Hipocrática, tal como é suposto agirmos sempre.

Às vezes, perante um conflito desta natureza, sobretudo quando os representantes do poder político pretendem subalternizar as decisões que são, antes de tudo, de caráter técnico-científico, há que não hesitar nas atitudes, sejam quais forem as possíveis consequências imediatas e futuras, mesmo ainda que de natureza disciplinar, como se passou no presente caso.

Cabe aqui lembrar agora que num espaço de cerca de 15 anos, já os nossos colegas Benvindo Justiça, Machado Caetano, Ramiro Ávila, Cortês Pimentel e Rui Proença, figuras cimeiras da Medicina Portuguesa contemporânea, embora em contextos diferentes, mas com alguns pontos semelhantes quanto aos princípios, souberam dignificar a classe, ao afrontarem os poderes burocráticos instituídos, colocando-se incondicionalmente do lado da causa dos doentes, bem como da evidência científica reconhecida como mais válida no próprio momento.

É, pois, para mim, um verdadeiro imperativo de honra e de consciência, não só ajudar ao esclarecimento dos factos relatados e de que sou testemunha presencial de alguns deles, bem como pretender ter as condições que efetivamente são necessárias, em simultâneo, tanto ao melhor tratamento dos doentes, como à segurança de todos os profissionais de saúde, e, ainda, à salvaguarda da própria Saúde Pública. Convém não esquecer que estas normas vêm já consignadas em determinações dos sucessivos Ministérios da Saúde de há vários anos a esta parte, sem que, porém, nenhum tenha tido a coragem de as implementar na totalidade, tal como afinal foi levado a cabo nos restantes países comunitários.

Para isso, primeiro que tudo há, assim, que reconhecer também publicamente, a justeza dos fundamentos da atitude do colega Francisco Antunes, em vez de se pactuar com o silêncio, omitindo deste modo a ignomínia da anunciada e injusta punição.

Em suma, tanto no presente caso do SARS, como no passado caso da BSE ou outros, bem como ainda num eventual novo surto de doença transmissível que venha a ocorrer num futuro mais ou menos próximo importa, pois, reter duas ilações fundamentais:

1. Prevenir é sempre mais eficaz e barato do que encetar as medidas que a realidade impõe, por mais incómodas que se apresentem ao poder político, só após a deflagração de um problema desta natureza;

2. Não adianta nada tentar atingir falsos alvos para ocultar reais responsabilidades alheias, porque a verdade e a genuína história dos factos acabam sempre por reconhecer, mais cedo ou mais tarde, quem foi afinal que, num determinado contexto, esteve ou não à altura das responsabilidades que os cargos que desempenham fariam supor.

Por todas estas razões evocadas, convém pois não deixar no olvido um episódio protagonizado pelo Professor Doutor Armindo Filipe e testemunhado pelos nossos ilustres colegas José Luís Champalimaud, Cruz Ferreira, Carneiro Chaves e Ireneu Cruz a propósito do surto epidémico de Febre Amarela ocorrido no início da década de 70 na então colónia de Angola, a este propósito exemplarmente ilustrativo da infeliz e vulgar displicência lusitana, e que deveria ter constituído uma verdadeira lição para os vindouros responsáveis pela política nacional na área da saúde, até porque apresenta algumas semelhanças com o que atualmente se vive com o SARS. Talvez que, para bem de todos, esta história possa dar entrada no prelo, em breve! Assim o espero...

E, ainda, na mesma senda, pergunto como é também possível esquecer a enorme injustiça cometida há cerca de um século para com o insigne Ricardo Jorge e testemunhada pelo grande Camilo Castelo Branco, aquando da quarentena que aquele teve que impor a toda a cidade do Porto, a propósito da última epidemia de peste na Europa, e da qual viria, por suprema ironia, a levar consigo o seu companheiro de luta e não menos insigne figura da Medicina, Câmara Pestana? Alguém quererá, sinceramente, vir a ser responsabilizado pela ocorrência de algo semelhante ao que se passou nestes dois episódios da nossa História?

É, pois, em síntese, mais do que lamentável que um médico, volvidos tantos anos, tenha que ter recorrido *in extremis* à denúncia pública desta situação, na tentativa derradeira de evitar males piores para os quais já tinha alertado quem de direito pelas formas tidas vulgarmente por mais convenientes. Esta atitude teria sido, ao fim e ao cabo, perfeitamente evitável, bastando para isso que existisse o diálogo que não houve, o conhecimento da capacidade instalada que se não

verificou, o bom senso que esteve ausente, bem como a coragem de responsabilizar quem tinha que o ser, nomeadamente no que concerne à falta de condições básicas para o internamento de situações clínicas que não só a SARS, mas também, e sobretudo, das que nos entram todos os dias, e desde há muitos anos, pela porta da urgência de todos os hospitais! Pergunto: Mas então para que servirão afinal os pareceres técnicos das Comissões que o Ministério decide nomear e convocar?

O meu objetivo principal não é pois outro que, em simultâneo, contribuir para que se consiga finalmente resolver este importante problema estrutural de fundo à escala nacional, bem como evitar que futuros equívocos de idêntica natureza conduzam à incriminação indevida de outro qualquer colega, ou que alguém pressupostamente responsável venha a argumentar decisões menos acertadas com o desconhecimento da realidade.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com a mais elevada consideração.

SETÚBAL, 2003/05/28

Revista da Ordem dos Médicos, 2003, número 31



Representação pictórica de um leproso com matracas a anunciar à restante população a sua passagem, simbolizando a estigmatização social de uma doença infetocontagiosa na Idade Média, século XV, autor desconhecido

A saúde em Portugal, ou a eterna dicotomia entre o Ser e o Parecer

INTRODUÇÃO

Mas os Diretores de Serviço Hospitalar têm que demonstrar envolvimento total e apresentarem resultados.
Quem não pensar assim, simplesmente não serve,
seja qual for o modelo de gestão

EDUARDO BARROSO
Cirurgião português, 1949- , in DN, abril, 2004

Vivemos numa época em que cada vez mais a classe política entende que a aparência é mais importante para a opinião pública em geral e para a sua própria sobrevivência, do que a realidade, e em que um crescente número de responsáveis cultivam com discutível eficácia a capacidade de se autoiludirem. Estando em fase de balanço o primeiro ano de vigência da denominada "revolução" no setor da saúde no nosso país é, pois, cada vez mais difícil de inferir se, nas declarações públicas dos nossos governantes, existe alguma correspondência fidedigna entre "o que se diz" e "o que se pensa".

EQUÍVOCOS

Quando as ilusões economicistas dos filhos de Cavaco passarem, Portugal estará no exato lugar onde D. João III o deixou há 400 anos, isto é, país lateral e periférico da Europa, 50 anos atrasado face aos indicadores europeus; mas o Estado, esse, ter-se-á tornado no pior inimigo dos portugueses

MIGUEL REAL
Escritor português, 1953- , in JL, abril, 2004

Vejamos, pois, alguns exemplos bem ilustrativos em como a tão necessária credibilidade nas instituições, nas políticas e nos seus responsáveis, é posta em causa, na prática, com demasiada frequência. Para tal podemos então servirmo-nos de alguns *slogans* tão propagandeados e do mais genuíno "bom gosto" da hierarquia reinante, qual evidência *lapalissiana* jamais passível de poder ser contestada:

1. **Diz-se**

- *É necessário racionalizar a despesa, mas... sem pôr em causa a qualidade dos serviços e os direitos dos utentes;*
- *É necessário desburocratizar processos... e agilizar procedimentos;*
- *As SAs têm maior autonomia administrativa.*

a. **Na realidade**

- Reduziram-se os *stocks* de consumíveis nas instituições (medicamentos, reagentes, etc.) de tal forma, que as roturas passaram a ser ainda mais frequentes, com as óbvias implicações no regular funcionamento dos diversos serviços;
- Em muitos casos, não se diminuíram os prazos de liquidação das despesas com consumíveis, nem se criaram, por exemplo, centrais de compras comuns (por grupo hospitalar, região administrativa, etc.) que permitissem negociar melhores preços a troco de um maior volume de aquisição;
- Muitas das regras dos concursos de adjudicação próprias da Administração Pública, tidas justamente como impeditivas do bom funcionamento do sistema e eloquentemente demonstrativas da manutenção do salazarismo mais que obsoleto (compras, serviços, obras, etc.) continuam na prática em vigor, em completa contradição com a pretensamente eficiente "cultura empresarial" que se pretenderia implementar.

2. **Diz-se**

- *É necessária mais Humanização e maior Qualidade.*

b. **Na realidade**

- Apesar de todos os indicadores credíveis evidenciarem a existência de um défice enorme de enfermeiros e auxiliares de ação médica, ou seja, dos profissionais que mais permanentemente estão em contacto direto com o doente, restringem-se os recursos humanos nas áreas de prestação direta de cuidados assistenciais e retiram-se os horários acrescidos a esses profissionais, fomentando-se o desgastante e nefasto pluriemprego;
- Existe um enorme défice de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, sendo a sua média etária consideravelmente avançada para se poder exigir um aumento completamente desajustado de doentes e de atos médicos. Desta forma, compromete-se irremediavelmente a qualidade da medicina praticada e torna-se quase impossível levar a cabo as

fundamentais tarefas de educação para a saúde e de cariz preventivo, transformando-se, assim, a sua atividade em pouco mais do que a de um mero "referenciador" ao especialista hospitalar;

- Estes últimos, em número também reduzido nalguns setores e de uma faixa etária semelhante à dos anteriores, desgastam-se também de uma maneira quase desumana para fazer face ao caos das urgências, subtraindo, pois, energias e tempo que obviamente muito comprometem as restantes atividades assistenciais tão ou mais importantes;
- Por muito que custe aceitar a evidência mais que irrefutável, as imprescindíveis atividades de formação médica pós-graduada continuam a sobreviver quase exclusivamente à conta do apoio da indústria farmacêutica, enquanto os departamentos hospitalares respetivos e as bibliotecas se vão asfixiando à míngua de condições para desempenharem tais funções. Para além disso, na prática, desincentiva-se a investigação clínica, a realização ensaios clínicos e paralisa-se a atividade de algumas Comissões Técnicas cuja existência é obrigatória face à lei vigente, na "mira saloia" de que, com estas atitudes, se conseguirá poupar bastante dinheiro, etc.;
- Os internos do Geral e do Complementar são cada vez mais encarados como uma mera força indiferenciada de trabalho, nefastamente consumidora de recursos, a quem até se pode admitir reduzir o salário, e não como o garante da continuidade dos Serviços e da sua nobre missão assistencial, desígnio vital para o país e suas populações que deveria ser antes devidamente fomentado e aperfeiçoado.

3. **Diz-se**

- *Os médicos nomeados Diretores de Serviço assumem a responsabilidade pela gestão operacional dos restantes profissionais;*
- *A Gestão deve ser participada, transparente e profissionalizada.*

c. **Na realidade**

- Continuam a existir hierarquias funcionais paralelas, sendo a autoridade do Diretor de Serviço, no que respeita à capacidade de planeamento das suas atividades, uma mera caricatura daquilo que está consignado na lei vigente;
- Os Regulamentos Internos dos hospitais, na generalidade, não foram objeto de um prévio e profundo debate interno, nem algumas das propostas

entretanto consideradas pertinentes e apresentadas nas vésperas da sua aprovação final foram sequer integradas no respetivo texto definitivo;

- Realizaram-se Cursos de Formação em Estratégia de Gestão Empresarial para os órgãos dirigentes de algumas SAs, através de fundos comunitários, onde foram apontados alguns vetores de desenvolvimento institucional a serem seguidos, bem como prevista a existência de algumas comissões de acompanhamento interno, cuja concretização é, por ora, meramente virtual;
- Os Contratos Programa das instituições não integram a realidade e as contingências próprias de cada Serviço, de pouco valendo o necessário esforço despendido na realização dos Relatórios de Atividades anuais e dos Programas de Ação para cada triénio que é exigido aos seus respetivos Diretores, a quem alguns dos mais elementares dados de produção, receita e consumo não são sequer fornecidos com aceitável prontidão e fiabilidade;
- Irresponsavelmente, os quantitativos negociados pelos CAs com a tutela, para pagamento da produção realizada/contratualizada, não previram nenhuma espécie de verba para os exames realizados por algumas especialidades (ex.: Fibroendoscopias, Cateterismos, etc.) aos doentes do SNS, o que se traduz na necessidade de se ter que optar entre tratar os mesmos ao arrepio das normas consensuais e adequadas, aumentar o défice, ou codificar o exame sob outra denominação tida por menos ruinosa;
- A taxa de aplicação de verbas comunitárias neste setor, nomeadamente em áreas tidas como vitais para a própria Saúde Pública, é escandalosamente baixa;
- Ainda não existe uma organização interna institucional que permita, de uma forma adequada, apurar a produção efetiva em tempo útil, nem os hospitais são realmente subsidiados pela tutela em função da diferenciação da medicina praticada, ao passo que, artificialmente, algumas despesas são administrativamente "corrigidas" pelo Ministério (veja-se o caso recente dos gastos com medicamentos cuja verba foi imputada às ARSs, ou o pagamento dos ordenados dos internos do geral e do complementar que iniciaram funções a partir de janeiro do corrente ano nos SAs e cuja verba é imputada incompreensivelmente a certos hospitais SPAs!).
- Generalizou-se uma organização departamental nos hospitais, sem se adaptar a mesma à realidade de cada instituição, sem se ter em conta

o peso enorme da "tradição" no nosso país, e sem se cuidar que a eficácia da mesma está muito interligada a uma reforma paralela que se impunha ter encetado primeiramente, quer ao nível da pré-graduação (ensino com uma maior componente prática e com o necessário enfoque na formação prioritária de médicos generalistas), quer ao nível da especialização médica e cirúrgica (através da criação de um tronco comum de três anos em Medicina Interna, em Cirurgia Geral ou em Pediatria);

- Pretende-se, absurdamente, subalternizar os Cuidados de Saúde Primários aos Hospitalares, tal como já foi feito relativamente à Saúde Pública, em vez de se aprofundar a necessária e mais produtiva cooperação intersetorial entre todos os níveis de cuidados, sem subordinação de qualquer um deles.

4. **Diz-se**

- *A produtividade no setor da saúde é muito baixa;*
- *É necessária maior disponibilidade dos médicos;*
- *Vai premiar-se o acréscimo de responsabilidade e o desempenho.*

d. **Na realidade**

- Não se investe a sério na profissionalização do secretariado clínico nem na informatização dos registos médicos e dos circuitos administrativos ligados diretamente às áreas assistenciais, sendo os processos de trabalho ainda incrivelmente demorados e obsoletos em relação às capacidades técnicas atuais, logo, consumidores de muita mão-de-obra e tempo que tanta falta faz noutro tipo de funções;
- Desincentiva-se objetivamente a dedicação exclusiva dos médicos e impede-se a dos restantes profissionais, criando-se um desfasamento funcional verdadeiramente anacrónico, que se traduz numa deficiente rentabilização das capacidades instaladas, sobretudo no setor dos exames auxiliares de diagnóstico, acarretando um consequente, mas evitável, aumento dos tempos de internamento e lógica diminuição da rotatividade das, por vezes, mais que exíguas camas hospitalares;
- Até ao momento e ao longo de muitos anos, existiram muitos médicos que não receberam qualquer subsídio pela Direção de Serviço ou por cargos de Assessoria Técnica, havendo outras funções altamente desgastantes e de enorme responsabilidade profissional, pelas quais sempre foram pagas importâncias verdadeiramente simbólicas, ao passo que os Gestores

nomeados para os CAs das recém-criadas SAs viram os seus ordenados insultuosamente aumentados numa época em que os dos restantes funcionários estão congelados desde há dois anos (incluindo o do Diretor Clínico!);
- Os critérios de avaliação de desempenho que se anunciam para a progressão salarial, têm em conta, quase somente, a quantidade de atos ou de técnicas realizadas, sendo omissos quanto à qualidade dos mesmos e não sendo claros na distinção que se impõe quanto à índole de cada especialidade (médicas, médico-cirúrgicas, cirúrgicas, se têm ou não técnicas próprias, se realizam apenas exames auxiliares de diagnóstico ou atividade clínica), ou quanto ao tipo de doentes que tratam (crónicos e/ou agudos), etc.

5. **Diz-se**
- *Devemos ir de encontro às necessidades das populações;*
- *O Sistema e as Instituições têm que se saber adaptar às exigências dos doentes.*

e. **Na realidade**
- O direito constitucional à saúde das populações mais carenciadas nunca esteve efetivamente tão ameaçado, sendo de aguardar com a necessária prudência e expectativa a posição da recém-criada ERS;
- Alguns CAs de certos SAs já começaram a estimular ou a sugerir veladamente que se dê prioridade aos doentes dos denominados subsistemas, das seguradoras ou mesmo privados, em detrimento dos do SNS;
- Doenças que geram maior despesa são encaradas como indesejáveis, não se olhando aos chamados custos sociais indiretos.

6. **Diz-se**
- *Os hospitais gerais diferenciados são predominantemente para doentes agudos;*
- *Vai-se investir numa rede de cuidados continuados e paliativos.*

f. **Na realidade**
- Desarticulou-se irresponsavelmente as camas da rede de hospitais concelhios, sem se operacionalizar primeiramente, em alternativa, outras

estruturas mais adequadas, e que, por ora, só existem enquanto mero projeto de intenções;
- Os internamentos de cariz social são cada vez mais frequentes;
- Cada vez são internados mais doentes com agudizações de doenças crónicas (geriátricos, com patologias consumptivas ou degenerativas, psiquiátricos, portadores de distúrbios comportamentais ligados mais ou menos diretamente a disfunções socioeconómicas e/ou afetivas, com afeções secundárias ao abuso de, ou exposição, a substâncias tóxicas, com desregulação imunitária, etc.), e traumatizados graves (com todas as suas graves sequelas inerentes...), etc.

O CASO "EXEMPLAR" DO HOSPITAL DE SETÚBAL

A criação de boas condições de trabalho no sector público da saúde não é um gasto, é um investimento que tem como contrapartida a disponibilidade obrigatória do médico. Se a empresarialização dos hospitais for nesse sentido, evitar-se-á muito desperdício

FRANCISCO AZEVEDO E SILVA
in DN, julho, 2003

Algumas das deficiências apontadas previamente podem, infelizmente, ser encontradas com mais ou menos dificuldade no hospital onde trabalho e ao qual dediquei grande parte da minha vida profissional de mais de vinte anos, cerca de dois anos e meio dos quais como elemento integrante da sua Direção Médica. Durante este último período, tentou-se, empenhadamente, fazer sair do verdadeiro estertor em que caiu, devido à inadmissível inação dos responsáveis pela hierarquia da Tutela ao longo dos derradeiros quinze anos, aquele que foi outrora o primeiro hospital regional nacional, paladino reconhecido da formação médica pós-graduada e viveiro de muitas gerações de médicos que se têm notabilizado nas mais diversas especialidades e que foram posteriormente trabalhar para inúmeros outros hospitais.

Numa "Carta Aberta" publicada na revista da OM há pouco mais de um ano e dirigida ao atual Ministro da Saúde, intitulada "A Saga do Rei Nu", para além de uma análise detalhada premonitória acerca de toda esta complexa problemática, atrevi-me a contar alguns pormenores mais ou menos rocambolescos que envolveram a negociação com as sucessivas Direções da ARSLVT acerca da decisão

entre construir um hospital novo ou reabilitar o existente, tal era (e continua a ser) o avançado estado de degradação de algumas das suas instalações. Afirmei então (sem que alguém tenha feito qualquer desmentido público posterior...) que foram apresentadas às mais variadas instâncias competentes (Ministros, Secretários de Estado, Presidentes da ARSLVT, Coordenadores da Sub-Região, Comissão Técnica, etc.) os argumentos *pró* e *contra* de cada uma das hipóteses em estudo, bem como dois documentos amplamente discutidos e fundamentados acerca das alternativas ao plano de obras e rotação dos respetivos serviços, proposto pelo Grupo Técnico da ARSLVT.

Estas negociações não foram nada fáceis, tendo-se prolongado por todo o verão de 2001. Por incrível que se possa conceber, para uma população de mais de 250.000 habitantes, no centro geográfico do distrito e na cidade capital do mesmo, numa região altamente industrializada e em expansão demográfica, com projetos turísticos e de rede rodoferroviária de grande magnitude, partimos de uma proposta inicial que contemplava pouco mais de 200 camas, quase só com valências básicas, para um acordo final de cerca de 450 camas, compreendendo pelo menos todas as especialidades diferenciadas já existentes.

Foi posteriormente prometido, em cerimónia pública realizada no hospital, perante todos os seus funcionários, um investimento de cerca de 3.000.000 de contos por um período de quatro anos. Tal como então, é, pois, legítimo perguntar, perante todo o desenvolvimento posterior, se foi prometido aquilo que não existia, ou se outro *lobbies* mais poderosos desviaram esse dinheiro posteriormente para outros projetos tidos como "mais importantes"...

O que se afigura ainda mais inadmissível é a atual ARSLVT dizer desconhecer a existência de qualquer Plano de Remodelação do Hospital (quando o anterior, da autoria do próprio Grupo Técnico, até tinha sido publicado na revista da Associação de Médicos da Carreira Hospitalar!), tal como gestões anteriores se atreveram a dizer que a lotação do mesmo, calculada em pouco mais de quinhentas camas, segundo publicação em DR efetuada há um bom par de anos, não era a "oficial"!!!

Não será, pois, de estranhar que, tal como foi então previsto poder vir a acontecer, existam atualmente alguns serviços sem camas de internamento atribuídas ou com um número perfeitamente exíguo para as necessidades. Serviços que se planeia serem transferidos para junto de outros sem o mínimo de similitude e à custa da diminuição da sua lotação oficial. Os espaços vagos para a sua rotação já não existem, ou estavam pendentes de obras provisórias em locais não previstos, dando-se agora como definitivo aquilo que foi tido apenas por temporário. Doentes de uma mesma especialidade tenham que se amontoar no Serviço

de Urgência e serem posteriormente dispersos pelos vários pisos e serviços nos dois blocos. Em suma, se tenha criado o descrédito absoluto nas hierarquias, generalizado o caos na organização dos espaços e dos circuitos, e, o que é mais grave ainda, feito germinar o nefasto clima próprio do aforismo popular "casa onde não há pão, todos ralham, e ninguém tem razão"...

Dois exemplos do que acabo de expor se podem apontar desde já. O primeiro, é o que se refere à auditoria externa ao Serviço de Urgência, onde seguramente o "diagnóstico da doença" está feito há muito, pelo que, certamente, não bastará uma mera operação de cosmética para lhe evitar uma agonia eternamente anunciada.

O segundo, e mais ilustrativo, é o caso da enfermaria de Infeciologia/Pneumologia, com plano de obras e respetivo caderno de encargos completo desde há cerca de oito anos(!!!), com financiamento garantido (!!!) por duas entidades (CNLCS e Saúde XXI), no valor total de cerca de 1.250.000 euros, sempre tido como "prioritário" por todas as entidades e... cujo concurso para as obras ainda nem sequer abriu (!!!), ao passo que os doentes (quem se interessa?) se amontoam em todo e nenhum lado, como se a tão evocada Saúde Pública fosse coisa de menor importância.

O resultado? Perante a recusa em continuar a financiar os SAs através do PIDAC, o atual CA até já considera a hipótese, para garantir a viabilidade operacional da instituição, fazer obras recorrendo à alienação do seu capital social!

Não admira, pois, que perante todo este quadro, a meio do Outono do ano transato, após a apresentação do pedido de exoneração do então Diretor Clínico, a pretexto de "estarem em causa as condições institucionais para a boa prática médica", numa atitude perfeitamente inédita no nosso país, mais de 25 dos ainda indigitados Diretores de Serviço tivessem que mostrar indisponibilidade para a sua nomeação definitiva, apenas fazendo eco do clima generalizado de descrença no futuro próximo da instituição que então se vivia no seio da classe médica e dos restantes profissionais.

Mais recentemente, com o prolongar da greve do setor médico para além do imaginável, não se assumindo os encargos inerentes a compromissos que decorrem tão somente da aplicação da lei vigente, e ao abusar-se da boa fé alheia, renegando a validade de documentos assinados em plena consciência perante representantes legítimos de ambas as partes em litígio, deu-se a derradeira machadada na confiança institucional e na entrega espontânea à causa do hospital, espírito emblematicamente cultivado ao longo de sucessivas gerações!

Mas, então, tal como se ouve insistentemente nos corredores, onde estão e o que fazem as "forças vivas" da cidade? E o que dizem os órgãos do poder local? Será que querem que aguardemos tranquilamente pela vinda de uma "Comissão Liquidatária"? Ou será que, afinal, este assunto é perfeitamente despiciente e até nem lhes diz assim tanto respeito? E a população, com o seu silêncio ensurdecedor?

Não será que no âmago de todas estas questões, o mal reside afinal, apenas e tão só, na falta de capacidade para fazer *lobby* por parte da população e dos responsáveis políticos de uma cidade e de uma região que, historicamente, sempre foi verdadeiramente esmagada pela proximidade da capital do reino e visceralmente desprezada por quem o tem governado?

É, assim, com base nesta minha experiência e nestas conjeturas, que fico com a nítida sensação que, em certas circunstâncias, infelizmente cada vez mais frequentes, a necessária solidariedade dos órgãos do poder para com as chefias de algumas instituições termina no exato momento em que estas acabam por aceitar os cargos para os quais os primeiros tiveram tanta dificuldade em encontrar alternativa, tornando posteriormente vãs todas as promessas de empenhamento para ajudar na resolução dos difíceis problemas que os seus responsáveis têm que enfrentar quotidianamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

E a situação só não é pior devido à abnegação e competência de muitos médicos e enfermeiros que vão resistindo nos hospitais e nos centros de saúde. Até se cansarem. Há uma espécie de "assassinato" da classe média. E médica.

CARLOS CÁCERES MONTEIRO
Jornalista português, 1948- , in Visão, fevereiro, 2004

Voltando finalmente aos problemas da saúde em geral, é inegável que se atravessa uma crise económica a nível mundial, com fortes repercussões no nosso país, e, em particular, na região onde vivo e onde trabalho. Por consequência, nas sociedades com regimes democráticos (tal como também se deveria passar na nossa...), a necessária racionalização na distribuição da riqueza de cada nação será tanto melhor aceite e será tão mais eficaz quanto maior for a formação cívica dos eleitores e a confiança nos eleitos para os cargos de natureza governamental. Só que isso comporta várias condições prévias, acima das quais a transparência

nos métodos de decisão e o conhecimento informado e a aceitação prévia por parte da maioria da sociedade.

É que neste tipo de regime político ("o pior de todos, à exceção dos restantes", como o classificou Winston Churchill...), os cidadãos organizados nas estruturas representativos da sociedade, são livres de optarem por assumir coletivamente as consequências de se gastar mais, por exemplo, em saúde e educação, do que em cimento e balas... ou ao contrário!

De facto, não será de todo admissível, sub-repticiamente, os políticos empurrarem para os médicos o ónus de determinado tipo de opções incómodas aos olhos dos cidadãos, que devem ser antes da intrínseca responsabilidade dos mesmos, dado ultrapassarem completamente os limites de natureza técnica e os fundamentos de índole ética que estes estão obrigados a defenderem, sempre por imperativos deontológicos, independentemente das pressões mais ou menos diretas dos poderes instituídos.

Ninguém contestará, pois, em consequência, a necessidade, cada vez maior, de se racionalizarem os gastos e rentabilizarem os investimentos. Tão pouco a importância de passarmos a ter Administrações altamente profissionalizadas na direção das instituições de cuidados de saúde. Mas, o mais importante, em termos das necessidades dos cidadãos e da satisfação dos doentes, continua e continuará a ser, sem sombra de dúvida, a disponibilidade, o empenhamento e a competência técnica dos profissionais do ramo. Porém, o que acontece é que, na situação atual e em muitas das instituições, cada vez a disponibilidade e o empenhamento daqueles é menor, dado o ambiente interno de grande desmotivação que se vive.

Daria, então, de seguida, apenas alguns exemplos, todos bem ilustrativos dos anacronismos do nosso sistema e da falta de confiança nalguns dos seus agentes.

Dentro dos primeiros, referiria a existência de uma multiplicidade de subsistemas de saúde, todos subsidiados diretamente pelo Estado com base nos descontos efetuados pelos respetivos beneficiários, embora com regras e vantagens muito diferentes, dando a sensação a um observador externo (tal como já aconteceu com diversas instituições internacionais de credibilidade inquestionável), que estaríamos perante países diversos, com a agravante da possibilidade de acumulação da vários deles pela mesma pessoa ou família.

Em segundo lugar, diria que, num país em que a grande maioria dos cuidados de saúde está na dependência direta ou indireta do Estado e em que os cidadãos já descontam uma percentagem substancial dos seus salários para impostos, é inadmissível que ainda recaia diretamente sobre os mesmos o pagamento de

uma importância tão elevada dos seus custos totais, facto sem qualquer paralelo nos países comunitários.

Dentro dos segundos, citaria primeiramente o caso da atual política do medicamento, com as fundadas suspeitas de que existe uma deficiente farmacovigilância das cópias e dos genéricos de moléculas originais que, a par do licenciamento da comercialização de um número perfeitamente absurdo de similares de um mesmo produto farmacêutico, produzam objetivamente uma menor adesão ao saudável princípio da prescrição por substância química, estimulando o consequente inflacionamento do consumo farmacológico desadequado face aos diagnósticos concretos.

Em segundo lugar, os sistemas de seguros de saúde, onde os prémios são manifestamente exagerados para a cobertura de cuidados que oferecem, nomeadamente o facto de não garantirem a sua manutenção em certos casos de doença ou restringirem o seu âmbito a determinadas faixas etárias, razões pelo que não constituem, pois, à partida, verdadeiras alternativas, tal como se pretenderia.

É por tudo o que disse que a contabilidade efetiva dos custos com os cuidados de saúde não se pode fazer à moda do "merceeiro" de aldeia, havendo que contabilizar, para além dos gastos diretos, outro tipo de parâmetros farmacoeconómicos que, demagogicamente, tão pouco são tidos em conta quando os nossos governantes pretendem "esclarecer" publicamente a população e cuja omissão tantos prejuízos pode trazer.

Refiro-me concretamente aos "custos do não tratamento", ou em sentido mais lato, ao custo de não se tomarem atempadamente as medidas científica e epidemiologicamente corretas que se imponham em cada momento, sobretudo quando estão em causa doenças transmissíveis e a Saúde Pública. Será que não chegam os exemplos da BSE, do SARS e da gripe aviaria, de que todo o mundo foi "cúmplice" mais ou menos inocente e (des)interessado, e do gigantesco prejuízo económico para as economias dos países afetados, sabendo-se que nesta era da globalização, também neste aspeto, nenhum se pode verdadeiramente considerar imune?

É por isso, para mim, perfeitamente incompreensível, à luz destes princípios, que no nosso país, por exemplo, a declaração da SIDA como doença crónica venha a ser sucessivamente prometida, mas sempre adiada. Pena é que a grande sensibilização genuinamente evidenciada pelo mais Alto Magistrado da Nação quanto a este problema não tenha ainda "contagiado" os sucessivos Governos. Se isso ocorresse, talvez o problema já tivesse começado a deixar de ser o drama que é hoje em dia no nosso país, assumindo proporções sem paralelo à escala comunitária.

Finalmente, no que concerne a outro dos aspetos tão polémicos da atual política de saúde, referindo-me especificamente à decisão inopinada de se transformar de uma assentada 31 hospitais em SAs (todos com características e condições de funcionamento diferentes), poderemos compará-la, em termos figurativos, ao lançamento de uma frota de navios ao mar, em que cada um é suposto ser autossuficiente, enfrentar idênticas tormentas, fazer um trajeto semelhante e desempenhar missão equivalente, mas... em que existem uns com dez anos de construção e outros que têm quarenta, uns com uma tripulação em quantidade e qualidade minimamente aceitáveis e outros em que uma parte da mesma se evade logo no primeiro porto, ou, ainda, uns que têm o casco restaurado e o parque de máquinas operacional, ao passo que os restantes vão ter que fazer reparações frequentes recorrendo à venda do seu recheio.

Perguntar-se-á, pois: Os resultados finais serão mais da responsabilidade do comandante e da tripulação, ou do armador? E quanto aos resultados: Serão, honestamente, equiparáveis? É infelizmente esta a realidade que vamos vivendo e que importa ter a coragem de analisar e de denunciar a cada passo, porque a reflexão interpares e o exercício livre e responsável da cidadania plena, além de fazerem parte da tradição e da cultura médicas, representam inequívoca e simultaneamente um direito e um dever que jamais abdicaremos! Quanto mais não seja, para que não nos tomem a todos por "tolos" e porque a "catarse" diminui o stresse e, este, como se sabe, faz muito mal à saúde e gera muita despesa ao erário público. Não é Sr. Ministro?

Enquanto tal, neste jardim à beira-mar plantado e de brandos costumes, caem pontes, ardem as matas, e uma parte dos "ícones mediáticos" da nossa sociedade balofa lá se vai sentando calmamente nas camas dos calabouços *vips* e no banco de réus comum à restante populaça. Tal como sempre, daqui por algum tempo, novos escândalos irão despertar a sua fugaz memória, e a "culpa lá terá que se arriscar a morrer solteira" uma vez mais. Ou não terá sido sempre assim...!?

Com os melhores cumprimentos.

SETÚBAL, 2004/04/26

Revista da Ordem dos Médicos, 2004, número 20



Representação pictórica da perseguição e tortura dos judeus na época da Peste Negra na Europa, 1350, Gilles li Muisis, cronista francês, 1272-1352, Biblioteca Real da Bélgica

Primeira de uma trilogia: De 4 para 5%, ou a triste história de como com INSENSATEZ e INABILIDADE se consegue transformar uma pequena numa GRANDE DIFERENÇA

VERDADE E COERÊNCIA, OU TALVEZ NÃO...

É bom que se tenha sempre presente que ser doente não é exatamente o mesmo que ser um mero consumidor, e que o âmbito da medicina não se pode cingir ao de um simples mercado

J. AVORN
in Post-Modern drug evaluation: The deconstruction of evidence-based regulation. Pharmacoeconomics 2000; 18 (sup. 1): 15-20

Volta e meia dá-me para isto. Para desabafar! É uma espécie de catarse necessária para preservar a minha saúde mental, qual expiação compulsiva de pecados alheios, cujo peso se torna, a certa altura, verdadeiramente insuportável de conter, mesmo no seio das mais distraídas e amorfas consciências.

Quando uns dias antes das últimas eleições legislativas pude participar, conjuntamente com quase todos os Diretores de Serviço, numa reunião realizada no Hospital onde trabalho há mais de vinte anos, com uma delegação oficial do atual partido do Governo, integrada na campanha eleitoral que então decorria, disse publicamente que seria conveniente que, acaso este viesse a vencer as eleições (como de facto viria a acontecer), não cometesse o tremendo erro passado de, através do mesmo Primeiro-Ministro, termos assistido, perplexos, à nomeação sucessiva de três ministros da Saúde (o último dos quais, nem mais nem menos, do que o atual detentor desta pasta) com políticas completamente díspares nalguns aspetos fundamentais. Parecia-me demasiadamente óbvio privilegiar estrategicamente a coerência em detrimento da instabilidade inerente à tomada de medidas sem a lógica sequência temporal, e, mesmo, por vezes, contraditórias.

Volvidos vários meses de governação, constato que tudo se encaminha para que esse tipo de estratégia esteja de facto sendo seguida, pesando-me na consciência, contudo, não ter aconselhado ainda aquilo que me pareceu, na altura, perfeitamente supérfluo, ou seja, que para além de uma continuidade na política, seria também fundamental haver BOM SENSO nos processos da sua implementação...

Não pondo em causa a competência técnica da generalidade dos atuais governantes, nem tampouco a boa intenção *a priori* dos seus propósitos, e, muito menos ainda, o reconhecimento da necessidade imperiosa de se fazer face, com lucidez e determinação, à crise séria por que passamos, parece-me por de mais evidente que o exercício do poder que está sendo praticado corporiza aquilo que infelizmente temíamos há algum tempo que se viesse a concretizar. Ou seja, que vivemos em sociedades onde os meios contam cada vez menos para os fins, nas quais as políticas são muito parecidas umas com as outras em todo o mundo, onde a ideologia dominante é a da "desideologização" acrítica, progressivamente subordinada à lei "sem rosto" da economia de mercado, e, esta, por sua vez, à "ditadura espartana" da mera aritmética financeira.

A alegada preocupação com a humanização e com a qualidade na prestação dos cuidados de saúde é, pois, por vezes, mais um chavão eleitoral incessantemente repetido, mas progressivamente esvaziado de conteúdo na prática, proporcional à gradual penúria que caracteriza a diversidade de recursos necessários à implementação e controle das políticas que se pretenderiam adotar, e onde a realidade subverte completamente os princípios que se dizem defender e que estão consignados na legislação em vigor. É eloquente exemplo disso o facto da nossa Constituição caracterizar o SNS como "tendencialmente gratuito" e os cidadãos verificarem diariamente que ele é, efetivamente, ao invés, "tendencialmente pago"!

Apesar de vivermos num país onde o esforço que cada um de nós já faz, quer em termos do que pagamos indiretamente através dos impostos, quer do que pagamos diretamente através das mais diversas formas (taxas moderadoras, seguros, etc.) é, percentualmente, das mais elevadas ao nível comunitário.

Tudo isto me faz lembrar a parábola da "macaca que tanto gostava da sua cria que, tão obcecada estava com a ideia de a defender a todo o custo das agressões externas que pretensamente a rodeavam, cada vez a apertava mais contra o seu peito, pensando desse modo torná-la inatacável, até que subitamente reparou, atónita, que em vez de a ter salvo, como pretendia, tinha-a antes asfixiado com a superproteção do seu enorme amor maternal".

Assim parece o atual Sr. Ministro da Saúde. Cuida tão bem da contabilidade do seu Ministério e tanto quer viabilizar o SNS que, um dia destes, quando acordar do pesadelo em que caímos, o mesmo SNS de que tanto gostava, e que outrora até fora classificado internacionalmente como o décimo segundo melhor de todo o mundo por entidade externa credível, pura e simplesmente se esfumou, sendo apenas uma vã (?) recordação na memória dos cidadãos, dos profissionais de

saúde e de alguns (poucos ?) políticos, tendo então passado a vigorar apenas nos manuais de história.

Talvez que então ele venha a ser "reinventado", tal como o pretendem fazer os próprios EUA, que apesar de serem os verdadeiros paladinos do liberalismo, não deixam de reconhecer que não é legítimo continuar a ter cerca de 10% da população praticamente sem direito aos mínimos cuidados de saúde adequados à dignidade da condição humana que dizem defender enquanto povo e nação, até porque são o país mais rico do mundo. Nada melhor, parafraseando o velho aforismo popular, do que "perder algo (ou nunca o ter tido antes, mas saber que existe algures!), para se lhe dar o devido valor".

Ou seja, por outras palavras, quase toda a política internacional se encaminha hoje, sub-repticiamente, para glorificar, qual quimera redentora colocada num altar, o novo tipo de Estado emergente, o dito "Estado Regulador" em detrimento do defunto "Estado Social" de boa memória, que os arautos do neoliberalismo, por sua vez, cognominaram pomposamente de "Estado Golden Share". Este último apresenta-se, de facto, como tão exíguo que mais parece um verdadeiro "tigre de papel", incapaz de impor respeito, de dar o exemplo, de apontar o caminho, e no seio do qual se admite que tudo poderá vir a ser eventualmente privatizável, incluindo, quiçá um dia, para seu gáudio hipócrita, o próprio (Estado)!

É que, se por um lado, todos sabemos que os cuidados de saúde serão cada vez mais dispendiosos, por outro, temos igualmente que continuar a aceitar que os direitos constitucionais dos cidadãos são os mesmos, sendo este precisamente um dos mais básicos, pelo que é hoje conceptualmente inconcebível não dar uma garantia efetiva de acesso generalizado, mesmo por parte daqueles que não têm capacidade económica para o poderem suportar autonomamente. Chama-se a isso solidariedade geracional e civilizacional, baseada no esforço proporcional à riqueza de cada cidadão ou família, e jamais se poderá entender como uma mera vã promessa, mas antes como uma efetiva realidade numa sociedade que se diz pautada pelos valores do humanismo próprio de um genuíno "Estado de Direito".

É para isso que elegemos ciclicamente governantes em eleições democráticas e que pagamos os impostos que nos dizem ser necessários à manutenção do dito "Estado Social", que, mesmo que alguns o queiram colocar no velório, continua a constar explicitamente nos estatutos da generalidade dos partidos com assento parlamentar do nosso país. A não ser que algum deles queira ter a coragem de um destes dias se apresentar a sufrágio popular com um programa eleitoral diferente, prometendo apenas para alguns aquilo que deveria constituir um insigne valor universal!

É, pois, um verdadeiro imperativo ético os dirigentes políticos falarem a verdade e não exigirem apenas o cumprimento das regras aos seus subordinados, esquecendo-se de optar pelo mesmo padrão de comportamento para com as elites da hierarquia que é responsável pelas mais variadas instâncias dos muitos organismos existentes, sejam eles públicos ou privados.

Só a título de exemplo, convém aqui lembrar que no Hospital onde trabalho e no qual, por via de uma gestão incompetente e autista, que contou com a obstinada cobertura política do então Ministro da Tutela e da ARSLVT cessante, a esmagadora maioria dos Diretores de Serviço viu-se na contingência de ter que apresentar a sua demissão, tentando desse modo salvaguardar o interesse da instituição e as responsabilidades da má gestão reinante.

Moveram inclusive um processo em Tribunal por se terem sentido insultados no seu bom-nome, mas, também, porque não reconheciam qualquer idoneidade para o exercício do cargo por parte de quem dirigia os seus destinos. Ao entrar o novo CA, já na vigência do atual governo, o seu ex-presidente foi "premiado" pelos bons ofícios à causa institucional, tendo ficado em casa, com ordenado por inteiro, durante cerca de seis meses. Como resultado direto da sua ação, a futura Unidade de Internamento de Infeciologia/Pneumologia, que tinha sido entretanto reconstruída na ala antiga do mesmo, com verbas cativas desde há quase dez anos pela CNLCS (cerca de 250.000 euros), e por verbas entretanto recebidas através do Programa Comunitário Saúde XXI (cerca de 1.000.000 euros), não pode ainda ser inaugurada (já lá vai mais de um ano!), porque apresentava algumas e graves insuficiências técnicas, dado não ter sido solicitado o imprescindível acompanhamento especializado, nomeadamente por parte dos Diretores de Serviço respetivos (nos quais me incluo). As consequências? Está aberto concurso internacional para colmatar esses "pequenos deslizes", estando a correção dessa "insignificante distração" orçada em mais cerca de 250.000 euros!

Existirá alguma moralidade nesta história Sr. Ministro?

NOTAS FINAIS À VOLTA DE UMAS QUANTAS PERCENTAGENS

Estamos a ser educados para a obediência, a passividade e a ignorância. Meio caminho andado para a domesticação

VICENTE ROMANO
Professor de Ciências da Comunicação, in Visão, novembro de 2006

Constitui uma indesmentível verdade *lapalissiana* afirmar que o OGE de todos os países, dos mais ricos aos mais pobres, ontem como hoje e sempre, é igual em percentagem: 100%. Talvez a maior arte da política atual esteja em dividi-lo racionalmente em partes pelos vários Ministérios, em função das necessidades existentes e futuras das populações, implementando em todos eles os processos mais eficazes de rentabilizar as verbas assim repartidas. Nas democracias, estas opções têm, contudo, que ser muito bem explicadas previamente ao eleitorado e deve ser este a julgar o que entende ser melhor para a sociedade, em função das propostas apresentadas. Os Governos e os Parlamentos serão apenas uma extensão dessa delegação cíclica de poderes, devendo, pois, prevalecer uma absoluta transparência de processos e de objetivos, sendo seguro de antemão, contudo, que o direito à saúde é dos mais básicos e que os seus custos vão inexoravelmente aumentar, tal como já fiz referência e é consensual de entre todos os especialistas na matéria.

Quando o Sr. Ministro promoveu, no início do corrente ano, uma reunião com todos os Diretores de Serviço de Infeciologia e de Oncologia do país (as duas especialidades mais "gastadoras"), pôde-se trocar algumas impressões sobre estes problemas, tendo-nos então transmitido a sua intenção de limitar o crescimento da despesa com medicamentos hospitalares a 4%.

Na reunião que assisti, alguns colegas, e eu próprio, argumentámos que na grande maioria das situações eram seguidos os protocolos e as recomendações internacionalmente consignadas. Mais ainda, que feitas bem as contas, a despesa anual por cada doente no nosso país ficava, para a área da SIDA, abaixo do tratamento mais económico recomendado para doentes *naïf*, que havia muitas centenas de doentes a não serem tratados que necessitavam de terapêutica, a que se tinha ainda que adicionar o tratamento dos casos de multirresistência, das complicações oportunistas e das coinfecções pelos vírus das hepatites, etc., bem como, também, logicamente, a correspondente a todas as outras doenças infeciosas.

Para além disso, em termos de profilaxia das infeções oportunistas, parece que vivemos em dois países distintos: Aquele onde se pode dar esta medicação aos doentes em Hospital de Dia e o que (como no Hospital onde trabalho) onde ela foi "proibida" superiormente, mesmo apesar de ser custo-efetiva! Isto para

não falar da inovação terapêutica e da hipótese que alguns autores levantam, da vantagem clínica (e que poderá eventualmente vir a constar das recomendações num futuro a prazo...) da terapêutica dever ser iniciada mais cedo do que se faz atualmente no nosso país. Como, de resto, se fazia há cerca de dez anos! É que, como penso que V.ª Ex.ª saberá, na Ciência, tal como na História, as coisas são, por vezes, de natureza cíclica.

Para os que contra-argumentam que existem muitas combinações igualmente eficazes, de acordo com os ensaios clínicos já realizados, a preços muito diferentes, deve esclarecer-se que esta, como de resto todas as outras, deve ser uma medicação o mais individualizada possível e que o doente "ideal" do ensaio clínico é uma abstração que não existe na prática. A humanização dos cuidados na verdadeira aceção do conceito implica a adaptação das terapêuticas à idiossincrasia de cada doente, sobretudo no tratamento das doenças crónicas (como é o caso da SIDA!), que é para ser prescrito por muito tempo seguido (meses, anos, quiçá, toda a vida!) e onde o fator adesão é o mais determinante (tal como futuramente enfatizarei).

Por isso, os clínicos dão tanta importância às possíveis implicações de uma série de fatores, que incluem o estilo de vida do doente em concreto, as interações medicamentosas potenciais, a tolerabilidade, os efeitos a longo prazo ao nível metabólico e a potencial teratogenicidade, a comodidade posológica, a potência e a barreira genética de cada fármaco ou associação, as hipóteses de sequenciação de novas combinações em caso de falência, etc.

Não que sejamos genuinamente indiferentes aos seus custos (também pagamos impostos e não queremos de todo inviabilizar o sistema), mas somos logicamente muito sensíveis àqueles argumentos referidos, em claro benefício dos doentes, até porque também sabemos que eles podem ser quantificados farmacoeconomicamente nos denominados custos intangíveis, ou seja, naqueles que se relacionam com a qualidade de vida, que nos é também exigido que saibamos defender e valorizar.

Enquanto conjeturava esta CARTA ABERTA e pensava naquele número "maldito" dos 4%, bem como em todas as vicissitudes que vivenciamos diariamente na nossa prática clínica quotidiana e que abordarei com mais detalhe nos subsequentes artigos desta trilogia, lembrei-me, por mera analogia, que se tinha celebrado muito recentemente os cinquenta anos de uma Fundação, a quem o nosso país tanto deve, e cujo fundador, Calouste Gulbenkian, também esteve associado a um número "mágico": 5%. Era essa a percentagem que cobrava nos negócios do petróleo em que participava e que lhe permitiram comprar o espólio que hoje todo

o mundo pode admirar em Lisboa. Contudo, penso que muito mais importante do que esse verdadeiro império económico que edificou e legou, foi isso ter-lhe permitido, durante muitos e cinzentos anos da nossa história coletiva, ser um dos únicos focos a iluminar a Alma Lusa, não só nas artes, mas também na ciência.

Ao passo que, Sr. Ministro, receio que V.ª Ex.ª vá ser conhecido no futuro, por "tão pouca diferença", ter retirado a Alma aos profissionais e, em particular, aos médicos. É que nós, para além de nos preocuparmos com muitas outras coisas mensuráveis, fomos educados a valorizar, acima de tudo, o Estado de Alma dos nossos doentes.

E olhe que sem ALMA a medicina torna-se ainda muito mais cara! É a chamada Medicina Defensiva de que tanto Políticos, como Governos têm fortes razões para ter realmente verdadeiro pavor, mas que, infelizmente, ainda alguns doentes "menos esclarecidos" tanto gostam. E alguns médicos também...

E, por favor, não se esqueça da lição do episódio ocorrido em Inglaterra não há muito tempo onde, com a intenção, *a priori*, boa, de reduzir a prescrição de antibióticos (que é na realidade exagerada), os políticos da saúde locais decidiram oferecer uma recompensa aos médicos de família em função do grau de cumprimento desse (importante) objetivo... até que tiveram de suspender a iniciativa, ao verificarem que, ao invés do pretendido, a mortalidade dos doentes estava a ser (inaceitavelmente) maior do que anteriormente!

Até uma próxima. E pense bem antes de... Com a máxima consideração, um médico "livre-pensador".

SETÚBAL, 2006/12/10

Revista da Ordem dos Médicos, 2006, número 74

Segunda parte de uma Trilogia: Reformar, sim. Rentabilizar, também. Mas com diálogo e participação empenhada e esclarecida dos profissionais

O VERDEIRO PROBLEMA DAS URGÊNCIAS EM PORTUGAL

A questão vital que se coloca presentemente é a de saber qual o tipo de medicina que a sociedade quer para si mesma e quanto é que os seus cidadãos estão na disposição de pagar para a poderem obter...

J. LUNSHOF
in Personalized medicine: How much can we afford? A bioetics perspective. Personalized Medicine 2005; 2,1: 43-47

Este é, seguramente, dos aspetos que tem levantado e que vai continuar a levantar mais controvérsias e contestação. É intuitivo que o Ministério da Saúde, perante a pressão do seu parceiro da Finanças, seja tentado a cortar numa fatura que, para quem não está tanto por dentro dos problemas, se afigura "absurda", ou seja, a que corresponde ao pagamento das horas extraordinárias inerentes ao trabalho médico efetuado.

Como deve ser do conhecimento dos órgãos competentes, existem fundamentalmente dois problemas a resolver neste âmbito, ou seja, se bem que sendo um país pequeno, temos grandes problemas de acessibilidade geográfica às unidades prestadoras de cuidados de saúde nalgumas zonas do país, e possuímos uma população médica hospitalar maioritariamente envelhecida, razões pelas quais devemos encetar medidas corretivas acertadas em tempo útil, baseadas num estudo profundo da realidade local e numa correta articulação intersetorial ao nível regional, evitando a todo o custo tomada de decisões de caráter demagógico que apenas poderão acalentar efémeras e falsas esperanças, sendo antes uma estratégia bastante contraproducente a prazo, mesmo que de modo panfletário se pretenda convencer as populações do contrário.

Não querendo abordar exaustivamente outros aspetos que também contribuem bastante para a grave situação vigente, tais como a mais que nefasta desvalorização dos médicos generalistas (sejam eles os especialistas de medicina familiar no setor do ambulatório, sejam eles os internistas no setor hospitalar), a crónica falta de alternativas para a resolução adequada das disfunções inerentes

ao progressivo envelhecimento populacional, aos dos deficientes e portadores de doenças crónicas, aos dos imensos cidadãos com graves problemas económicos e familiares, etc., é, contudo, na sua orgânica de funcionamento que me irei fundamentalmente deter.

O facto de existir a necessidade de prestação de horas extraordinárias, de resto OBRIGATÓRIAS desde há cerca de vinte anos, pelas normas impostas pelo próprio Ministério que agora as pretende pôr em causa, num verdadeiro "passe de mágica", resulta apenas e só do facto de, em cerca de trinta anos, se ter registado uma evolução vertiginosa na medicina que se pratica no nosso país, não só do ponto de vista tecnológico, mas também na sua inerente diferenciação e especialização, bem como na maneira como os cidadãos, os próprios médicos e as demais instituições deste setor de atividade encaram as questões relativas à responsabilidade profissional do seu exercício, a par de uma notória falta e/ou má distribuição desses recursos no território nacional, que afetam, no entanto, de maneira diferente, as diversas especialidades.

Ao contrário do que se pretende fazer crer, não são os médicos que se auto escalam a seu belo prazer, e se algumas pontuais irregularidades podem existir, elas são sobretudo da responsabilidade das chefias hierárquicas e dos CAs das respetivas instituições, mais do que dos próprios pretensos prevaricadores. Até porque, em última análise, trata-se de um trabalho extremamente penoso do ponto de vista físico e psicológico, que nos retira do convívio da família e dos amigos, metade do tempo madrugada fora, por vezes mesmo durante fins de semana, feriados, natais, fins de ano, etc., bem como nos rouba muitas horas ao necessário descanso, comportando lógicos reflexos nefastos na nossa saúde.

A verdade amarga é que não existem especialistas em número suficiente na grande maioria dos hospitais, para garantir toda uma complexa e exigente gama de solicitações neste domínio e que inclui a Urgência Interna e a Urgência Externa, as Unidades de Cuidados Intermédios e Intensivos, o INEM, etc., com equipas fixas e sem recurso às referidas horas extraordinárias, a não ser que se deixem de escalar médicos para as enfermarias, hospitais de dia, consultas externas, blocos operatórios, blocos de exames, etc.

Alguns países resolveram estes problemas recorrendo a vários tipos de estratégias, sobre os quais devemos refletir quanto ao seu grau de exequibilidade, em função da nossa realidade concreta, bem como quanto aos seus próprios fatores positivos e negativos.

Uma possível solução é a criação de duas especialidades, uma própria para a Urgência Médica e outra para a Cirúrgica. A questão que se porá, então, é a de

saber quanto tempo aguenta um médico este tipo de funções ininterruptamente e o que é que ele vai fazer depois, por hipótese entre os 50 e os 70 anos, já que, ao estar completamente divorciado das rotinas da consulta externa e da enfermaria, se terá transformado antes, de um alegado hiperespecialista, num verdadeiro incompetente.

Ainda outra é a formação de um excedente interno de médicos, nomeadamente de Internistas, que permita poder sempre ter a possibilidade de contratar alguém para desempenhar uma tarefa esporádica, colmatar as faltas por doença ou por gozo de férias dos especialistas do quadro, etc. Perguntar-se-á, então, como é que estes colegas farão a sua imprescindível atualização profissional, como é que conseguem adquirir a necessária experiência, ou, ainda, como é que estabelecem os contactos regulares com os restantes setores da atividade hospitalar, condição fulcral para o seguimento adequado dos doentes e para a edificação de um saudável espírito de equipa.

Finalmente, poder-se-ia admitir a importação de especialistas estrangeiros. Quanto a esta última solução, não me parece ser necessário perder muito tempo, bastando para isso constatar que a esmagadora maioria destes médicos, que existem em Portugal ou vem para fazer o internato de especialidade, ou é indiferenciada.

No primeiro grupo, contamos sobretudo com os colegas espanhóis, que, numa percentagem crescente, ir-se-ão embora para o país de origem logo que acabem a respetiva especialidade e aí tenham uma oportunidade de emprego. Os colegas dos países do leste europeu são em número reduzido, têm inicialmente bastantes problemas com a língua e possuem maioritariamente uma idade mais avançada do que os restantes. Por último, os colegas dos PALOPs, dedicam-se sobretudo à prestação de tarefas, são frequentemente indiferenciados, têm uma formação, não raramente, muito deficiente, adquirida em quase todos os casos nos países oriundos da desagregada União Soviética.

Mas porque é que não se aproveita o trabalho realizado pela Comissão recentemente empossada para o efeito e não se define, para cada hospital, em função do seu movimento assistencial, do respetivo nível de responsabilidade e de diferenciação técnica, bem como do enquadramento regional previsto, qual a composição adequada das equipas médicas, aproveitando na plenitude a experiência e a competência profissional dos médicos do seu quadro, bem como dos respetivos internos? Porque é que também não se toma em consideração a proposta elaborada não há muito tempo, a este respeito, pela SPMI?

É que, pelo caminho que leva o curso dos acontecimentos, muitos dos colegas com horário de 35h entregarão a escusa da prestação de horas extraordinárias, os que têm mais de 50 anos pedirão a dispensa da realização do trabalho noturno, os que têm quase os 60 anos preferirão a reforma antecipada, e, por aí adiante...

A realidade, ainda por cima, é que não se vê que o Estado venha a ter significativas poupanças de verbas com estas medidas. A prova disso é que os tarefeiros indiferenciados já ganham à hora mais do que um Chefe de Serviço da carreira hospitalar, e, um mesmo especialista de uma dada instituição pode ver multiplicado por várias vezes o pagamento do mesmo tipo de serviço, se o fizer através de uma das inúmeras empresas constituídas, no próprio hospital, ou noutro, passando, pois, a vigorar, de modo impensável para este contexto, a lei da oferta e da procura! E ainda porque, tal como é do senso comum, as despesas com os atos médicos tendem geralmente a variar na razão inversa da experiência clínica do médico, bem como na proporção direta da precariedade da sua ligação à respetiva instituição onde está a exercer funções.

Aí, argumentam os arautos doutores da "Contabilidade Criativa", o que interessa, para salvaguardar as aparências, é que essa verba não esteja inscrita na rubrica dos honorários ao pessoal médico, podendo até vir a ser de montante bastante superior, e, igualmente, ainda que de forma indireta, suportada pelo mesmo OGE, mas desde que seja antes imputada na rubrica que se refere à prestação de serviços externos nada haverá a opor!

É, pois, por estes artificialismos, bem como pela asfixia lenta ao nível dos recursos humanos, que o Estado Português tem vindo a ver crescer astronomicamente, nos últimos anos, a despesa com pagamento a entidades externas contratadas, tal como consta do seu OGE, sem que isso signifique, em muitas circunstâncias, aumento da poupança ou da qualidade dos serviços prestados, o que nem sequer parece incomodar grandemente as consciências das elites que nos têm governado.

A verdade é que, nas sociedades tal como usualmente as concebemos, a bem dos intemporais valores da ética, nem tudo deve ter um preço exato atribuído, existem atividades que não devem dar lucro, e nem todas as coisas podem ser vendáveis como uma mera mercadoria transacionável com mais-valias. Tal como é impensável assumir a falência de certas organizações do setor social.

Pura e simplesmente, para o vulgar cidadão, bem como para muitos médicos do SNS, esta "lógica" constitui uma verdadeira ignomínia e uma inadmissível imoralidade! Em vez de se reconverterem os funcionários, tratam-nos como se fossem lixo não reciclável, o que aplicável à carreira médica implica a adoção estrita

da recomendação comunitária de não admitir o exercício aos médicos que não possuam uma qualquer especialidade reconhecida, ou seja, todos aqueles colegas deveriam ter de ir frequentar o internato complementar, passando então a ter as condições mínimas para assegurar um desempenho com a desejável qualidade técnico profissional.

Quererá o Sr. Ministro explicar aos cidadãos deste país qual é o valor que o seu Ministério atribui ao facto destes ainda poderem dispor presentemente, na maioria dos hospitais definidos pela referida Comissão, de uma equipa pluridisciplinar que, pelo menos nas especialidades ditas básicas, é capaz de resolver dia após dia desde há mais de vinte anos, durante 24h de todos os dias do ano, com dedicação e competência, a esmagadora maioria das situações de saúde que a podem acometer, da forma mais súbita e imprevista, desde as mais comuns às menos usuais?

Quererá V.ª Ex.ª vir a responsabilizar-se politicamente pelo facto das equipas médicas deixarem de ser multidisciplinares e de ter as condições mínimas para garantir a assistência em caso de maior afluência, não entrando por isso em rotura assistencial, ao serem privadas daqueles que têm mais competência e experiência, ainda por cima correndo o risco de vir a gastar mais dinheiro das suas contribuições ao mesmo Estado que tanto estes como os governos eleitos é suposto servirem?

O Sr. Ministro pensará honestamente que, no caso concreto dum colega meu com quem pude privar durante alguns dias num dos períodos de férias que tive durante o corrente ano, que está isolado numa ilha no meio do oceano atlântico, é responsável pela UCI do seu hospital, se viu na contingência de comprar uma casa em frente ao mesmo, dorme quase todos os dias meio vestido deitado por cima da roupa dum sofá com a porta da rua entreaberta, está permanentemente contactável pelo telemóvel, desloca-se várias vezes por dia ao seu local de trabalho para resolver os graves problemas clínicos dos seus doentes, faz tudo isto só por dinheiro? E que a sociedade e o governo não lhe devem nada, porque está nestas circunstâncias apenas porque gosta de alimentar o seu ego, e que esse mero capricho tem este exato preço?

E o que me diz de outro com quem ainda me cruzei num restaurante local, mas que sei estar há mais de dez anos consecutivos isolado no ponto mais recôndito do território nacional, privado de quase tudo o que a civilização nos proporciona presentemente para o adequado exercício da nossa profissão, não podendo também desfrutar do tão importante convívio diário com outros colegas, estar permanentemente ao serviço da população na verdadeira aceção do termo?

Não terão estes dois colegas (e outros ainda por esse país fora, a trabalharem em idênticas circunstâncias) o pleno direito de receberem uma remuneração bastante diferente dos restantes, e que corresponda à sua efetiva disponibilidade e sacrifício pessoal? Ou só os jogadores de futebol e os gestores das empresas públicas é que prestam relevantes serviços à comunidade e têm, por via disso, que ser diferenciados nos seus proventos económicos?

Tenha o Sr. Ministro a plena consciência que os médicos não estão no propósito de serem escalados para este tipo de serviço apenas e rotineiramente à noite, que veem ainda como inconcebível chegarem ao seu hospital de manhã e ser só nesse preciso momento que tomam conhecimento da tarefa destinada para esse dia, sem o mínimo de lógica ou previsibilidade, deixando de assegurar a desejável continuidade de cuidados, sobretudo aos doentes internados nas enfermarias, o que entendem ser uma imoralidade conceber não serem remunerados pelo facto de estarem escalados em regime de prevenção, se acaso não tiverem que se deslocar ao hospital, e que muito menos admitem serem pagos (como soa!) à peça, ou seja, consoante o número de atos praticados e de doentes observados.

Quem é que define o valor da sua complexidade? E o facto de se estar vinte e quatro horas consecutivamente disponível, muitas vezes fechado dentro de quatro paredes, não merecerá nenhuma recompensa? Será que os chefes de equipa médica (como eu) vamos ser equiparados a diretores de um vulgar departamento comercial de vendas, e sermos deste modo retribuídos à percentagem pelo trabalho realizado pelos vendedores, perdão, queria antes dizer, pelos restantes médicos hierarquicamente subordinados?

Será que, então, iremos ter os polícias remunerados pelo número de multas ou de detenções diárias efetuadas, os bombeiros pelo número de fogos e de acidentes em que intervêm, os futebolistas pelo número de remates que fazem ou defendem, etc., e, já agora, também, e porque não, os Srs. Deputados, pela quantidade de leis que elaboram e aprovam, e por aí adiante?

Caminharemos assim, inexoravelmente, para a repugnante "mercenarização" da medicina, fomentando a generalização da prática, a todos os títulos condenável, dos denominados "Médicos Multibanco" que se caracterizam por exercerem tarefas em múltiplos sítios, muitas vezes desintegrados de uma adequada hierarquia funcional, não raramente incompetentes do ponto de vista técnico, crónicos incumpridores de horários, e, mais grave ainda, frequentemente inimputáveis do ponto de vista disciplinar.

Nem mesmo naquilo em que V.ª Ex.ª tinha o suporte da OM, isto é, estava escudado por pareceres técnicos credíveis, revelou BOM SENSO. Refiro-me ao caso

do encerramento das Urgências Obstétricas. Como se depreende, não está em causa a atitude em si, mas antes o seu processo de implementação.

É que não houve uma explicação cabal às populações e aos profissionais que esclarecesse de forma clara se a morbimortalidade materno fetal era de facto significativamente diferente nas que foram encerradas da que se registava nas restantes, dado que era precisamente essa a base do referido parecer técnico!

E, mais ainda, independentemente daquela diferença, não se ouviu aquilo que se impunha a um verdadeiro Estadista. Isto é, o agradecimento aos profissionais que trabalharam denodadamente durante anos a fio em circunstâncias muitíssimo adversas do ponto de vista técnico e do esforço individual empreendido, em prol das populações, em Serviços de Urgência que não foram os mesmos que mandaram abrir ao público, bem como também a garantia de que a experiência entretanto adquirida não foi completamente em vão, dado que iria ser aproveitada noutro hospital, onde passassem a reforçar as equipas nele então constituídas.

A (DES)CONFIANÇA DOS PROFISSIONAIS NA ATUAL POLÍTICA DE SAÚDE

Será função do Governo crispar a Sociedade?
A possível anulação de adversários dá força executiva
ao Governo na sua política de reformas?

JOSÉ MEDEIROS FERREIRA
Político português, 1942-2014, in DN, novembro, 2006

Este governo elegeu como as duas "*bandeiras*" principais do seu programa o desenvolvimento tecnológico e a sustentabilidade do sistema de proteção social, no qual se insere o SNS. Diria que, por tudo o que já explanei, não poderia ter escolhido melhor. Contudo, se bem que esteja de acordo que o diálogo é um excelente meio, mas um péssimo fim em si mesmo, acrescentaria ainda que, tal como vem em todos os manuais de psicologia social e de grupos, o sucesso na concretização dos grandes desígnios está em grande parte dependente do grau de empenhamento da generalidade das pessoas, ou, pelo menos, das fundamentais, o que nos hospitais significará o comprometimento efetivo das denominadas chefias intermédias, ou seja, os Diretores de Departamento e de Serviço, bem como os Responsáveis de Unidades Funcionais.

Para que se consiga a adesão destes, ou mesmo a sua galvanização atrás dos líderes e mentores das reformas que se pretendem implementar, é preciso,

acima de tudo, praticar uma política de verdade e, em simultâneo, evidenciar uma coerência digna do seu reconhecimento espontâneo. Infelizmente, alguns dos exemplos que a seguir referirei vão em sentido contrário, logo implicando por parte da maioria dos profissionais, designadamente os médicos, uma reação oposta ao pretendido. Como diz o aforismo popular, "quem não se sente não é filho de boa gente". Vejamos então.

Há meses atrás, alguns de nós (porque não todos?) fomos surpreendidos com um pedido da IGS via CAs para que fosse entregue uma cópia de declaração do IRS do ano anterior. Fiquei surpreendido e pedi um esclarecimento ao departamento jurídico da OM. Soube então que essa exigência já vinha consignada desde o início no diploma da exclusividade, como se tratasse das letras pequenas que vêm nas apólices dos seguros e que ninguém lê, servindo apenas para ocultar publicidade enganosa. Ao responder à Diretora Clínica do Centro Hospitalar onde trabalho, como qualquer bom cidadão, não quis argumentar com a ignorância da lei ou com a minha não concordância com a mesma, para me escusar a responder ao que legalmente me pediam para fazer, mas não deixei também de acrescentar alguns comentários que entendi serem apropriados.

Nomeadamente, porque é que, se vem na lei há muitos anos, só agora as autoridades competentes o solicitavam? E porquê só a alguns? Porque é que, se havia dúvidas concretas relativas a alguém em particular, ou estavam antes querendo fazer uma (admissível) inspeção aleatória a alguns de nós, uma vez que já tínhamos entregado essa mesma declaração num departamento do Estado (nas famosas Finanças), pura e simplesmente não iam lá verificar a veracidade ou não das ditas declarações, e, então, inquirissem apenas os faltosos?

O que me custa acima de tudo nesta história toda é que, ao contrário de um verdadeiro Estado de Direito, em que se presume pela inocência até prova em contrário, pelos vistos em Portugal, o cidadão tem que provar antecipadamente ser um exemplar cumpridor da lei, mesmo não pesando sobre ele, em princípio, qualquer suspeita de irregularidade. Inadmissível!

Outro dos exemplos diz respeito ao atestado de doença. Pretenderá mesmo o Sr. Ministro vir a criar duas categorias de médicos: Os que podem e os que não podem passar aquele tipo de documento? Será que tem a petulância de sugerir indiretamente que os meus colegas que exercem (com todo o direito e legitimidade) clínica privada, enquanto tal, e, apenas por isso, são considerados suspeitos de prestarem falsas declarações por sistema? E que, ao invés, os que só exercem nos serviços públicos (como eu) são todos impolutos? Inadmissível!

Mas, infelizmente, os maus exemplos não se ficam por aqui. Esta postura de arrogância balofa está ganhando seguidores, mesmo entre alguns médicos. Então não é que o Sr. Diretor Clínico do Hospital de S. João do Porto (qual Torquemada de chicote em riste!) ameaçou com ações punitivas de caráter disciplinar os profissionais de saúde, e, imagine-se, as visitas, e, mesmo, os próprios doentes que não lavassem as mãos? E, já agora, qual a sanção prevista para os CAs que não colocam os lavatórios e os contentores de solução alcoólica necessários, e que não substituem as saboneteiras e as torneiras imundas, mais próprias de um sanitário de parque de campismo clandestino, do que de uma instituição de saúde, etc.? E a crónica falta de isolamentos, e as inúmeras macas coladas umas às outras, com doentes deitados durante dias a fio nos corredores das Urgências e dos Serviços, não será também um fator importante a resolver? Inadmissível!

E o que dizer das missivas emanadas por um assessor do Sr. Ministro a propósito do desfasamento dos horários. Desconhecerá o mesmo que existem muitos Serviços (como o meu) que nunca fizeram consulta se não à tarde, desde há mais de dez anos, frequentemente mesmo para além das 18h, e que nunca ninguém, por sistema, gozou as folgas ou as denominadas saídas de banco? E que os seus médicos muitas vezes o fizeram sem o apoio devido de enfermeiros, de auxiliares, de administrativos, de porteiros ou de segurança?

Porquê iludir, pois, a opinião pública com a generalização do incumprimento, em vez de se criarem condições para que mais serviços e colegas possam de facto cumprir com as atividades programadas, indo dessa forma ao encontro das necessidades dos cidadãos?

Será lógico, tecnicamente defensável, ou sinónimo da humanização dos cuidados, admitir que se está simultaneamente escalado para a consulta externa e para a urgência interna? Isto é, se, por hipótese, houver uma emergência na enfermaria, ou o doente da consulta externa ficará horas à espera, ou se continuar a ser atendido, morrerá o doente internado!? Que ridículo! Que insensatez! Que...

Outro bom exemplo desta verdadeira obsessão para com o controle da atividade médica é o planeamento das atividades dos Serviços consignado nos horários esquematizados perante as normas ministeriais, onde parece que ninguém quer saber se existe tempo para reuniões ou para a investigação clínica, docência, trabalho das comissões, organização de ficheiros e biblioteca, visita médica, etc., enfim, o que realmente interessa é onde e quando o médico está escalado no trabalho assistencial. Que engano! São danos irreversíveis na qualidade dos serviços prestados. Que consequências futuras e que exemplo para as novas gerações de médicos...

Igual constatação se poderá retirar do facto de quem faz essas exigências absurdas são precisamente os maiores responsáveis por alguns departamentos de formação de hospitais deste país se encontrarem quase estagnados e as suas bibliotecas completamente desatualizadas. Penso mesmo que quem necessitaria então, e urgentemente, de creditação, de certificação ou da intervenção da celebérrima ERS, é quem assim pensa e procede!

Tudo se encaminha, pois, para a desvalorização e a desincentivação da prestação do trabalho médico em regime de exclusividade, voltando cerca de vinte anos atrás na organização hospitalar. Na realidade, porque é que o Estado criou apenas um Centro de Responsabilidade Integrado (que, de resto, é um excelente exemplo em como os médicos também podem ser bons gestores), quando existiam outros Diretores de Serviço de outras especialidades e noutras instituições, também interessados neste tipo de iniciativa e capazes de o protagonizar, desde que lhes dessem idênticas condições?

E o que dizer dos novos horários de 20h que se anunciam! Até parece que existe alguma combinação oculta com as administrações dos novos hospitais privados que irão abrir a breve trecho. Como faltam médicos e estes não podem estar em dois sítios em simultâneo, volta-se ao velho esquema da pulverização da atividade médica. Quem ganhará com isso?

Um dos melhores exemplos dessa postura prende-se com a maneira como se encara as remunerações provenientes das horas extraordinárias no Serviço de Urgência, já anteriormente referidas, que, ao contrário do que se pretende iludir, não são nenhum complemento do ordenado (de facto, por vezes parco!) dos médicos. São, antes, como penso ter demonstrado, o legitimamente devido pelo exercício de uma função importantíssima ao serviço da comunidade, imposta pelo Ministério e que, para além de ser extremamente desgastante, ainda retira energias para que muitos de nós pudéssemos ganhar mais noutro tipo de atividade!

Se, na realidade, o Ministério faz tudo isto apenas porque de facto não tem dinheiro para pagar o justamente devido aos médicos, abra então as convenções a todos (e não só às grandes clínicas!), e organize um sistema de comparticipações para os exames complementares de diagnóstico pedidos na privada, semelhante ao já legislado há alguns anos para os medicamentos, dando assim hipótese de uma sobrevivência digna, sem promover a desmultiplicação de falsas consultas e evitando ainda condenar a nossa atividade a uma inevitável "proletarização" contrária à sua tradição eminentemente liberal.

Mas o que é verdadeiramente soez e inadmissível é o Sr. Ministro atuar como se desse a entender que todos os médicos, e por maioria de razão os que estão

em exclusividade, que de resto foram obrigados, pela lei, a serem providos desta forma nos quadros dos serviços do seu Ministério (a não ser que declarassem o contrário!), tivessem estado até agora a delapidar indevidamente o erário público. Queira V.ª Ex.ª saber que muitos de nós abdicámos de outros cargos privados onde ganhávamos mais do que viemos ganhar para o Estado, apenas na prossecução coerente de um ideal acerca do exercício da medicina, e que se tivéssemos continuado com a nossa atividade privada, não estaríamos agora presos a quem realmente, deve dizer-se com toda a frontalidade e sem qualquer ambiguidade, NÃO NOS MERECE!

Que confiança quer V.ª Ex.ª que exista por parte de uma classe que, quando acede a um órgão de comunicação social, com inusitada frequência, se vê confrontado com notícias deste género, sentindo-se logicamente humilhada por quem superentende aos destinos da política do seu ramo de atividade? Como quer que nós demos, pelo menos o benefício da dúvida, quando se pretendem empreender reformas com base em legislação que desconhecemos, mas que adivinhamos estar numa qualquer gaveta do Ministério, pronta para sair apenas nas vésperas do solene anúncio público, mesmo quando a lei impõe que os organismos representativos da classe sejam, com a devida antecedência, ouvidos? E quando temos forçosamente que ser incompetentes perante o fisco, dado que o que um médico em exclusividade pode descontar para a sua formação é perfeitamente ridículo?

Pelos vistos, quase vinte e cinco anos de dedicação à causa pública e aos doentes foi um terrível equívoco segundo esta nova teoria! Não admira, pois, que cada vez mais vai sendo difícil convencer algum médico a aceitar cargos de direção. No fundo, para quê, se não temos realmente poder para alterar significativamente o curso dos acontecimentos, estamos mal assessorados, somos frequentemente desconsiderados, mal pagos, e, ainda por cima, nos temos que confrontar, não raramente, com graves problemas de segurança dentro das próprias instalações dos Serviços que dirigimos?

Desculpe pelo tempo que LHE tomei mas, mesmo assim, não me irei ficar por aqui.

Com a máxima consideração.

SETÚBAL, 2006/12/10

Revista da Ordem dos Médicos, 2006, número 75

Terceira Parte de uma Trilogia: Reflexões acerca de três aspetos fundamentais da saúde no nosso país

POLÍTICA DO MEDICAMENTO

Barreiras desnecessárias, que não podem deixar de acarretar dilemas de natureza ética, estão a constituir um impedimento para que doentes em fase terminal possam ter acesso a drogas ainda em investigação... a decisão deste tipo de doentes em tomar aquele género de terapêutica deve ser uma matéria de discussão entre o próprio e o seu médico, e não deve depender da opinião de um qualquer burocrata ao serviço do governo

SAM BROWNBACK
Senador dos EUA, 1956- , novembro de 2005

Tem-se verificado, ultimamente, uma grande preocupação com a denominada inovação terapêutica em todo o mundo, fenómeno para o qual o Governo português parece ter agora despertado, mas que os médicos mais atualizados, sobretudo oriundos de certas especialidades, já debatem há muito tempo, e não só na sua vertente clínica!

Diga-se, em abono da verdade, que a perspetiva com que as diversas partes envolvidas encaram este fenómeno não é, contudo, exatamente a mesma. Enquanto os gestores estão sobretudo preocupados com os gastos diretos inerentes, e o Governo, para além disso, com a influência e o poder "pernicioso" da indústria farmacêutica, os médicos sentem-se acima de tudo pressionados pelos doentes e pelo dever ético de lhes propiciar aquilo que julgam ser o melhor para os seus problemas clínicos concretos.

Uma vez que os recursos económicos de todos os países, por mais ricos que sejam, são sempre finitos, e a despesa com este setor do orçamento não parará de crescer, como dar então uma resposta adequada àquele dilema, uma vez que vivemos atualmente numa sociedade de hiperinformação, na qual os seus cidadãos estão cada vez mais conscientes das diferentes opções para a resolução dos seus problemas de saúde e exigentes quanto aos seus direitos? Não será que o caso recente da denominada *Abigail Alliance* constituída nos EUA não se irá repetir noutros países, quem sabe se um dia em Portugal também?

Existem hoje vários mecanismos para regular e otimizar a introdução de novas moléculas que passam fundamentalmente pelos estudos farmacoeconómicos e pelo respeito das *guidelines* baseadas na evidência científica apurada até um dado momento, sendo certo que estas são ciclicamente revistas pelas sociedades científicas mais credenciadas.

Cumpridos que forem estes pressupostos, o problema transforma-se então numa mera opção de política económica, onde qualquer restrição imposta à sagrada liberdade de prescrição de um médico especialista no problema em causa deve ser muito claramente assumido por quem de direito, e não remetido ao mesmo para o solucionar, ou para este inventar uma qualquer justificação mais ou menos piedosa perante o seu doente, de modo a convencê-lo a aceitar não ser tratado segundo o denominado "estado da arte". Sejamos claros de uma vez por todas.

Se os governos de todo o mundo, de uma forma geral, dizem defender as regras da "economia de mercado" para todos os ramos de atividade, deixam de ter moralidade para depois vir decretar algumas exceções, apenas e só quando lhes convém.

A verdade é que aceitaram e promoveram a privatização da investigação e da comercialização farmacêutica. Acederam ainda a respeitar a proteção das patentes, pressupondo que os proventos da venda dos medicamentos já comercializados iriam financiar a investigação de novas moléculas e, no caso, por exemplo, da SIDA, ajudarem ainda a subsidiar o tratamento de alguns milhares (ou, mesmo, milhões) de cidadãos de países em vias de desenvolvimento e que os não consequem pagar, por manifesta falta de meios financeiros.

Em cima disso, criaram organismos internacionais independentes que, após análise exaustiva dos dossiês científicos apresentados, permitem a sua entrada no circuito comercial nos países aderentes, outros que estipulam ainda os respetivos preços, e, por fim, nomeiam administrações a quem compete negociarem as condições da sua compra.

Pergunto, respeitando as condições já acima referidas e desconhecendo infelizmente, quase sempre, aquando do momento da prescrição, o valor exato dos fármacos (e não por simples desleixo), que pode o médico fazer, senão respeitar os seculares "mandamentos" hipocráticos? Então, um medicamento está autorizado a ser comercializado, e a autoridade que o permitiu quer vir depois negar a possibilidade deste ser prescrito?

Porque é que o Governo não cria uma central de compras para o setor hospitalar do SNS, para assim poder ter melhores condições quando enceta negociações? Porque é que não se informatiza a prescrição e a gestão do circuito do

medicamento ao nível das farmácias hospitalares, sabendo-se que esta medida, só por si, poderá gerar poupanças significativas, para além de se traduzir num enorme ganho em termos de qualidade e com notórios reflexos na diminuição do número e gravidade de incidentes da mais diversa natureza?

Mais ainda. Que vantagem haverá para os doentes infetados pelo VIH irem à farmácia do bairro onde moram, aviar os antirretrovirais, contra a opinião várias vezes reiterada dos médicos e das organizações mais conceituadas neste âmbito? O Sr. Ministro desconhecerá que se trata de uma doença, infelizmente, muito estigmatizante do ponto de vista social e que quase ninguém, de boa vontade, irá dar a cara publicamente, ainda para mais junto da comunidade onde vive, com potenciais implicações graves na sua vida profissional e familiar? Não me diga que é apenas com o intuito de tentar "compensar" os farmacêuticos pelas medidas restritivas impostas pelo seu Ministério, dando-lhes agora 5% desse grande volume de negócio, já que se sabe da alegada intenção de passar as comparticipações de 100% para 95%? Ou, será também, para que os doentes pressionem os médicos prescritores?

Sr. Ministro, é bom que saiba que a terapêutica da SIDA é das mais rentáveis em termos farmacoeconómicos, como o atesta um estudo recentemente publicado pela revista *Lancet* e realizado sob os auspícios da insuspeita OMS, mesmo quando comparado com a terapêutica de outras doenças não infeciosas, desde que seja corretamente instituída e monitorizada. O fator adesão é unanimemente tido como o mais determinante para o seu êxito, mas qualquer erro cometido aquando da primeira prescrição muito dificilmente será reparável, pelo que os objetivos que devem prevalecer ao tratamento desta doença serão, dessa forma, postos gravemente em causa pela medida agora anunciada.

É, pois, como se deitasse por terra todo o esforço de muitos técnicos de saúde que compõem as equipas multidisciplinares dos mais diversos hospitais, eventualmente vindo ainda a ter repercussões diretas na taxa de resistência e, desta forma, provocar a necessidade de se ter que optar por outras terapêuticas quase seguramente mais dispendiosas. Onde estará, então, o benefício para a economia nacional que o Sr. Ministro alegadamente pretenderá defender?

O COMBATE ÀS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS: O EXEMPLO DA SIDA, E NÃO SÓ

Enquanto o tique-taque do relógio continua a soar, as entidades sanitárias de todo o mundo estão atarefadas a encontrar meios viáveis para fazer face à próxima pandemia... no entanto, se o H5N1, ou outra variante do vírus influenza surgir com capacidade de transmissão ser humano a ser humano, o mundo confrontar-se-á com uma severa crise de saúde pública

JOHN J. TREANOR
in Avian Influenza: Exploring all the avenues. Annals of Internal Medicine 2006; 145,8: 631-632

Lembrar-me-ei sempre de uma certa vez em que fui a um sábado de manhã observar os doentes da enfermaria, conforme era então hábito, já lá vão quase vinte anos. A enfermeira de serviço pediu-me logo para começar pelo doente que tinha vindo na véspera diretamente do aeroporto, após ter-se sentido indisposto logo que o avião, proveniente da África do Sul, aterrou em Lisboa. Como estava com febre e muito prostrado, foi imediatamente transportado de ambulância para a urgência de Infeciologia dos HCL, no HCC. Verifiquei, estupefacto, que o mesmo já se encontrava em coma. Lá lhe pedi alguns exames complementares de diagnóstico e mediquei-o em função apenas duma mera presunção diagnóstica. Volvidas algumas semanas, lá pude finalmente reconstituir parte da sua história, dado que, felizmente, pôde recuperar (ainda que transitoriamente) da sua grave situação clínica: Uma toxoplasmose cerebral na sequência de uma imunodeficiência grave secundária a uma infeção crónica pelo VIH, que o mesmo não fazia a mínima ideia quando e como a tinha contraído. Apenas me acrescentou que era emigrante e que se sentiu doente com febre e cefaleias persistentes acompanhadas de vómitos esporádicos, razão pelo que o tinham aconselhado a voltar à sua terra natal, mesmo após uma ausência de mais de vinte anos, o que o tinha feito perder o contacto com a família mais próxima.

Aquando das primeiras reuniões realizadas após o início dos reflexos da pandemia da SIDA no nosso país, lembrei-me daquela história, ainda fresca na memória, e questionei a certa altura a mesa que orientava a discussão se alguém sabia da intenção de se realizar um estudo de prevalência na nossa comunidade emigrante, ou, mesmo, no nosso país, dado que éramos cerca de dez milhões neste "canto da Europa à beira-mar plantado", e existiam quase outros tantos dispersos por esse mundo fora. Poder-se-ia, assim, vir a concluir que, talvez, afinal,

o seu impacto real no futuro, pudesse vir a ser eventualmente muito maior do que o que estávamos ali todos a conjeturar.

Nunca obtive qualquer resposta àquela pergunta, mas continuei cada vez mais apreensivo com a realidade que fui observando no decorrer destes já longos anos de exercício profissional, em grande parte dedicados ao tratamento de doentes com esta afeção. É que sempre me impressionou a falta de sensibilidade dos nossos governantes para um investimento sério no conhecimento da sua epidemiologia.

Os dados que se vão conhecendo não traduzem minimamente a impressão subjetiva que existe no seio dos colegas mais experientes, e cada um dos Diretores de Serviço (como eu) faz a gestão possível do seu arquivo clínico, contando manualmente milhares de registos e processos cada ano que passa, conseguindo, porém, apurar apenas uma escassa meia dúzia de índices, para posteriormente os incluir no relatório final de atividades (a que quase ninguém infelizmente liga!), embora perdendo ingloriamente imenso tempo, dado que qualquer bom programa informático, por que todos clamamos há muitos anos, o faria de um modo muito mais rápido e eficaz, incluindo a possibilidade de se efetuar a sua declaração que tantas vezes está em falta.

Outros colegas, bem-intencionados, e fartos de esperar pelo prometido programa que todos os responsáveis já prometeram implementar, mas que nunca mais chega, optaram por criar o seu próprio ficheiro, embora algo "clandestino", para uma mais eficaz gestão da sua lista de doentes, ainda que este não permita que beneficiemos da sua desejável ligação em rede entre os diversos centros e hospitais, nem da necessária homogeneidade dos registos.

Apetece perguntar como é que se pode delinear uma boa estratégia de combate a um problema grave de saúde pública sem se conhecer profundamente a realidade epidemiológica subjacente? Será que se ignora que muito recentemente uma organização tão insuspeita como o CDC, preconizou, com base em estudos de farmacoeconomia, a triagem serológica (eventualmente seletiva) da população, pelo menos nos países de elevada ou média prevalência (como o nosso!), por esta ser uma medida considerada custo-efetiva? E, também que cada vez mais nos confrontamos com gravidezes não desejadas e de risco em mulheres portadoras do VIH, bem como ainda com casais serodiscordantes que, ansiosos por terem descendência, não hesitam em assumir riscos, mais ou menos conscientes, de seroconversão?

A verdade é que, por uma inadmissível demissão das suas responsabilidades, os diversos governos empurraram a CNLCS para a tarefa que só àqueles deveria

competir, e assim lá foram sendo construídos, com as suas verbas, todos os hospitais de dia e quartos de isolamento respiratório dos diversos hospitais (aquele onde trabalho incluído).

Embora extremamente útil para os doentes e para os profissionais, foram-no também ainda para o próprio Estado, já que estas vultosas verbas, sendo provenientes dos jogos da Santa Casa da Misericórdia, não saíram do OGE (não contando, pois, para o famoso défice!). Contudo, conduziram a um nefasto desvirtuamento da sua missão principal, que era afinal, de um modo muito mais determinado e permanente, apostar na promoção da sua adequada prevenção, sobretudo nas escolas, e logo desde o início do ensino secundário. Foi assim que o Brasil, com menos recursos *per capita*, teve um êxito relativo no combate a este grave problema, muito mais significativo do que aquilo que podemos constatar que se verificou em Portugal.

Mais recentemente, vi agravadas as minhas apreensões, porque não só não verificamos uma diminuição do número de novos doentes que nos chegam anualmente pela primeira vez à consulta, bem como também aos internamentos, mas, mais grave ainda, talvez sobretudo pela crise económica que atravessamos, uma percentagem assustadora dos mesmos deixou de comparecer regularmente à consulta externa, um número significativo dos quais para ir trabalhar para o estrangeiro, por vezes clandestinamente, mas tentando deste modo arranjar meios de subsistência que não consegue ter no seu próprio país. Escusado será dizer que as entidades empregadoras não são conhecedoras da sua situação de saúde, mas correm o sério risco de, a qualquer momento, adoecer nos países onde se encontram, facto que sei já ter provocado alguns protestos por via diplomática dirigidos ao nosso Governo, de que o caso do Luxemburgo, onde tenho vários doentes, é um exemplo.

Que quer Sr. Ministro que eu responda a estes doentes, quando os questiono, às vezes após vários anos de ausência, sabendo que, por exemplo, por contingências da vida, se sujeitam a trabalhar meses a fio no norte de um país próximo do círculo polar ártico, sem ver a luz do sol, no exterior e sem a proteção de um simples telheiro, por vezes no cimo de postes a mais de vinte e cinco metros do nível do solo, ao vento e sob temperaturas de cinquenta graus negativos, e me respondem se eu quero que eles deixem de pagar a hipoteca do carro e da casa, ou se eu consigo um subsídio para pagar a alimentação e a educação dos seus filhos?

E o que dizer do impacto provocado pelo estrangulamento financeiro dos programas de apoio comunitário como, por exemplo, no caso da Caritas Diocesana de Setúbal, que se encarrega localmente, tal como algumas outras IPSSs e

ONGs por esse país fora, do apoio no terreno aos casos com maior dificuldade de inserção social e familiar, ou que apresentam também acentuadas carências económicas?

De igual modo, como quer que eu responda às múltiplas reclamações dos utentes da Consulta do Viajante que se realiza no Hospital onde trabalho desde há mais de três anos, quando estes se veem na contingência de perder mais outro dia de trabalho para se deslocarem a Lisboa (quando não ao Algarve!) para que lhes sejam administradas as vacinas necessárias, quando o poderiam (e deveriam) fazer logo após a referida consulta, como em qualquer país comunitário?

Então para que é que o meu Serviço foi reconhecido como apto para este fim por quem de direito, e tem os frigoríficos adequados que, entretanto, foram adquiridos vazios? E tudo isto porque o *stock* inicialmente fornecido pela ARSLVT nunca mais foi reposto, mesmo apesar de inúmeros protestos e promessas nunca cumpridas de regularização desta disfuncionalidade verdadeiramente incompreensível?

E o que dizer, ainda, de sermos o país da Europa Ocidental comunitária com os mais altos índices de tuberculose (e também da sua forma multirresistente) e termos tão tardiamente implementado as "DOTs", bem como do facto de termos o único Sanatório e o único Hospital Prisional existentes no país, sem jamais terem sido equipados com quartos de isolamento respiratório?

Na verdade, em Portugal, por vezes, é por parte daqueles que têm mais responsabilidades que existe uma displicência confrangedora a tratar dos assuntos mais sérios, tal como nos exemplos que dei, com base apenas na minha experiência pessoal e quotidiana, razão pelo que apelo e espero sinceramente que o mesmo não venha a ser constatado a propósito da tão mediatizada possível pandemia de gripe!

Embora o anúncio da medida do nosso país ir também passar a produzir vacinas num futuro próximo, bem como o facto de se ter comprado uma reserva estratégica de antivíricos, e, ainda, da própria DGS estar constantemente a produzir comunicados e a imanar determinações, sejam medidas a aplaudir sem reservas, parece-me que talvez o mais importante esteja ainda por ser levado a cabo...

É que, parafraseando os eloquentes aforismos populares, por vezes "o poupar sai caro", e "há alturas em que, quando acordamos, é já demasiado tarde"!

A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Não existe honra maior do que cuidar
daqueles que ficaram despojados de tudo

THOMAS WALSH
in Lessons from Hurricane Rita: Organizing to provide medical care during a natural disaster.
Annals of Internal Medicine 2006; 145,6: 468-470

Não há muitos anos atrás, tive a feliz oportunidade de efetuar um curto estágio num dos serviços mais conceituados de Londres no âmbito da Medicina Geniturinária. Ao voltar, fiz um relatório para a Direção Médica (como é de lei!) dizendo que tinha cimentado amplamente as ideias que sempre tive acerca da orgânica hospitalar: Dedicação exclusiva, boas condições técnicas de trabalho, preocupação com a humanização para com doentes e profissionais, apoio de secretariado clínico altamente profissionalizado, informatização adequada dos registos clínicos, ordenados compatíveis com as responsabilidades, doentes, direções de serviço e administrações hospitalares extremamente exigentes, possibilidade de realização de investigação clínica e de docência em simultâneo, boa cooperação com as outras especialidades, nomeadamente com o setor dos exames auxiliares de diagnóstico (respostas rápidas e de qualidade) e com o setor de ambulatório (medicina familiar, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, etc.).

Que diferença para a nossa realidade! Temos de trabalhar mais do dobro para produzir menos de metade, e passamos a vida de frustração em frustração, até um dia nos cansarmos... De facto, navegamos numa série de graves equívocos e ouvimos sempre os mesmos chavões sem sentido, tentando culpabilizarmo-nos desta anacrónica práxis!

A verdade é que não existe qualquer apoio de secretariado clínico digno desse nome, pelo menos para a esmagadora maioria das Direções de Serviço, dado que os CAs (eventualmente também porque pressionados superiormente...) alegam que o fundamental é ter os dados administrativos em dia. Não temos apoio adequado por parte dos administradores ao nível hospitalar, nomeadamente para nos darem uma noção exata e periódica, não só da produção assistencial do Serviço, mas também dos seus gastos e dos proventos, bem como na elaboração dos relatórios e planos anuais de desempenho, ajudando-nos a definir estratégias de desenvolvimento adequadas e sustentáveis, a colaborar na celebração de contratos-programa, auditorias, etc.

As Redes de Referenciação definidas há alguns anos não contemplaram alguns dos pareceres fornecidos pelas respetivas Comissões de Apoio Técnico

nomeadas (numa das quais tive a oportunidade de colaborar no âmbito da DGS), dada a "deturpação" que se verificou posteriormente ao nível das ARSs, onde imperou, por vezes, a nefasta influência de eventuais *lobbies*, em detrimento da salutar lógica da complementaridade. Assim, nalguns casos, verificou-se que o Serviço para onde se preconizava a referenciação nunca tinha de facto existido ou nunca tinha tido qualquer experiência anterior na área em questão, ao contrário do hospital que era suposto passar a ser referenciador, etc. Noutros casos, o Serviço de referenciação assumiu o protagonismo apenas no papel, mas os doentes lá continuaram a ser encaminhados para onde sempre o foram (e bem!), recaindo aqui o ónus da despesa e ali o proveito da fama, etc.! Neste aspeto, o Hospital onde trabalho terá sido seguramente dos mais prejudicados ao nível nacional.

Passamos a vida a ouvir dizer que os nossos hospitais são para doentes agudos, mas esquecemos que, na realidade, o que temos maioritariamente que resolver são agudizações de doenças crónicas ou intercorrências agudas em doentes crónicos, descurando frequentemente a necessidade de se desenvolverem respostas ao nível dos cuidados continuados e paliativos, bem como do atendimento e tratamento em ambulatório.

Em consequência, os tais doentes agudos que necessitariam mesmo de ser internados, não têm muitas vezes acesso às camas que, cada vez mais, pelo menos nas especialidades médicas, são exíguas para as solicitações, dado que, pela deficiente resposta ao nível comunitário àquele tipo de problemas, entre a alta clínica de um doente e a sua alta administrativa passam, não raramente, vários dias, ou, mesmo, algumas semanas ou meses!

E, o pior, é que com a preocupação de evitar a rotura assistencial, em condições por vezes verdadeiramente dramáticas, treinámo-nos no raciocínio viciado (mas nefasto e, mesmo, por vezes, arriscado e potencialmente perigoso) de saber como é que vamos evitar o internamento de um dado doente, em vez de nos concentrarmos apenas em reconhecer como é que o podemos efetivamente tratar melhor, em função do diagnóstico equacionado e da necessidade de uma adequada terapêutica.

Em contrapartida, o Ministério, na tentativa infrutífera de camuflar as evidências, tenta ainda negar publicamente alguns factos incómodos, como aconteceu na vigência do anterior Governo com o aumento da mortalidade estival registada sobretudo no seio da população idosa, decorrente (direta e indiretamente) da elevada temperatura do ar ambiente. Isto, apesar de também se saber que a maioria dos lares, tal como as próprias enfermarias dos hospitais públicos,

não têm algumas das condições necessárias para minorar aquele efeito, nomeadamente, por exemplo, estão desprovidas de aparelhos de ar condicionado, etc.

Não terá sido, pois, um tremendo erro, enquanto não se implementava um sistema alternativo eficaz e operante, tal como agora se anuncia, ter desarticulado a quase totalidade das camas dos hospitais concelhios? Não será, ainda, um erro de dimensão semelhante, vir a desativar também, como se fala, as camas para doentes crónicos nos Hospitais Psiquiátricos, cidadãos que muitas vezes não possuem qualquer apoio familiar no exterior já lá vão muitos anos, e são, ainda, não raramente, perigosos para a sociedade, e juridicamente inimputáveis? Desconhecerá o Sr. Ministro que, na realidade, nas enfermarias dos Serviços de Psiquiatria dos Hospitais Gerais, existe já um grande número de internamentos compulsivos movidos pelas instâncias jurídicas competentes, e que os outros doentes que necessitam de internamento passam, muitas vezes, vários dias aguardando por uma vaga?

Enquanto isto, existem outros Serviços que, por não terem internos de especialidade e as condições necessárias e proporcionais ao seu grande movimento assistencial, quer em meios humanos, quer logísticas (como o que eu dirijo) caminham a passos largos para a "extinção", e só com muito esforço conseguem ainda cumprir a sua missão para com a comunidade. Não será, pois, a altura de definir, em termos regionais, quais as especialidades que devem ou não existir, e, se necessário, concentrar num mesmo hospital doentes e médicos, permitindo assim a sua viabilidade futura?

E, mais grave ainda, que "vantagem" existirá, para além de se fomentar o nefasto "divisionismo" dentro da classe, de termos presentemente uma série de modalidades diversas de prestação de serviço para os profissionais de saúde, a que correspondem outros tantos salários diferentes, por vezes para a mesma função e nível de responsabilidade, bem como vários tipos de personalidade jurídica para a gestão hospitalar no seio do mesmo SNS? Não será que o Ministério pretenderá fazer o mesmo com as carreiras médicas, com os sistemas de avaliação do desempenho e de incentivos financeiros? Para quê afinal?

É que uma coisa é remunerar em função de um nível de desempenho corretamente avaliado com isenção, outra é não existir qualquer racional na base dessa diferenciação. E, já agora, será que todos iremos ter condições idênticas para podermos mostrar efetivamente do que somos capazes? Ou vai continuar a vigorar o mesmo anacronismo na distribuição dos recursos humanos e logísticos, fomentadora de maiores injustiças?

Até parece que, no fundo, a maior e mais candente inovação tecnológica e organizacional que o Ministério conseguiu implementar consiste num sistema de controlo das entradas e saídas computorizado por meio das impressões digitais dos funcionários. E quem é que disse que a "funcionalização" (tipo "manga de alpaca") da atividade clínica é um bem para a eficácia e a humanização dos cuidados médicos? E o resto?

Até sempre.

Estou certo que esta não será a última. Com a máxima consideração.

SETÚBAL, 2006/12/10

Revista da Ordem dos Médicos, 2007, número 76



Grupo de Cegos, 1568, Pieter Bruegel,
pintor dos Países Baixos (1525-1569)

Algumas considerações acerca de uma (mera) questão de Confiança, a propósito de duas Efemérides (exemplares) e de duas Histórias (verídicas)

UM PROBLEMA DE ÉTICA NUM CONTEXTO DE CRISE ECONÓMICA

A saúde em Portugal atravessa uma fase decisiva, mas deveras preocupante, não só para os cidadãos em geral, mas também para os profissionais do setor, em particular os médicos. Na realidade, penso sinceramente que uma grande parte dos problemas se poderia resolver se os políticos, à nossa semelhança, se regessem por um código de conduta ético-deontológico como aquele que existe para o nosso insigne mister, com idêntica e longa tradição, e tão imbuído de valores humanísticos intemporais.

Em consonância com essa discrepância de princípios, toda a nossa Classe ficou atónita perante a abusiva intromissão de um ministro que, a pretexto de ser o responsável político de então neste setor, exorbitou inadmissivelmente da sua área de jurisdição própria (por ser economista!), ao pretender imiscuir-se naquilo que está constitucionalmente reservado em exclusivo à esfera de autorregulação da associação profissional que sempre representou no nosso país, por delegação do próprio Estado, os discípulos de Hipócrates, ou seja, a Ordem dos Médicos.

Não ignoro (ninguém deve ignorar) que a crise económica é muito séria mesmo à escala planetária, exigindo de todos os cidadãos e de cada uma das estruturas que legitimamente os representam um redobrado esforço de cooperação com as verdadeiras políticas de responsabilidade social, quiçá encarando frontalmente a inevitabilidade de alguns sacrifícios pessoais e coletivos.

Partilho também da ideia que o tão reconhecido e arreigado sentimento luso de fatalismo pessimista, segundo o qual o nosso "fado" coletivo enquanto Povo e Nação é termos que nos resignar eternamente à condição de uma absurda autodepreciação, acaba por ser realmente contrário ao mais saudável clima psicológico de autoconfiança que venha a permitir inverter, de uma forma consequente, o sentido da evolução do atual e periclitante estado da nossa sociedade.

Contudo, tal cambiante de posturas não é de modo nenhum compatível com o esconder sistemático dos resultados menos positivos, bem como pelo idealizar permanente de cenários completamente dissociados da realidade, ou, ainda, pelo

apregoar frequente de promessas irrealizáveis, como se os cidadãos fossem "cegos" e "surdos" ao quotidiano circundante, ou meros crentes ingénuos de pretensos "vendilhões de feira".

O que se exige é, ao invés, um verdadeiro sentido de cidadania, um comprometimento consciente com os desígnios pessoais e coletivos, assente nas referidas normas de conduta individual e profissional, não só aquando dos atos eleitorais periódicos previstos, mas sobretudo como parte integrante de uma postura permanente perante a sociedade civil e os seus poderes democraticamente constituídos.

UM PROBLEMA DE FALTA DE COERÊNCIA NUM CONTEXTO DE CRISE DE VALORES

Vem, pois, a propósito, lembrar ao Sr. Primeiro-Ministro José Sócrates (engenheiro de profissão) que não lhe ficaria nada mal reconhecer humildemente que muito deveria aprender com a nossa Classe, nomeadamente acerca da maneira em como se deve lidar com os casos mais difíceis e problemáticos.

Saberá V.ª Ex.ª que no nosso quotidiano de clínicos somos treinados a ter que dar as piores notícias aos nossos doentes e suas famílias, sem que simultaneamente deixemos de transmitir sempre uma derradeira e fundamental mensagem de esperança, mesmo quando esta é objetiva e racionalmente pequena? E que não é por causa disso que os mesmos entram necessariamente em desespero existencial ou recorrem a atos mais radicais, como última forma de aliviar o seu atroz sofrimento físico e/ou psicológico?

Ao invés disso, e sem que ninguém o assuma frontalmente, assiste-se pela segunda vez consecutiva, num governo de um só partido, com o mesmo Primeiro-Ministro, a um desfilar de políticas com pressupostos divergentes, objetivos diferentes e posturas contraditórias, como se a realidade tivesse sofrido uma alteração radical (que ninguém vislumbra), ou o programa sufragado eleitoralmente fosse substituído nos bastidores por um outro qualquer, bem mais adequado a outros contextos e clientelas.

Como quer então o Governo que os Médicos e a Sociedade em geral percecionem esta simples constatação, se não com um sentimento de quase irreversível perda de confiança? É que, também aqui, o paralelo com o que se passa com a atividade clínica não deixa margem para dúvidas: Se o doente não confia no médico, e/ou vice-versa, o resultado final é necessariamente prejudicial a ambos. O primeiro arrisca-se a não melhorar das suas maleitas, e o segundo, quase seguramente, não se irá realizar no cumprimento da sua missão primordial.

DUAS EFEMÉRIDES NUM CONTEXTO DE CRISE DE IDENTIDADE

Numa altura em que se comemoram os trinta anos da criação do SNS e cerca de quarenta da institucionalização das Carreiras Médicas, realizações responsáveis, por si só, no colocar o nível sanitário do país ao nível dos melhores do mundo, no espaço de duas décadas apenas (bem acima do que aconteceu com outros setores e profissões da nossa sociedade, como o comprovam eloquentemente os estudos realizados por conceituados especialistas no âmbito da investigação social, tal como Manuel Villaverde Cabral, António Barreto, Bruto da Costa, e, mesmo, diversas organizações estrangeiras da maior credibilidade), assistiu-se recentemente e de um modo perfeitamente anacrónico à implementação de políticas que paulatinamente conduziram tanto à desagregação da primeira, como à descaracterização da segunda, e que a meu ver deram uma fortíssima "machadada" na sua viabilidade futura, bem como, consequentemente, no imprescindível elo de confiança que fazia mobilizar os médicos em função dos seus desígnios mais nobres.

Apenas alguns exemplos, de entre uma lista bastante extensa.

A situação precária de várias dezenas de colegas espalhados por todo o país desde há mais de seis anos, cujo epíteto vulgar de "carenciados" atribui aos mesmos esta inusitada condição, quando na realidade ela se deveria antes aplicar às instituições e/ou serviços onde foram colocados, e, logicamente, nunca a eles. Não foi o próprio Estado que legislou e não cumpriu que a sua colocação seria por um período de três anos, revogável no máximo por um outro de igual duração, até uma solução definitiva?

O adiamento, sem data previsível para a sua conclusão, da realização do último exame para o grau de consultor, aberto há mais de dois anos, quando a legislação do próprio Governo dizia que a sua abertura deveria ser anual e que os mesmos teriam que ser dados por encerrados no prazo máximo de um ano após o seu início.

A situação caótica em que se chegou nos serviços de urgência, por via de vários fenómenos perfeitamente impensáveis de se verificarem, quando frequentei o internato de especialidade há cerca de vinte anos. Devo realçar, pois, acima de tudo, a falta de enquadramento hierárquico dos tarefeiros no setor de triagem, uma parte dos quais indiferenciada, mas que mesmo assim chega a auferir bastante mais do que os colegas que fazem parte dos quadros hospitalares e possuem mais qualificações técnicas e mais tempo de serviço, criando, pois, situações de verdadeira e repugnante injustiça, geradoras de um mal-estar nefasto que vai progressivamente crescendo no seu seio.

Talvez por isso mesmo se legislou, muito recentemente e de forma algo apressada, no sentido de alegadamente pretender-se corrigir parte destas disfunções, embora sem se atender a certas particularidades que derivam de uma diversa acessibilidade dos cidadãos a certos meios técnicos, bem como também à desadequada distribuição dos meios humanos diferenciados de algumas especialidades no território nacional, designadamente a insularidade.

O mesmo se poderia concluir também acerca da sensível diferença salarial entre alguns jovens especialistas em contrato individual e outros colegas do quadro permanente das diversas instituições e que são bem mais experientes e adquiriram uma graduação superior, não raramente no seio do mesmo Serviço.

E o que dizer dos Serviços nos quais existem médicos com os mais diversos tipos de horários (de 8h a 35h há tantas variantes consoante a imaginação e interesse de cada um), sem que a funcionalidade dos mesmos tenha sido adequadamente acautelada, já que o que parece prevalecer é o critério economicista segundo o qual, quanto menos um especialista trabalhar, menos despesa gera e menos aufere em honorários, ainda que à custa de um eventual aumento das listas de espera e consequente menor satisfação das reais necessidades dos cidadãos.

Enquanto tudo isto se passa perante a aparente e "assética" indiferença de uns, mas também com a veemente repulsa de outros, assiste-se a diversas tentativas de restringir a despesa através de outras medidas, nomeadamente pelo envio de propostas de legislação para aprovação no Parlamento Europeu, com o apoio empenhado dos governos de muitos países comunitários (entre os quais o nosso?), esquecendo-se que nos *Fóruns Médicos* internacionais a estruturação do nosso sistema de Carreiras Médicas é tida como modelar e que a sua descaracterização e desmantelamento progressivos já nos levou a descer uns bons degraus no pódio de avaliação da eficiência dos Sistemas de Saúde!

Como iríamos, pois, ficar, se a proposta de pagamento dos honorários relativos ao Serviço de Urgência fosse calculada, não pelas horas de disponibilidade (quando na realidade os números mínimos superiormente definidos nem sequer são por vezes cumpridos) mas antes pelo tempo despendido efetivamente no exercício das atividades médicas propriamente ditas, calculadas sabe-se lá se com o recurso aos métodos imortalizados na novela *1984* de George Orwell?

E, mais ainda, o que se pretenderá com a proposta de, mesmo após a entrada em vigor da Reforma de Bolonha (em que praticamente deixou de haver Internato Geral), se venha ainda a admitir a prática clínica de forma autónoma a não especialistas? Não será que isso é uma mera caricaturização de tipo ocidental

do conceito em vigor durante a "Revolução Cultural Chinesa" dos anos sessenta quanto aos denominados "Médicos de Pé Descalço"?

Para quê? Para promover a prazo o desemprego médico e a generalização de uma "proletarização" com baixíssimos salários, à semelhança do que já se passa com a classe dos enfermeiros, e sem que os responsáveis pareçam sequer importar-se grandemente com sua qualidade e competência profissionais? Para promover a prática da denominada "Medicina a Metro", como se assiste nalgumas especialidades cirúrgicas, com a contratação de médicos oriundos do estrangeiro? E o que dirão depois os doentes e demais cidadãos, quando se consciencializarem verdadeiramente onde fomos parar com estas reformas?

Outra das táticas seguidas de uma forma mais ou menos consciente é a burocratização da atividade média aos limites do absurdo, como se as autoridades esperassem que, com isso, os clínicos fossem conduzidos ao quase desespero, e, desse modo, deixassem eventualmente de fazer aquilo que se impõe no interesse objetivo dos seus doentes.

Refiro-me, em concreto, por exemplo, àquilo que se considera como inovação terapêutica, em que se incluíram nessa categoria novas apresentações de moléculas já utilizadas há vários anos, quando na realidade se procedeu apenas a um aumento para o dobro da quantidade de substância ativa e a uma consequente diminuição para metade do número de comprimidos diários para tratar uma determinada doença crónica, apesar da demonstração de bio equivalência farmacodinâmica e farmacocinética, mesmo sem aumento de custos e com um lógico impacto positivo em termos do perfil de adesão dos doentes e da capacidade de gestão operacional de *stocks* nas farmácias hospitalares.

O que pensar do espírito que esteve na base da divulgação oficial de uma norma que previa a obrigatoriedade de envio de relatórios mensais de segurança e eficácia para o Infarmed, por doente e por prescrição de cada molécula classificada como inovação terapêutica, por parte das Comissões Hospitalares de Farmácia e Terapêutica, quando, ao invés, segundo as boas práticas internacionalmente aceites, as avaliações de rotina, em geral, deverão ser antes trimestrais?

E o que dizer da introdução de novas tecnologias informáticas, onde o que parece interessar mais à generalidade da nova geração de políticos e administradores é o controlo quase ao segundo da assiduidade desses "malandros" dos funcionários públicos, já que as aplicações para uma mais eficaz gestão clínica são consideradas como de "muito menor interesse" para as instituições (e doentes)?

Sentir-se, pois, incomodado ou mesmo revoltado por "perder um tempo infindo" a preencher "inutilmente" inúmeros impressos durante o escasso tempo

de uma simples consulta é um "capricho sem qualquer sentido" por parte dos clínicos, uma vez que até parece que isso "promoveria decisivamente" a imprescindível boa relação médico-doente, quando na realidade é antes uma prova de desrespeito pela missão dos primeiros e de desumanização para com os segundos!

Aliás, esta postura é perfeitamente congruente com o facto das verbas resultantes da implementação do programa da CNLCS para os doentes que iniciaram TARV desde há dois anos a esta parte, em vez de serem, pelo menos, em parte, aplicadas na melhoria real das condições dos Serviços que tratam e seguem os doentes com imunodeficiência adquirida, são antes utilizadas de forma muito "mais produtiva" na diminuição de seu défice financeiro, como se se pretendesse ignorar que constitui uma verdadeira calamidade pública constatar a existência de uma percentagem de não aderentes que ultrapassa o terço do número total de infetados conhecidos!

Mas será que ninguém é mesmo capaz de fazer as contas necessárias para apurar quanto custa o tratamento de um doente portador de infeção resistente complicada de infeções oportunistas e com necessidade de internamentos hospitalares, em parte evitáveis? Ou, pior ainda, a propagação da própria infeção durante os muitos meses ou anos em que os doentes se ausentam do controlo médico regular, muitas das vezes para trabalharem nas condições mais precárias, e, não raramente, em países bem longínquos, onde assumir a infeção significa quase sempre perder o emprego, e, consequentemente, a subsistência?

PROBLEMAS, FRUSTRAÇÕES E FALSAS IDEIAS

Outra das situações iníquas foi a dos Governos dos últimos anos terem, por diversas vezes, promovido um aumento zero dos salários, por vezes em anos consecutivos, e, mais recentemente, congelado a progressão dos escalões a pretexto de que existiria a necessidade imperiosa de se reformular todo o seu normativo, no qual se iria incluir ainda a novidade de uma verdadeira política de incentivos. Porém, volvidos os três primeiros anos da corrente legislatura, tudo isso continua ainda por definir, o que só fez agravar a capacidade económica da Classe, aumentar a sua frustração e desconfiança, e, logicamente, torná-la mais vulnerável a aceitar convites para ingressar nos quadros das instituições privadas que cada vez mais se implantam no "apetecível" mercado da saúde. Com que consequências presentes e futuras?

Aliás, nisso, os dois últimos Ministros foram perfeitamente concordantes: Colocar todos os médicos a trabalharem 40h semanais. Com uma única diferença:

Correia de Campos agia como se pretendesse acabar definitivamente com a exclusividade, e que cada médico trabalhasse 20h em cada um dos setores, ao passo que Ana Jorge, subitamente, atirou para o ar a "brilhante ideia" das 40h em exclusividade compulsiva no Setor Público (embora quase de imediato acrescentasse que esta implementação ficaria suspensa por um prazo estimado de uma década, em função da oposição enérgica da grande maioria da Classe e do reconhecimento da escassez quanto ao número de médicos, e, mais ainda, do seu envelhecimento)...

Mas afinal de contas, em que é que ficamos afinal? Onde estará a coerência? Que ideias novas irá apresentar o próximo responsável por esta pasta? Como quererão que se sintam os Médicos, se não cada vez mais legitimamente desconfiados da Classe Política, ainda por cima quando se assiste diariamente ao ruir dos pilares de sustentação do neoliberalismo, sistema que até muito recentemente era idolatrado por algumas elites governamentais internacionais, como se se tratasse do verdadeiro farol civilizacional do presente século?

E, não será que idêntico e nefasto sentimento se estimula, quando se verifica que nos últimos anos só os grandes grupos económicos prestadores de cuidados de saúde hospitalar têm tido acesso à medicina convencionada com o nosso Estado "tentacular"? E, que, ao contrário, o médico tipo "João Semana" está cada vez mais condenado à insolvência e, por conseguinte, à própria extinção, quando em boa verdade é o que pressupostamente exercerá a medicina da forma mais humanizada e personalizada, ou seja, na proximidade efetiva dos cidadãos, e na tradição dos nossos venerandos mestres, no seio dos quais se destaca o insigne autor do texto que todos juraram cumprir no início de suas carreiras profissionais?

DUAS HISTÓRIAS EM CONTEXTOS DIFERENTES, MAS A MESMA LIÇÃO EXPRESSA

A partir da década de oitenta propalou-se uma ideia que teve como seu arauto a celebérrima Sr.ª Ministra que mais fez por unir a nossa Classe (involuntariamente, bem certo). Segundo a opinião do vulgar cidadão, a figura até então respeitada dos Médicos tinha sido apeada do imerecido "pedestal" onde se tinha colocado durante inúmeras gerações, pois havia sido "descoberto" que estes procurariam acima de tudo o proveito económico a qualquer preço e por todos os métodos possíveis. Na realidade, pretendeu-se escamotear, sem êxito afinal, que, bem lá no fundo, o que nos faz maioritariamente optar por este nobre mister é antes um conjunto de valores que são muito caros à Classe desde tempos muito

remotos, e que, portanto, não haverá mesmo dinheiro ou honrarias oficiais que os saldem, como a seguir se expõe.

Ainda no passado 26 de dezembro, o pior dia de afluência aos Serviços de Urgência de que há memória segundo as estatísticas oficiais divulgadas, durante 24h quase ininterruptas de trabalho, na dupla qualidade de Médico e de Chefe de Equipa (com apenas três Especialistas de Medicina Interna, contando comigo mesmo, e após ter cumprido idêntico período no dia 24 do mesmo mês!), pude ouvir do acompanhante de um doente nonagenário que eu próprio tinha observado dois dias antes (comandante aposentado da aviação civil, e que jamais havia encontrado antes) algumas palavras que ilustram bem este sentimento.

Após este ter pacientemente aguardado mais de 12h consecutivas por duas vezes, num curto espaço de dois dias, sem sequer se ter sentado para descansar ou ausentado para comer algo, na altura em que dei alta ao seu sogro, dirigiu-se-me então, com rara serenidade, nos seguintes termos: "Doutor, gostaria de transmitir-lhe que, na minha vida profissional, e por via das inerentes responsabilidades ligadas às funções hierárquicas que desempenhei, também eu aprendi a ter a exata noção do que é ter a vida das pessoas nas mãos, sobretudo na meia dúzia de momentos mais delicados por que passei, mas nada se pode comparar àquilo que observei nestes dois dias em que aqui estive. Fiquei a conhecer muito melhor uma realidade da qual julgava saber o suficiente e ganhei um apreço que jamais imaginei ser possível pelos Médicos".

Respondi-lhe que entendia bem o sentimento que pretendia expressar, embora a parte pior de todas nem sequer poderia ter sonhado: É que eu acabara de sair cerca de uma hora antes da Sala de Reanimação, onde durante cerca de dez horas tive que observar e tratar uma série de doentes (por vezes mais do que dois em simultâneo) de forma ininterrupta, apenas com a preciosa ajuda de alguns enfermeiros. Acrescentei que eu próprio tinha perdido a noção de tempo, pois só o adquiri quando pude ir durante breves instantes comer algo à pressa, já passava das 19h.

Contudo, para além disso, e no meio de uma revolta interior muito contida, se havia algo que ainda me serviu realmente de consolo no fim dessa verdadeira maratona era certamente ter podido servir o meu semelhante mais vulnerável o melhor que podia e sabia, embora quase até à exaustão (madrugada fora até ser rendido no outro dia às 9h da manhã, e apenas com tempo para esticar as pernas durante cerca de hora e meia), em condições tão precárias que nem o mais distraído dos observadores o deixaria certamente de constatar...

A segunda história tem antes uma relação mais direta com o meu *hobby* preferido: Viajar. Conhecer países e povos diferentes, para além de ser, na minha opinião, a forma mais eficaz e saudável de combater o stresse, é ter o privilégio de assistir a uma permanente e gratuita aula ao vivo, onde tudo pode constituir eventual fonte de engrandecimento interior. Assim tenhamos esse saudável espírito!

Há cerca de dois anos desloquei-me com alguns amigos e familiares pela quinta vez ao Brasil, no intuito de visitar, entre outros locais, o Sul do Pantanal. Apanhámos o voo de S. Paulo para Campo Grande, cidade capital de estado do Mato Grosso do Sul. Como é meu hábito, para combater o enfado de ter que passar longas horas fechado no reduzido espaço disponível da classe económica de um avião de médio curso, logo após a descolagem, preguei imediatamente os olhos nos livros e revistas que selecionara, na intenção habitual de só os levantar nos instantes que precedessem a aterragem, já que até a comida que habitualmente é servida a bordo me causa sempre uma náusea inexplicável que me é sempre difícil de suportar. Ao invés, a minha esposa (também médica), mantém-se sempre atenta a tudo e a todos, até ao mais ínfimo ruído, na vã esperança de, quiçá, se poder antecipar ao mais inverosímil dos imponderáveis.

Cerca de uma hora após a partida, esta procurou chamar discretamente a minha atenção para algo de eventualmente estranho que se passava com uma das passageiras sentada algures adiante. Como é meu hábito, de princípio não liguei grande coisa. Perante a sua renovada insistência, lá pousei o livro e procurei ficar mais atento às suas suspeitas. Verifiquei então que ela até era capaz de ter alguma razão, já que uma hospedeira e uma passageira sentada ao lado da suposta doente não pareciam nada confortáveis com o desenrolar dos acontecimentos.

Olhei então em redor, para ver se também outros passageiros ou membros da tripulação pareciam atentos, ou, mesmo, preocupados com o que se passava. Mas nada. Volvidos então mais alguns breves instantes, lá resolvi a levantar-me do meu lugar e dirigi-me para o referido local, no sentido de abordar os intervenientes mais diretos do suposto infortúnio, mesmo sem esperar pela rotineira frase: "Está algum médico a bordo que nos possa ajudar" (tal como já me tinha acontecido uns anos antes à saída de Paris).

Verifiquei então que se tratava de uma senhora de meia-idade, supostamente saudável até então, mas que se encontrava suada e muito indisposta, mas sem que, contudo, o quadro clínico fosse suficientemente sugestivo para me permitir efetuar um diagnóstico clínico seguro sem ajuda de meios complementares de diagnóstico que ali não dispunha. A jovem que estava tentando acalmá-la era uma especialista de ORL muito inexperiente, mas perfeitamente consciente das

suas naturais limitações, embora com uma presença de espírito notável. Quanto à hospedeira, fiquei imediatamente seguro que dominava com elevado sentido de responsabilidade e profissionalismo os preceitos necessários à abordagem de um passageiro naquelas circunstâncias.

Trouxe-me imediatamente a mala médica, muitíssimo bem cuidada (muito melhor do que na minha experiência anterior), embora não equipada com um aparelho de ECG, pelo que não pude tentar confirmar a minha hipótese de EAM/TEP. A situação foi piorando, tendo tido a necessidade de canalizar uma veia periférica, no intuito de minorar as alterações hemodinâmicas que se foram instalando progressivamente.

Fui ainda atempadamente consultado pelo comandante de bordo no sentido de se optar entre a aterragem num aeroporto mais próximo ou prosseguir mais cerca de meia hora de voo até ao destino final previsto, onde os recursos médicos e tecnológicos seriam, *a priori,* mais adequados ao tratamento de uma situação clínica com a gravidade que esta aparentava. Com todos os riscos inerentes, lá decidimos prosseguir, tendo fornecido as instruções necessárias via rádio para que fosse preparada uma adequada receção em terra à infeliz passageira.

A situação não poderia ter-se prolongado muito mais, pois quase me vi na contingência de proceder a manobras de suporte avançado de vida em pleno voo. À chegada, lá estava a respetiva ambulância e seus tripulantes, para que prontamente conduzissem a mal afortunada jurista ao hospital universitário que se situava a poucos minutos do aeroporto (sem que esta tenha alguma vez podido suspeitar de tal complicação quando a mandaram inspecionar uma determinada instituição prisional nos confins do seu país). Lá ajudei então a jovem colega e dois dos maqueiros a retirar a doente do interior da aeronave e a colocá-la em aparente segurança na ambulância que estava estacionada no meio da pista de aterragem.

Foi então, com total estupefação que, em vez de assistir à partida imediata da viatura para o local mais adequado, verifiquei que os diligentes "algozes" estavam muito mais preocupados em saber se a doente era portadora de um qualquer seguro de saúde e qual a companhia associada, para decidir então para qual a instituição hospitalar a haveriam de levar... Incrédulo e revoltado perante a inusitada situação, mal consegui entender as respostas que a infeliz e quase moribunda senhora balbuciava com extrema dificuldade, só ouvindo um quase inaudível sussurro: "Muito obrigada por tudo o que fez por mim"! Agarrei então suavemente a sua mão, tentando-lhe transmitir a maior tranquilidade possível, e, retorqui: "Não

tem nada que agradecer. Só fiz a minha obrigação. Tenha esperança que tudo irá acabar em bem daqui a breves instantes."

Não me restava, pois, outra alternativa, naquele contexto, do que gritar então a plenos pulmões: "No meu país, salva-se primeiro a vida das pessoas e só depois se cuida em apurar se existe alguma conta a pagar, e a quem ela deverá ser remetida. Isto é uma ofensa intolerável à dignidade de todo o ser humano e aos nossos esforços para salvar esta pobre criatura. Podia ser um de vocês a estar aqui, agora, numa situação como esta, ou mesmo um vosso familiar próximo. Lembrem-se sempre bem disso e tenham vergonha do que estão a fazer. Saiam daqui imediatamente para o hospital universitário. Cumpram, mas é a vossa estrita missão e deixem de se preocupar com imposições burocráticas absurdas...!!!"

Sr. Primeiro-Ministro! Sr.ª Ministra da Saúde! Médicos deste País! Por favor, paremos para pensar um pouco, e façamos TODOS um derradeiro esforço para que tal não venha jamais a ser possível em Portugal. Eu não quero viver nem exercer a minha profissão em tais circunstâncias. Quero continuar a poder ter o ORGULHO de dizer que isto não se passa, nem nunca se irá passar na Nação que foi berço de Pedro Hispano, Garcia de Orta, Egas Moniz e de tantos outros ilustres ou anónimos mas dedicados Colegas...

Basta.

SETÚBAL 2008/03/18

Revista da Ordem dos Médicos, número 98
Nota: Texto lido na cerimónia de posse da Direção Presidida pelo colega Amaral Canelas na Distrital de Setúbal, que sucedeu à que eu tinha dirigido durante dois triénios consecutivos



Representação pictórica eventualmente
de uma crise epilética, século XIII
Bartolomeu de Inglaterra, frade franciscano
e enciclopedista (1202-1272)

O Futuro da Medicina em Portugal: Considerações a propósito da parábola do Burro e da Cenoura

Penso não errar de todo ao afirmar que não há ninguém que possa dizer que nunca ouviu falar nesta pequena e velha história, mas, porventura, alguns dos mais distraídos não terão a verdadeira consciência que a sua principal ilação se aplica hoje em dia, na sua quase plenitude, à vida dos cidadãos portugueses, e, designadamente, à dos próprios médicos.

Desde há bastantes anos a esta parte que nos fomos "habituando" progressivamente a constatar que quando os sucessivos detentores dos Órgãos Executivos do Poder do nosso país não querem assumir explicitamente a responsabilidade de ter que transmitir verdades incómodas aos cidadãos, ou quando a má consciência relativa às consequências a prazo das suas políticas na Sociedade Civil lhes atormenta o espírito, optam geralmente por uma de duas estratégias: Nomeiam uma Comissão para efetuar um Estudo que sabem de antemão que, ou nunca chegará a conclusão alguma, ou forçosamente anunciará publicamente com as necessárias parangonas aquilo que os mesmos já antes haviam idealizado nos bastidores, ou, então, fingem ignorar as legítimas e reiteradas manifestações de desagrado dos mais diversos quadrantes políticos, e, tentam, ao limite do possível, condicionar o seu impacto negativo junto do denominado Quarto Poder.

Concretizando um pouco melhor e depois de uma série de anos em que os inúmeros responsáveis políticos do setor da saúde, mais ou menos intencionalmente, foram complacentes ou assumiram mesmo a liderança do processo que conduziu à descaracterização e ao desmantelamento daquilo que se considera unanimemente como tendo sido os dois fatores mais decisivos na evolução qualitativa da Medicina em Portugal (Carreiras Médicas e SNS), parece que chegou finalmente o momento de serem agora os mesmos a concluírem que o "feitiço se estava afinal a virar contra o feiticeiro", ou seja, as consequências de tais políticas comportam um preço que o Poder já não tem condições para poder pagar, sobretudo quando se aproxima um ciclo eleitoral complexo, cujos resultados ameaçam comprometer decisivamente as suas expectativas de continuarem em funções executivas.

A incongruência de muitas das medidas que se foram sucedendo ao longo dos últimos anos são disso um comprovativo suficiente e indesmentível. Por exemplo, a seguir a um período que, de facto, estendeu demasiado a implementação de uma medida (a dos *Numerus Clausus*) que se revelou necessária durante os anos que se seguiram à Revolução de Abril, deixou-se pulverizar demagogicamente,

desde há alguns anos a esta parte, o número dos Cursos de Medicina, como se não se entendesse que talvez pior do que haver um défice de médicos (como é o que efetivamente existe) é provocar intencionalmente o seu excesso, desfasando portanto as decisões de qualquer planificação responsável e adequada quanto ao futuro do setor, como se a missão das Faculdades fosse a de ser uma "fábrica de desempregados" ou de futuros "assalariados dóceis e necessariamente mal remunerados".

Após um período em que se idolatrou ao limite do absurdo as virtualidades da contratação individual em detrimento da coletiva, o que provocou assimetrias iníquas e mesmo insustentáveis ao nível das remunerações e dos horários dos médicos no interior do mesmo Serviço ou Instituição, parece que se concluiu que estas medidas só poderiam conduzir, afinal, à degradação do próprio sistema, e não à sua alegada e pretensa requalificação.

O agravamento constante das condições de trabalho dos médicos, por via de uma série de fatores, onde se inclui, entre outras realidades, a sensível perda de capacidade económica nos últimos anos, a ausência de progressão profissional, a excessiva, asfixiante e absurda burocratização da atividade clínica, a impossibilidade de celebrar acordos com os subsistemas estatais de apoio social ao médico que o requeira a título individual (em contraste com que se decide relativamente aos grandes grupos económicos) etc., contribuíram seguramente para estimular que muitos colegas optassem voluntariamente por deixar a Função Pública.

Fosse para transitarem para o setor privado, fosse para celebrarem um contrato individual, em vez de receberem os respetivos honorários pela tabela em vigor e que em muitos casos é verdadeiramente desdignificante, ou para solicitarem a redução dos seus horários, ou, então, passarem mesmo à condição de aposentados, ainda que isso implicasse uma perda não desprezível do valor das suas pensões.

Tudo isso, tendo por base o acentuado nível de desmotivação da generalidade da Classe, mercê do sentimento de quase unânime recusa em sermos investidos no ingrato e injusto papel de corresponsáveis por este anunciado "descalabro" e o consequente sentimento de desconsideração relativo à imagem pública e autoestima pessoal que temos inalienável direito a defender.

Curiosamente, ou talvez não, após se ter legislado no sentido de dificultar ao extremo a continuação da vida profissional ativa dos médicos reformados, vem-se agora anunciar em "voz alta" que estes irão poder afinal de contas ser contratados para o setor público, no reconhecimento implícito de que não existe, afinal, uma adequada planificação na sua legislação.

Numa primeira fase, "qual cenoura apetitosa colocada estrategicamente na frente dos olhos meio vendados de um dócil, mas esfaimado animal de carga, visão que provoca neste uma inebriante e permanente sensação de a poder alcançar a qualquer momento, saciando desse modo as suas naturais carências fisiológicas", pretendeu-se, alegadamente, inverter aquele "desastroso" curso de acontecimentos, anunciando a "próxima" implementação de outros métodos de avaliação e incentivos "inovadores", integrados num renovado e "aliciante" esquema de Carreiras Médicas.

Debalde! É que foi necessário aguardar pelo final da presente Legislatura para ter, por fim, uma expectativa mais ou menos credível de que as negociações iriam efetivamente começar... Serviu, pois, essa estratégia, de pretexto para entretanto congelar "provisoriamente" os salários e as progressões dos médicos que pertenciam aos quadros das instituições públicas, ao mesmo tempo que um número crescente de outros elementos da Classe era contratado com vencimentos muito superiores numa maioria dos casos, mas que, mercê da "estrita e sã" obediência às "melhores e mais transparentes" normas da "gestão empresarial", não padeciam do "pecado original" de contribuírem para o agravamento do famigerado "défice público", já que as correspondentes verbas passaram a ser inscritas na rubrica de aquisição de serviços e não na do pessoal, como se isso fosse a "origem pecaminosa" de todos os males de um sistema que teria, então, supostamente, entrado em fase de "irreversível" rotura! Como se o dinheiro afinal não saísse em qualquer dos dois cenários, direta ou indiretamente, do mesmo sítio, ou seja, do OGE!

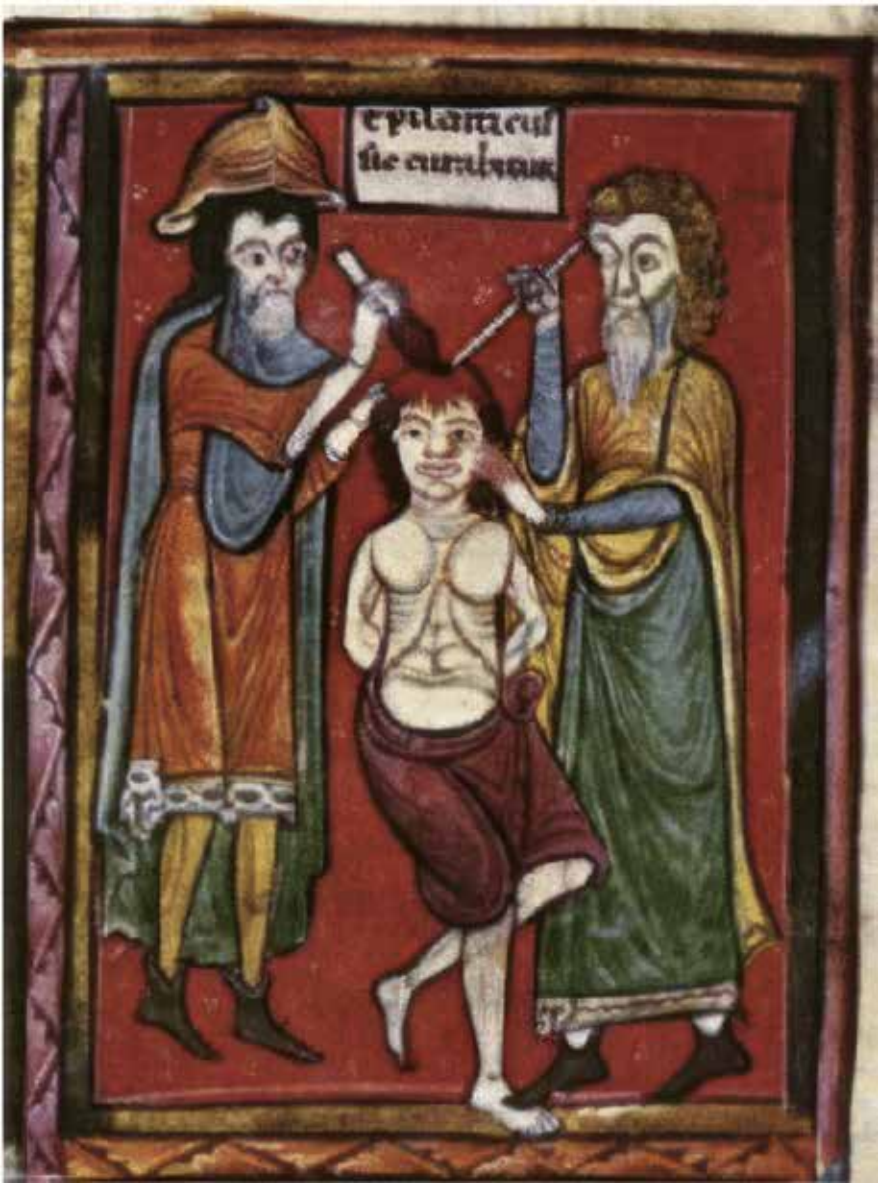
De um curto período de esperança que se seguiu à mais recente transição do responsável máximo pelo Ministério da Tutela, seguiu-se um sentimento de nova "desilusão", porque aquilo que se anunciava como sendo a resolução consistente do problema mantinha, contudo, nas sucessivas propostas apresentadas, alguns dos mesmos princípios que tinham provocado uma revolta surda na Classe, com a agravante de que agora, num assomo súbito de "intuição meio pavloviana", o "obediente jumento" começasse finalmente a suspeitar que até é bem capaz de não ser agora, nem desta maneira, que irá ser recompensado pelos bons ofícios que tem prestado durante toda a sua longa vida de "leal servidor" do seu "ingrato dono". Será que não é melhor dar então um pinote, fazer uma pirueta, ou sei lá mais o quê, atirar a cana ao chão e... comer finalmente a mais que merecida cenoura?

Sr.ª Ministra. V.ª Ex.ª é Médica e sempre se anunciou publicamente como uma indefetível defensora dos mesmos princípios e valores que permitiram alcandorar Portugal, num certo dia infelizmente algo já distante no tempo e da memória coletiva, para um dos lugares cimeiros a nível mundial, no âmbito da prestação dos Cuidados de Saúde. Se me permite o "atrevimento", não pode defraudar a última réstia de Esperança que ainda subsiste na nossa Classe, bem como desdenhar do legítimo orgulho desse notável feito e que se deveu, tanto ao arrojado "visionarismo" de alguns líderes políticos e associativos, como ao empenhamento e competência da grande maioria dos colegas.

A negociação do Documento das Carreiras é decisiva para o Futuro da Medicina, dos Jovens Médicos e do próprio SNS, logo, da Sociedade, dos Cidadãos, e dos Doentes. A História não iria ser complacente se viéssemos a falhar. Nós e V.ª Ex.ª. Bem pelo contrário. Antes que seja demasiado tarde...

SETÚBAL, 2009/03/25

Revista MEDI.COM do CRS da Ordem dos Médicos em 2009, número 107



Representação pictórica de uma técnica cirúrgica que foi advogada, entre outras indicações, para o tratamento da epilepsia, século XII, artista anónimo, Manuscrito Médico do Museu Britânico

Doravante

...a mudança é uma questão de vontade...
a cooperação gera mais valor do que a competição,
ao contrário do que se tem suposto nos últimos 20 anos...

GUILHERME D'OLIVEIRA MARTINS
Ex-Ministro da Educação e das Finanças, 1952- , in JL, fevereiro/2010

A situação da saúde em Portugal é cada vez mais preocupante. Dos profissionais aos doentes, dos políticos aos gestores, aquilo que seria de início apenas uma vaga impressão dos mais lúcidos observadores e especialistas na matéria transformou-se presentemente numa certeza que recolhe uma rara unanimidade.

De um modelo marcadamente hospitalocêntrico, promovido compreensivelmente a seguir à Revolução de Abril de 1974, optou-se mais recentemente por tentar compensar este histórico "erro" estratégico, promovendo uma profunda reforma do setor que se iniciou por uma reorganização dos Cuidados de Saúde Primários. Não contesto tal decisão, até porque fui sempre um defensor convicto da ideia segundo a qual uma das principais condições para garantir o adequado funcionamento dos Cuidados Hospitalares é precisamente o prévio bom funcionamento dos Cuidados Primários.

Contudo, a presente realidade da rede hospitalar pública exige, também ela, uma profunda e urgente reforma. Com o notório envelhecimento da classe médica e com a saída impressionante de especialistas (quer por aposentação ou reforma, quer para encetarem outros projetos profissionais noutras unidades sob gestão privada ou mesmo pública), alguns Serviços não têm já "massa crítica" para poderem funcionar adequadamente, e muitos outros, criados à revelia da lei vigente aquando das gestões SA, nunca deveriam sequer ter existido.

Na sua verdadeira essência, a existência de um Serviço deveria supor a conjunção de várias condições prévias, designadamente, estar inserido num Plano de índole nacional e regional consequente com as reais necessidades, ter uma "massa crítica adequada" (número de doentes e de profissionais, condições logísticas e técnicas suficientes), e ser um centro de formação pós-graduada e de investigação clínica.

Não apenas, como me parece que esteve presente na sua génese, a corporização da tentativa de assim isolar mais facilmente um suposto responsável (na ótica míope de então) pelo crescimento vertiginoso dos gastos, sobretudo na rubrica dos medicamentos imprescindíveis ao controlo das doenças ditas emergentes, mas também na área da inovação tecnológica e terapêutica.

Existem presentemente muitos exemplos que ilustram de forma assaz eloquente esta triste realidade, havendo a necessidade imperiosa de adotar medidas corajosas de racionalização e de moralização, se não nos queremos deparar, um destes dias, com roturas nas assistências de enorme impacto em importantes setores da população, e, até, na própria Saúde Pública.

Digo isto por experiência própria e por profunda convicção nas reflexões que tenho feito ao longo de mais de um quarto de século de vida clínica, e que tenho tido a oportunidade de partilhar com inúmeros colegas das mais variadas especialidades e nos mais diversos *fóruns.*

Esta candente Reforma deve supor, para além de um estudo aturado e isento da realidade presente e futura, de uma planificação escalonada no tempo, dado que, se é mau haver carência de meios humanos qualificados, tenho também a convicção sincera de que não sei se ainda não será pior a sua produção deliberadamente excedentária com intuitos mais ou menos ocultos!

A recente criação de um número manifestamente desproporcionado de cursos de Medicina não deveria nunca supor o surgimento a prazo de uma situação idêntica à que se passa atualmente com a classe de Enfermagem, onde, pela via do nefasto desequilíbrio entre a oferta e a procura, muitos destes profissionais encontram-se em situações verdadeiramente indignas de precariedade social e económica, logo desmotivados e revoltados com as injustiças do sistema. Na realidade, voltou-se antes a fomentar o duplo emprego, o que é um inegável retrocesso, até por este ser um fator decisivo que condiciona a produtividade de uns e a falta de oportunidade de emprego de outros.

As Faculdades não devem, pois, existir em função de nefastos interesses meramente corporativos ou como automático reflexo de uma qualquer conjuntura politiqueira mais ou menos efémera e pouco fundamentada, e muito menos ainda como pretensos centros de excelência didática e científica, mas na realidade travestidos no papel de simples "fábrica" de desempregados ou de assalariados mal remunerados e acríticos, logo, simples frustrados no imediato e profundamente revoltados a prazo! Devem antes, isso sim, corresponder à síntese difícil, mas eminentemente necessária, entre a legítima vontade individual de realização pessoal e profissional e as previsíveis necessidades efetivas da sociedade.

Convém não esquecer que a experiência adquirida e partilhada é fundamental para a designada "massa crítica" já referida, e que só esta pode conduzir à competência e à realização profissional. Por outro lado, tal como é consensual, profissionais desmotivados e frustrados jamais prestarão os cuidados clínicos necessários com o almejado atributo de humanidade, realidade que infelizmente já

vai rareando nos nossos dias, igualmente com repercussões muito negativas nos doentes e na sua relação com os profissionais do setor e com as instituições, logo, com o próprio sistema em si. Em vez disso, serão eles próprios os grandes promotores da denominada "medicina defensiva" que, como é bem sabido, é muito mais onerosa e ineficiente.

Hoje em dia, assiste-se quotidianamente ao degradante espetáculo de empresas privadas, supostamente especializadas em recursos humanos, aliciarem a contratação de médicos como se se tratasse de um mero leilão de cariz futebolístico, e de elementos bastante menos experientes e qualificados auferirem vencimentos muito superiores a outros que sempre deram um exemplo de dedicação ao SNS e que souberam percorrer com coerência o demorado e exigente caminho das Carreiras Médicas, criando-se, assim, situações de manifesta desigualdade e injustiça que estão atualmente a minar de uma forma fatal e irreversível todo o sistema.

Não serão, então, os arautos de tal pérfido e vil sistema os tais que hoje oferecem "generosamente" honorários de "oitenta", que ambicionam num futuro não muito longínquo, vir a dar apenas "oito" pelo mesmíssimo trabalho, quando na realidade o seu valor correto e justo se situaria algures no meio destas duas importâncias? Quem estará, então, a lucrar com aquilo que é presentemente uma das principais causas do défice das instituições hospitalares, logo da eventual próxima ruína do próprio sistema?

E o que dizer da qualidade dos internatos de especialidade dos médicos que são cada vez mais vezes aliciados para o trabalho extenuante das urgências, completamente desinseridos do âmago daquilo que deveriam efetivamente estar a estudar e a investigar, distantes dos seus hospitais e serviços de origem, desgarrados de uma salutar e quase inexistente prática clínica decorrente da integração em equipas homogéneas e devidamente hierarquizadas na base da competência e experiência profissional? É este o modelo com que se pretende a alegada profissionalização dos Serviços de Urgência? Não será antes um sinal da anacrónica eternização da mediocridade em detrimento da almejada qualidade?

É esta, pois, a situação que está a hipotecar de forma irreversível a sustentabilidade do muito que foi conseguido através da criação, primeiro das Carreiras Médicas, e depois, do SNS, realidades que tanto beneficiaram as populações e constituíram para muitas gerações de médicos um motivo de redobrado orgulho, reflexo do seu empenhamento e competência.

Sem estes valores, tudo será diferente para pior, com reflexos muito negativos, não só para os doentes, mas também ao nível financeiro, sendo, assim, fundamental para todos que tal tendência se inverta, dado que apenas com a

mobilização sem reservas dos profissionais se pode ter uma medicina de qualidade e humanizada, sendo certo que só esta permite simultaneamente a genuína realização dos primeiros e a satisfação dos segundos.

É neste quadro que, por vezes, como tantas vezes aconteceu na nossa história coletiva, ou na nossa vida privada, alguns simples episódios, ou mesmo aquilo que noutros contextos poderia não passar de um mero equívoco, pela sua elevada carga simbólica num determinado período de maior vulnerabilidade psicológica como o que atravessamos, acaba por assumir uma decisiva relevância, qual reflexo *freudiano* de inconfessáveis fantasmas ou recalcamentos mais ou menos inconscientes.

Refiro-me concretamente à mais que infeliz expressão "**Doravante designados Trabalhadores Médicos**" que repetidamente se pode ler na legislação recentemente publicada a propósito da reformulação do articulado legal referente às novas Carreiras Médicas.

Se há coisas que se podem mudar, e outras que é imperioso alterar, há também as que, precisamente pela sua carga simbólica decorrente de um património histórico milenar de que todos somos herdeiros e do qual nos devemos legitimamente orgulhar, não deveriam nunca ser modificadas, sob pretexto algum. Uma dessas coisas é certamente a designação do nosso inolvidável mister, na tradição de respeito que é inteiramente devido aos nossos venerandos Mestres, o primeiro dos quais o célebre autor do documento que todos juramos cumprir no início da nossa vida profissional.

MÉDICO é aquilo que sou, é aquilo que todos somos, e a condição de trabalhador é uma denominação tão genérica e transversal que se torna perfeitamente desadequada e supérflua neste contexto. A não ser que alguém pretenda passar a designar todas as restantes profissões, ofícios e funções da mesma forma. E assim passaríamos a ter o Trabalhador Presidente da República, o Trabalhador Primeiro-Ministro, o Trabalhador Cardeal-Patriarca, o Trabalhador Gestor Hospitalar, o Trabalhador Coveiro do Cemitério Municipal, e todo o restante rol quase infindável que a sociedade ou a nossa mais ou menos fértil imaginação conseguir arranjar... Ridículo. Mais, INADMISSÍVEL!!!

Antes preferia constatar que, DORAVANTE, os mais genuínos preceitos da Ética e a da Deontologia Civilizacionais passassem a ser o referencial da conduta profissional e relacional, não só dos Médicos, mas também dos Governantes, dos Empresários, dos Sindicalistas, dos Membros das diversas Ordens Profissionais, no fundo, de Todos e Cada Um dos Cidadãos desta "Aldeia Global". Seria seguramente uma igualitarização muito mais nobre e elevada do que a que tristemente

ficou sentenciada no Diário da República deste "país à beira mar plantado", onde, segundo reza a sábia lenda milenar do tempo do Império Romano, habitaria um "povo que não se governa nem se deixa governar".

Quão mais motivante não teria sido, para aqueles "Velhos do Restelo" que ainda teimam "quixotescamente" em não abandonar o moribundo SNS e em acreditar genuinamente nas enormes virtudes das Carreiras Médicas verificar que DORAVANTE deixariam de existir os abutres dos intermediários que tão nefastamente parasitam o sistema. Que os Serviços passariam a ter as condições devidas para a formação dos médicos e para a assistência mais adequada e humanizada dos doentes. Que as progressões passar-se-iam a fazer com base numa avaliação isenta, interpares, das competências profissionais de cada um. Que os salários deixariam de ser fomentadores de gritantes injustiças, mas antes exemplarmente recompensadores de uma voluntária entrega a tão exigente e desgastante missão e com uma variável decorrente da produtividade, da assiduidade e da qualidade do desempenho individual avaliadas periodicamente.

Que, DORAVANTE, os médicos deixariam de ser equiparados a meros funcionários "mangas de alpaca" e desconfiadamente olhados como eternos desrespeitadores de horários rígida e absurdamente estabelecidos, alegadamente em proveito próprio e à revelia do interesse primordial dos doentes, mas antes considerados nas suas reconhecidas idiossincrasias, a começar pelos próprios elementos da Classe e acabar nos políticos, passando pela complexa teia de burocratas que gravitam em torno das instituições, muitas vezes sem que se saiba verdadeiramente qual a importância efetiva das funções que desempenham para o melhor tratamento dos doentes.

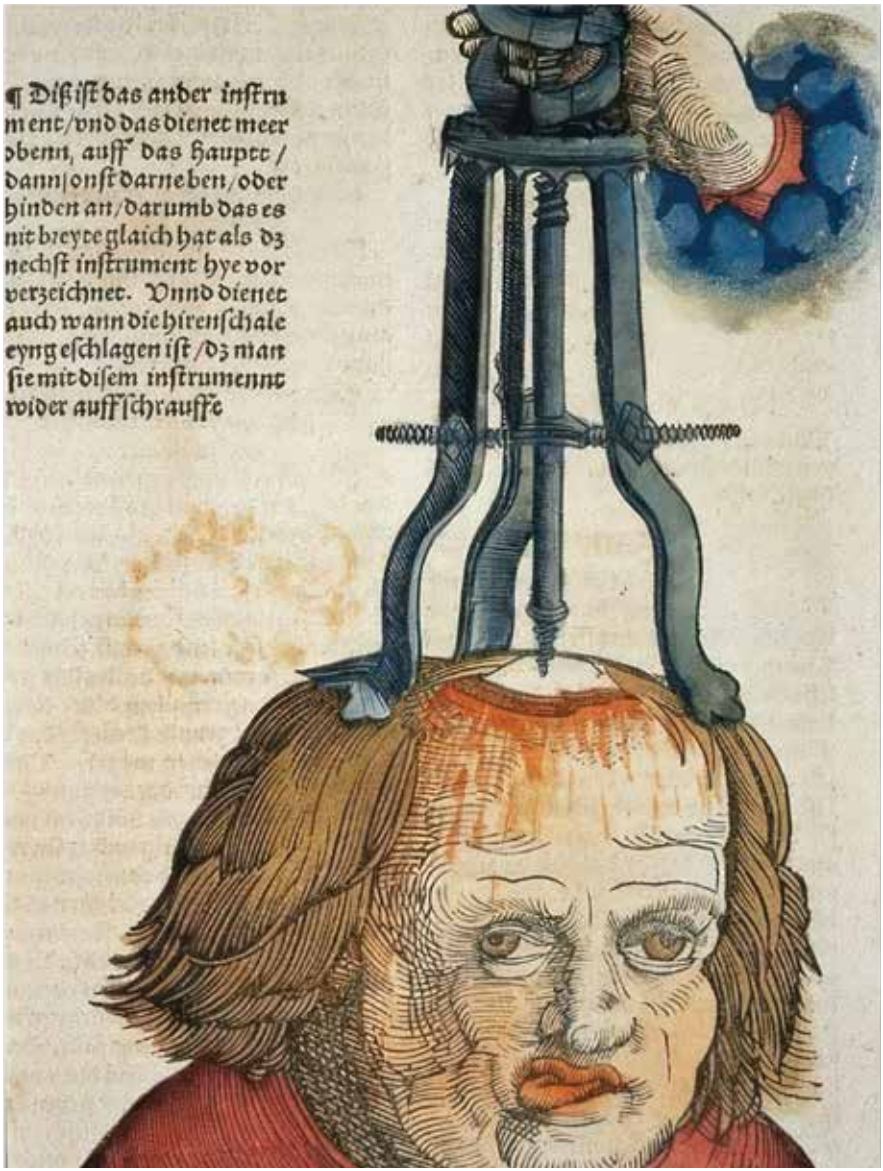
Que, DORAVANTE, não iria existir jamais carência ou excesso de médicos ou serviços, e que todos os cidadãos poderiam ter os cuidados de saúde necessários com a proximidade possível.

Finalmente, que, DORAVANTE, jamais alguém se lembraria sequer de imaginar apelidar a nossa profissão com outro epíteto que não o que Hipócrates utilizou nos seus sábios e intemporais escritos.

DORAVANTE...

SETÚBAL 2010/02/25

Revista da Ordem dos Médicos em 2010, número 108



Trepanação, 1517, Hans von Gersdorf,
cirurgião germânico (1455-1529)

Velhos Problemas e Novos Contextos: Uma Realidade Inversa?

UMA QUESTÃO DE DECÊNCIA E DE COERÊNCIA

Ironicamente, são os países com estado social incipiente que são forçados a fazer os maiores cortes... o objetivo do crescimento económico constante está em rota de colisão com os recursos naturais e o equilíbrio planetário

RUI CARDOSO
Jornalista português, 1953- , in "Quem tramou o Estado Providência", Courrier Internacional

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

O momento político que vivemos atualmente 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 subsistemas 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 iminente 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 1000% do seu custo real, 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, consequentemente, a trazerem de volta doenças que são perfeitamente evitáveis, e, não raras vezes, com uma morbimortalidade associada considerável, consumindo logicamente muito mais recursos financeiros do que até ao presente, designadamente em internamentos hospitalares evitáveis?

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?

HISTÓRIAS DE ONTEM (HISTÓRIAS DE AMANHÃ?)

Hoje assistimos a um regresso ao século XVIII:
ao despojar o Estado das suas responsabilidades
e prerrogativas, minámos a sua reputação

TONY JUDT
Historiador inglês, 1948-2010

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

Quando realizava um estágio num dos Hospitais Civis 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 que fazia a folga correspondente ao período semanal de 24h 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 detetada uma hipertensão arterial, facto que determinou que os colegas me solicitassem um parecer. O doente tinha de facto valores tensionais 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 ato cirúrgico quando se esclarecesse convenientemente o quadro clínico e após a sua necessária estabilização, tanto mais que a cirurgia não se revestia de qualquer caráter 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 hemitoraxes. Solicitei umas análises e um RxTx urgentes, e, depois da respetiva observação clínica, concluí pelo diagnóstico de abcesso do pulmão. Dado que o doente não evidenciava quaisquer critérios de sepsis 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 Diretor Clínico do Hospital da Seguradora onde aquele estava previamente internado. 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 infetocontagiosa 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 infeciosa, de modo algum ela seria de natureza transmissível, tal como me parecia estar subjacente ao seu espírito, pelo que 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 umas 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 impressão, 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 elétrico" que irradiava ao longo do membro em que tinha sido colocado o soro. Inspecionei 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 fletia o cotovelo. Voltei a inspecionar a região do sangradouro com mais atenção e lá solicitei 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 cateteres endovenosos periféricos só estavam disponíveis no Bloco Operatório do Hospital, e a essa hora, só com ordem do Diretor 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, exclamando: "É por causa de situações como esta que, quando eu saio de serviço do Hospital de Santa 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 efetiva. O que é realmente relevante é que o referido enfermeiro, ao verificar rotineiramente as funções vitais do doente, tinha-lhe detetado uma bradicardia acentuada.

Abeirei-me então do respetivo leito e comecei a colher os dados anamnésticos 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 eletrocardiográfico urgente, tendo este trazido, volvidos alguns instantes, o respetivo 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 eletrocardiógrafo 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 um 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 de 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 Diretor 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 eletrocardiógrafo, tentando tranquilizar o infortunado doente que estava tudo sob controlo.

Volvidos escassos minutos, lá pude conhecer finalmente o famigerado Diretor 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 existe aqui um problema... Não temos de facto condições para continuar a ter este doente aqui internado. Nem sequer possuímos 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 sobranceria 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 efetuar 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 pôr 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, pensei comigo mesmo"? 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 repostei 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 pôr demasiado em questão a hierarquia. Ah, e a propósito dos imbróglios 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 Santa 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 Diretor 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..."

E AGORA? ILAÇÕES 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 corresponsabilização, 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

CONSTANTINO SAKELLARIDES
Médico, ex-Diretor Geral de Saúde, 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 de 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, pelo que

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 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 subsecretários de estado, quando na realidade bastaria um superministro 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 correto 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 diretamente 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 atividade médica levada ao absurdo é o caso da implementação generalizada e compulsiva da receita médica eletrónica, 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"?

Por tudo isto, estou convicto que enquanto:

- não valorizarmos a qualidade e a importância das profissões pelo seu real impacto social, e antes por critérios de notoriedade mediática;
- não propiciarmos as condições de cumprimento da missão de cada cidadão, família ou empresa de forma adequada, mas antes fazermos da administração pública o principal "bode expiatório" dessa insuficiência;
- 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;
- o mundo for cada vez mais parecido com um casino globalizado, em que os valores promovidos são os da fama e do sucesso a qualquer preço;
- caminharmos no sentido de só os comprovadamente miseráveis terem direito aos apoios sociais, empurrando outros estratos para a miséria envergonhada e clandestina;
- 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;
- nos aproximarmos cada vez mais do modelo "chinês", no qual a manufatura massificada visa satisfazer o consumismo desenfreado do capitalismo mais abjeto;
- 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 fatura a pagar pela alegada crise reduzirá à mais ínfima expressão a dignidade da maioria da população e 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 de suicídio.

Mas o mais grave é que o Governo entende que uma das grandes soluções para este grande e 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 do 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 fatores 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 alcandoraram o nível sanitário do país a uma posição jamais alcançada por outro qualquer setor de atividade, 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.

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

ELIE WIESEL
Escritor romeno, 1928-2016, Prémio Nobel da Paz em 1986

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 diretivas hospitalares numa

instituição pública (Direção Médica e Direção de Serviço), e não foi por ter pedido a exoneração e passado a contrato individual no CHS HSB, onde permaneço com um horário de 40h 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, evitarmos que, um destes dias, nos confrontemos nas instituições públicas de saúde, com faltas de cateteres e *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 Diretor Clínico...

SETÚBAL, 2011/01/25

Revista da Ordem dos Médicos em 2011, número 115



Extração da Pedra da Loucura, 1550,
Jan van Hemessen, pintor flamengo (1500-1566).
Esta representação tinha por base a suposição que as doenças do foro neuropsiquiátrico provinham do facto das pessoas poderem estar "possessas do diabo ou de espíritos malignos", sendo a denominação "pedra da loucura" a respetiva materialização. O que obrigava a fazer a sua extração, recorrendo à trepanação
(ver pp. 410, 416).

Carta Aberta aos Colegas Diretores de Serviço dos Hospitais Públicos Nacionais

INTRODUÇÃO

Estamos num estado comparável somente à Grécia: a mesma pobreza, a mesma indignidade política, a mesma trapalhada económica, o mesmo abaixamento de caracteres, a mesma decadência de espírito

EÇA DE QUEIRÓS
Escritor português, 1845-1900

Estão, neste momento, os Excelentíssimos Colegas confrontados com a necessidade de produzirem, assinarem e responsabilizarem-se pela execução do Plano de Ação para 2012 do vosso respetivo Serviço, partindo do pressuposto que a sua principal exigência é, *a priori,* a diminuição dos gastos na cifra de 11% imposta pelo Ministério da Tutela relativamente à despesa estimada para o ano em curso.

Se nada tenho contra o saudável princípio da poupança, e pratico na minha vida quotidiana o combate ao desperdício, quando se trata da saúde em geral, e, muito particularmente, da saúde pública e dos cuidados necessários a algumas das camadas populacionais mais desfavorecidas e discriminadas, então temos que pesar muito bem os seus impactos, não vá, como se diz no sábio aforismo popular, o "feitiço virar-se contra o feiticeiro".

Existem, pois, várias maneiras de encarar esta realidade. Ou preferimos não a valorizar, na presunção de que ninguém terá, na hora da verdade, coragem de levar as restrições às últimas consequências e a hierarquia institucional, como até aqui, será tolerante com os desvios costumeiros. Ou recusamo-nos, pura e simplesmente, a assinar tal documento, na presunção que a meta apontada é de todo irrealizável, porque a sua suposta concretização rigorosa iria lesar, de uma forma direta, os doentes, e, indiretamente, a própria sociedade, sendo, pois, inaceitável, quer do ponto de vista ético, quer, mesmo, científico.

Ou, então, reconhecendo que existe ainda uma certa margem para nós próprios tomarmos a iniciativa de propor algumas medidas que, sendo passíveis de conduzir a uma poupança efetiva de recursos financeiros, não colocam em causa princípios básicos de natureza técnica ou deontológica, mas que, em si mesmos, podem traduzir-se, na prática, em cifras bastante diversas das que são agora exigidas, consoante o caso concreto em apreço.

Após este esforço, que desafio todos vocês a fazerem, em função da experiência de cada um, e tendo sempre em consideração a realidade de cada especialidade, serviço ou hospital, no respeito absoluto pelas normas da boa prática clínica, temos que exigir em contrapartida que, se, por hipótese, não forem suficientes, mas mesmo assim as respetivas Direções Clínicas, CAs, e mesmo as ARSs, ou o próprio Ministério não abdicarem obstinadamente, custe o que custar, de atingir tal cifra, assumam eles próprios a responsabilidade de o comunicarem aos doentes e à sociedade civil, bem como as suas inerentes e nefastas consequências, cientes que nos caberá a missão indeclinável de nos colocarmos sempre ao lado destes últimos.

Gostaria, pois, de partilhar convosco estas ideias, pondo à V.ª disposição uma adaptação do texto que irei remeter ao CA do hospital onde trabalho, estando em absoluto consciente que só genuinamente unidos entre pares e sob a égide da OM nos poderemos escorar na defesa dos princípios que milenarmente nos habituamos a respeitar, investidos que estamos nas funções de sermos, simultaneamente, o primeiro e o último garante do superior interesse dos nossos doentes.

Muitos de Vós estão, tal como eu, entregues neste momento a si próprios, numa reflexão solitária, sem formação académica específica em economia da saúde ou finanças públicas, insuficientemente assessorados em termos técnicos na instituição onde trabalhamos, olhando para tabelas e índices de credibilidade duvidosa despejados à catadupa através de *email* e que, por vezes, nem sequer temos meios de os comprovar ou refutar, e, acima de tudo, sob a pressão do tempo e da nossa consciência, qual dilema insondável e dilacerante.

EXCELENTÍSSIMOS MEMBROS DO CA DO CHS HSB

Economia para totós: A redução drástica da despesa pública resulta sempre numa infinita espiral recessiva e nunca em retoma económica

DOMINGOS FERREIRA
Professor e Investigador, Universidade do Texas, EUA,
e da Universidade Nova de Lisboa, in O Público, 2011/10/19

Este Plano de Ação surge numa altura muito complicada e exigente das nossas vidas, quer do ponto de vista pessoal, quer coletivo. O seu texto reflete uma vontade genuína de ir ao encontro do que é solicitado, sobretudo no que se refere à economia dos recursos financeiros, embora sem obviamente pôr em causa

o cumprimento das boas normas de conduta nos domínios ético-deontológico e técnico-científico.

As propostas que faço em nome do Serviço, e que este está sinceramente determinado em fazer um redobrado esforço por cumprir, poderão representar uma poupança significativa, mas que, sendo antecipadamente impossível de quantificar com segurança, pode inclusive ficar completamente anulada pela impossibilidade de se concretizarem os cenários nele referidos.

Estando perfeitamente consciente que a grande fatia da despesa é com os medicamentos de ambulatório, em particular para o VIH/SIDA, e, ainda, para a hepatite C, deverei chamar, contudo, a atenção dos meus superiores hierárquicos para os seguintes aspetos, na presunção de que cada um saberá assumir as suas responsabilidades na devida altura com a necessária transparência e frontalidade, perante os doentes, as instituições e a própria sociedade:

1. **Medidas substancialmente eficazes para a poupança**

a. Negociação centralizada com a IF dos preços dos medicamentos para todos os Hospitais Públicos nacionais liderada pelo próprio Ministério da Saúde, contra expectativas de consumo realistas que respeitem as normas nacionais a serem definidas conjuntamente pela OM/DGS, e com margens quantitativas suficientemente flexíveis;
b. Estabelecimento de preços de referência por subclasses farmacológicas (ex.: ARVs: NRTIs, NNRTIs, IPs, coformulações, etc.);
c. Concentração de recursos em Centros com o mínimo de viabilidade e idoneidade, atendendo à experiência acumulada, à sua localização geográfica estratégica e aos meios humanos e de instalações disponíveis, potenciando assim a necessária massa crítica existente, no respeito pela imprescindível acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde necessários;
d. Fornecer as profilaxias das Infeções Oportunistas (os doentes que não as tomam adequadamente irão certamente ser internados a prazo por progressão clínica, gastando, pois, muito mais recursos financeiros);
e. Constituir verdadeiras Equipas Pluridisciplinares e facilitar a deslocação dos doentes ao setor de Ambulatório do Serviço (induz maior adesão, logo menor percentagem de falência laboratorial e clínica, e, consequentemente, necessidade de recorrer a terapêuticas mais dispendiosas, bem como uma menor taxa de transmissão da infeção na comunidade), logo, menos gastos no futuro. Permite, ainda, manter os cidadãos ativos em termos laborais e não dependentes da caridade privada ou de subsídios

de entidades oficiais. A operacionalização desta Equipa Pluridisciplinar (composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos) traduzir-se-á necessariamente num maior dispêndio financeiro no imediato, mas que a prazo se revelará amplamente compensador em termos do impacto positivo sobre a qualidade da nossa prestação e com reflexos notórios sobre os doentes e respetivas famílias, o que só pode pecar por ser tardia;

f. Implementar um sistema de financiamento hospitalar que tenha por base a doença em si, e que acompanhe o doente no serviço hospitalar que corresponda à sua opção voluntária, tal como está constitucionalmente consignado, não dependente, à partida, da aludida e abstrata diferenciação atribuída pelas entidades ditas competentes. A diferenciação é mais decorrente da complexidade de cada doença, da sua prevalência na comunidade e da experiência e competência técnico-profissional dos médicos que a tratam, do que de qualquer outro parâmetro que decorra da presença ou ausência, na própria instituição, de uma determinada tecnologia mais ou menos sofisticada. É essencialmente por isto que o Hospital onde trabalho tem vindo a acumular um défice progressivamente crescente que se atenuaria bastante (ou mesmo, pura e simplesmente, desapareceria de todo!) com a implementação dessa medida. Será que não devemos ser antes incentivados pelo bom desempenho e por corresponder adequadamente aos problemas da população que nos procura, em vez de verificar, com mágoa, que nos colocam sistematicamente nos lugares cimeiros da caloteirice nacional?

2. **Realidades que condicionam bastante o esforço a que nos propomos**

a. A desejável deteção precoce da infeção na comunidade poderá trazer um número significativo de novos doentes para aqui serem assistidos e tratados (calcula-se que cerca de quinhentos na nossa área geográfica de influência direta);

b. À recente admissão de algumas dezenas de novos doentes infetados por VIH oriundos das prisões poderão somar-se muitos mais infetados por HCV, o que irá fazer disparar o volume da despesa com medicamentos e exames complementares de diagnóstico;

c. A anunciada próxima introdução de novos medicamentos da classe dos Inibidores da Protease para o HCV irá fazer com que possamos finalmente resolver o problema clínico de algumas dezenas de doentes que, se não

forem oportunamente tratados, irão progredir numa grande percentagem de casos para cirrose hepática, ou mesmo carcinoma hepatocelular, gastando, assim, muito mais recursos em internamentos e transplantes verdadeiramente evitáveis;

d. As normas de tratamento para o VIH/SIDA apontam cada vez mais para a sua eficácia a prazo, se esta for prescrita com maior precocidade do que acontece presentemente, sendo de admitir que mais algumas dezenas de doentes passem a ser tratados só pela simples constatação deste facto;
e. A convocatória que estamos agora a enviar por escrito para as respetivas residências, ao fim de praticamente uma década de total incapacidade logística para a levar a cabo, poderá trazer de volta um número incerto de doentes (de entre os cerca de quinhentos refratários da nossa casuística).

A conclusão óbvia da ponderação das premissas anteriores é que as decisões que poderão permitir uma mais eficaz, substancial e duradoura poupança estão muito mais nas mãos dos decisores políticos do que no interior do Serviço, a não ser que alguém venha a responsabilizar-se explicitamente pelos impactos negativos para os cidadãos e para a sociedade da restrição administrativa da admissão de novos doentes, ou da transferência compulsiva para os hospitais da área de residência das muitas dezenas de doentes cujo único "pecado" é, deste modo, tentarem evitar a estigmatização social inerente a algumas patologias e depositarem a sua confiança na equipa de profissionais do Serviço que com muita honra dirijo há cerca de dez anos, ou, ainda, da própria prescrição médica dos que já estão em seguimento regular.

A nós, médicos cabe-nos, pois, utilizar com adequação os recursos que a sociedade nos coloca à disposição e de acordo com a *leges artis*, servindo assim o superior interesse dos nossos doentes. Nem menos, nem mais! Parece-me completamente inimaginável impor uma diminuição irrealista nesse referido montante, tendo em consideração os condicionalismos expostos, tanto mais que, se, por absurdo, todos os profissionais do Serviço fossem dispensados, e os internamentos de todos os doentes vedados, o que se pouparia nem sequer chegaria a essa cifra!!!

Aceitamos, no entanto, de bom grado, subir o patamar da ponderação do preço dos medicamentos na decisão final da sua escolha aquando da respetiva prescrição, passando-o de penúltimo para segundo lugar.

Se nunca foi na verdade o último fator a ser valorizado, parece-nos igualmente inaceitável que passe agora a ser o primeiro e muito menos o único, porque a Medicina sempre foi e deverá continuar a ser, na sua essência, a arte da

ciência personalizada, no respeito pelas características próprias de uma doença concreta em cada doente específico, numa determinada altura da sua vida e num determinado contexto psicossocial, e não a aplicação sistemática, indiscriminada e acrítica de uma qualquer norma que tenha apenas um substrato economicista, ou seja pois discordante com os fundamentos científicos validados pelas sociedades especializadas e reconhecidamente credenciadas, descontextualizada da experiência individual do médico prescritor, ou, ainda, desfasada da idiossincrasia de cada doente.

É bom que tenhamos sempre presente que a terapêutica antirretroviral é, apesar do seu preço elevado, das mais farmacoeconomicamente efetivas jamais colocadas ao serviço da humanidade, comparando-se favoravelmente com outras terapêuticas que a sociedade se habituou a encarar como rotineiras, o que coloca inabalavelmente a questão da recusa imediata em aceitar qualquer forma de preconceito social, estereotipagem de comportamentos, ou estigmatização das próprias pessoas, sejam elas doentes ou profissionais.

Se o nosso país está numa incómoda posição cimeira quanto à prevalência de certas infeções (tal como quanto ao seu défice orçamental!) é porque a planificação das estratégias adequadas ao seu eficaz combate falhou, sobretudo porque os sucessivos responsáveis políticos não foram consequentes na sua conceção e aplicação, e não podem ser agora os doentes e os profissionais a serem confrontados com restrições absurdas que só irão piorar futuramente a situação em termos epidemiológicos e de saúde pública, deixando, pois, a fatura desse presente envenenado à mercê das gerações vindouras.

Nada mais tendo a acrescentar, aguardo atentamente a sua aprovação.

DA DOENÇA DAS PESSOAS E DAS INSTITUIÇÕES, À VERDADEIRA DOENÇA DA SOCIEDADE

Que democracia é esta que transforma um ato de rendição numa afirmação dramática de coragem em nome do bem comum

BOAVENTURA SOUSA SANTOS
Sociólogo e Docente Universitário, 1940- , in Visão, 2011/10

Tal como penso ser patente nesta carta, as oito medidas internas concretas que irei propor no Plano de Ação ao CA do Hospital onde trabalho (quando apenas me "exigiam" duas!) e cujo conteúdo exato seria fastidioso de aqui referir explicitamente, não irão ser certamente suficientes para nos aproximarmos da "mágica" cifra dos 11%, embora representem um esforço sério e exequível.

É inquestionável que ninguém poderá exigir viver eternamente acima das suas posses materiais. Nem os cidadãos, nem as famílias, nem tampouco os estados. Contudo, se os sacrifícios (tal como, de resto, a riqueza!!!) não forem bem explicados, se não forem distribuídos com equidade, se forem anunciados por alguém sem uma sincera e aparente convicção, e sem saber transmitir qualquer genuína réstia de esperança no longo do cada vez mais penoso percurso que ainda só agora coletivamente iniciámos, então não nos restará outra hipótese que não a revolta (surda ou manifesta), o desânimo no dia a dia (mais dramático para as gerações mais novas), o descrédito irreversível de quem nos governa, ou a vontade irreprimível de abandonar esta terra madrasta à sorte de quem assim a transformou.

É minha sincera (e lúcida...) convicção que, tal como os regimes comunistas, também os regimes capitalistas irão soçobrar. Não porque as velhas ideologias voltem tal qual como foram concebidas nos finais do século XIX, mas sobretudo pelas questões ecológicas. A manter-se o ritmo atual de degradação do nosso planeta, para propiciar um nível de vida aceitável a todos os seus habitantes, seria atualmente necessária uma área do globo muito superior à que a Natureza (ou os deuses, conforme as crenças da cada um) nos colocou à disposição desde o nascimento do mundo.

É, pois, eminentemente necessária uma Nova Ordem Mundial protagonizada por outro tipo de líderes. Alguém que esteja genuinamente preocupado com o bem comum, que seja o exemplo da determinação, da coerência, da serenidade, da tolerância e da clarividência, fruto de uma experiência de vida sem nada a

esconder e com uma imagem pública acima de qualquer suspeita, e não o descrédito absoluto a que assistimos quotidianamente nos *mass media* consubstanciado numa total ausência daquilo a que se denomina de Sentido de Estado! Não podemos jamais continuar a fingir que não vemos ou não sentimos tudo aquilo que, embora parecendo inverosímil, está efetivamente a acontecer diariamente por esse mundo fora, de uma forma mais ou menos explícita.

Enquanto:

- aceitarmos que é "normal" os governantes alternarem incessantemente da cadeira do Poder para a da administração das grandes empresas e de entidades financeiras, integrando-as a título, ora executivo, ora consultivo, num rácio inconcebível e com ordenados que são por vezes literalmente obscenos quando comparados com o dos vulgares cidadãos a quem estes pedem insistentemente que se resignem um pouco mais e mais... Enquanto aceitarmos como "normal" que o "negócio da saúde" seja encarado como qualquer outro e aos acionistas das grandes farmacêuticas internacionais seja lícito, nas respetivas assembleias, exigir a mesma margem de lucro do que nas restantes áreas onde aplicam os seus capitais.
- os governos de todos os países do mundo (não excluindo o Vaticano) investirem o dinheiro dos contribuintes em *offshores*, tal como o fazem as empresas cuja área de negócio é de índole mais do que de obscura e duvidosa licitude, e, ainda por cima, sem qualquer controlo de alguma entidade reguladora independente, minimamente credível e transparente.
- o mundo for governado sob a pressão despótica e ignominiosa dos arautos da agiotagem internacional sem rosto ou nação, desprovidos que estão dos mais elementares preceitos de ética civilizacional, então a situação económica dos povos, de uma forma geral, ir-se-á degradando progressiva e irreversivelmente ao longo do tempo, e os cidadãos obedecerão cada vez mais ao ímpeto do primitivo instinto de sobrevivência e menos aos preceitos da solidariedade humanitária.
- os mais genuínos valores geracionais forem secundarizados perante a idolatria abjeta, e, por vezes, efémera, da meteórica notoriedade mediática a todo o custo, e esta tiver uma correspondência direta de caráter pecuniário em valores completamente desproporcionais à riqueza gerada pelas nações e distribuída pela grande maioria dos seus cidadãos, então não se poderá jamais falar de verdadeira democracia, estado de direito, ou justiça social.

- for considerado "normal" existirem produtos financeiros em que os investidores ganham subitamente avultadas quantias com a desvalorização das ações das empresas cotadas em bolsa e os responsáveis políticos e outros poderosos da nossa praça continuarem impunes perante a justiça, ao passo que a fatura dos seus caprichos e desmandos recai cada vez mais sobre o vulgar e indefeso cidadão, a quem se pedem sempre mais e mais sacrifícios sem nenhuma luz de esperança minimamente credível, a pretexto de assim se estar a tentar salvaguardar o bem comum e a parte essencial do denominado estado social, seremos então forçados a reconhecer que foram ultrapassados todos os limites da decência.

É que quem governa tem uma responsabilidade acrescida perante a comunidade. A triste história do "negócio" que o Estado Português fez com a recente implementação da legislação sobre a revisão da tabela oficial de preços das vacinas administradas nas consultas do viajante, sobre a qual em devido tempo tomei posição pública enquanto Presidente em exercício da Distrital de Setúbal da OM, perante um amplo coro estranhamente silencioso e complacente, e que só tardiamente foi alterada pelas entidades competentes, é apenas um dos exemplos acabados da irresponsabilidade cívica e da falta de ética de comportamentos que aqui tomo a iniciativa de novamente denunciar.

É, pois, meus caros colegas e concidadãos, antes de mais, a ESSÊNCIA de TUDO ISTO que está verdadeiramente em causa, de que a iníqua cifra dos 11% é "apenas" um epifenómeno "regional" e "transitório?" à escala planetária.

SETÚBAL, 2011/10/25

Revista da Ordem do Médicos em 2011, número 123



Amputação, século XVI, Hans von Gersdorff, cirurgião germânico (1455-1529), representação da intervenção cirúrgica por excelência que permitiu poupar durante séculos as vidas de traumatizados de conflitos bélicos, designadamente quando se instalava a temida gangrena

A equação dos impossíveis e a eterna atração pelo abismo

...aqueles que tornam impossível a revolução pacífica, tornam inevitável a revolução violenta...

JOHN F. KENNEDY
Ex-Presidente dos EUA, 1917-1963

...a Europa ainda não morreu, mas muitos europeus já envergam um luto antecipado...

VIRIATO SOROMENHO MARQUES
Docente universitário português, 1957- , in Visão, 2012/03/01

Alguns dos cidadãos deste país pensarão, no momento presente, que estão apenas a viver um mero pesadelo... Outros porém, numa tentativa "lógica" de se evadirem de uma realidade que lhes é demasiado penosa para ser consciencializada quotidianamente, procuram abstrair-se dela, ainda que subconscientemente, através das mais diversas estratégias, que passam, por exemplo, pela recusa sistemática em tomarem atenção àquilo que a comunicação social ou os políticos lhes vão dizendo, pela retoma obsessiva do consumo de substâncias mais ou menos (i)lícitas, pela persistência compulsiva em manter um padrão consumista que sabem intimamente ser ruinoso, ou pela procura incessante de novos (ou repetitivos) motivos de interesse que os abstraia da crua realidade (futebol, televisão, cinema, religião, etc.).

Ainda uns quantos, com uma importância numérica seguramente crescente, incapazes de se contentarem com a mediocridade de um futuro sem futuro, ou impelidos por dificuldades verdadeiramente insuportáveis no seu dia a dia, decidem corajosamente embarcar rumo ao desconhecido, deixando para traz família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho (ou de infortúnio), haveres e projetos profissionais (ou frustrações!), à procura de poderem ver os seus mais básicos e legítimos anseios correspondidos numa outra terra, por mais distante que ela seja, tal como o fizeram inúmeras gerações de seus compatriotas ao longo dos muitos séculos de existência desta nossa Nação.

Um outro grupo, contudo, apesar das crescentes dificuldades, recusa-se a desistir de dar o seu melhor contributo à Sociedade e a deixar de ter (alguma) esperança no (longínquo?) futuro (individual e/ou coletivo), estando, no entanto, fundadamente, cada vez mais descrente nos exemplos e nas capacidades das nossas elites governativas (passadas, presentes, e vindouras?).

PORQUE...

Quando já não houver dinheiro para pagar impostos nem dinheiro para tratar dos doentes, estes ideólogos do empobrecimento enriquecedor irão, finalmente, cantar vitória: estão a ver, nós não dizíamos? Agora vamos começar a crescer

MIGUEL SOUSA TAVARES
Jornalista português, 1950- , in Expresso, 2012/03/03

Não se vê falar inteiramente verdade. Por exemplo, cada vez há mais cidadãos a não cumprirem integralmente com as posologias dos medicamentos prescritos pelos seus médicos ou a adquirirem na sua farmácia apenas alguns dos que constam das respetivas receitas, porque, pura e simplesmente, não os conseguem pagar na íntegra, sob pena de deixarem por liquidar outras despesas também fundamentais (alimentação, água, luz, gás, telecomunicações, educação, prestações da casa e do carro, etc.).

De igual forma, um número cada vez maior deixa de comparecer às consultas externas (sejam elas de rotina, ou de recurso) porque, compreensivelmente, entendem que há outros compromissos mais imperiosos do que pagar o respetivo transporte ou a correspondente taxa moderadora. Idêntico fenómeno é possível de ser constatado no setor da educação, onde começam a abundar os abandonos (sobretudo entre os alunos do ensino superior), pela incapacidade económica manifesta das suas famílias poderem continuar a abarcar com as despesas inerentes (propinas, alimentação, transportes, alojamento, material didático, etc.).

Assiste-se, sistematicamente, ao eterno recurso aos mesmos subterfúgios demagógicos. A título de mero exemplo, constata-se que se continua a afirmar repetidamente que *"...os doentes nunca sairão prejudicados com a reorganização da rede de cuidados que corajosamente se está a implementar..."*. Como é que se pode sequer imaginar, por exemplo, as consequências efetivamente muito nefastas decorrentes da hipotética concentração da assistência a todos os doentes com patologia oncológica nos três Institutos de Oncologia e nos três grandes hospitais centrais universitários de Lisboa, Porto e Coimbra como chegou a ser recentemente aventado? Desconhecerão os decisores políticos que o que se gastaria em transportes, e o que se perderia em qualidade de vida para esses doentes, seria verdadeiramente incomensurável, para além do facto, nada despiciendo, que não existe, de todo, capacidade logística ou humana especializada para tal nessas instituições?

Confirma-se, a cada passo, o anúncio arrepiante da implementação de legislação completamente inexequível e desfasada da realidade. Por exemplo, decretou-se há pouco tempo que "...os hospitais só poderão adquirir medicamentos cujo custo efetivo seja suportável pelo dinheiro existente em tesouraria num prazo de 90 dias..."! A realidade, contudo, é que não só Portugal, mas pela evolução da crise vigente à escala planetária, cada vez menos países conseguirão suportar os custos da inovação tecnológica (sobretudo farmacêutica), pelo que uma de duas opções se colocará em breve, de uma forma mais ou menos generalizada: Ou deixamos de tratar os doentes conforme o temos feito nos últimos anos (o que representaria um recuo civilizacional inimaginável), ou, a dívida às multinacionais crescerá indefinidamente, até que, conforme foi anunciado recentemente, estas começam a recusar o fornecimento de mais medicamentos a crédito, e então...

Perguntar-se-á, pois, porque é que o Estado não reativou já uma central de compras para todos os hospitais públicos, permitindo assim negociar descontos de quantidade que nenhum dos hospitais isoladamente o conseguirá jamais fazer, em vez de pressionar ao limite do absurdo os Administradores Hospitalares e os Diretores de Serviço? E porque não, também, como já propus há alguns meses num artigo de semelhante teor publicado na mesma revista, uma indexação dos preços dos medicamentos ainda protegidos por patente, segundo a mesma classe farmacológica e respetiva geração? Não será que estas duas medidas (sérias e transparentes), de entre outras possíveis de imaginar e implementar, poderiam contribuir decisivamente para a ambicionada, e necessária, sustentabilidade financeira do atual sistema de saúde, em detrimento de cortes "cegos" que só têm prejudicado, de facto, tanto doentes, como profissionais, e, mesmo, as próprias instituições?

Desconhecerão os governantes que existem hospitais neste momento a recusar a inscrição de novos doentes com certas patologias e a transferir compulsivamente outros para o hospital da área de residência, cujo único pecado é afinal preferirem (no cumprimento efetivo do espírito e letra da Constituição em vigor) um determinado médico, serviço ou hospital, nuns casos por lógica questão relacionada diretamente com a confiança pessoal e/ou institucional, e, noutros, para fugir à temida discriminação social associada a determinadas doenças. Será que quererão que voltemos ao que acontecia com os leprosos na longínqua e tenebrosa Idade Média?

Ao contrário ainda do que se propala, a realidade é que cada vez é mais difícil fazer investigação clínica em Portugal. Não só porque as verbas específicas a ela diretamente destinadas são cada vez mais escassas, mas também porque a burocracia inerente ao desencadear dos respetivos processos continua a ser enorme.

Existe um número crescente de técnicos superiores altamente especializados que só sobrevivem à conta dos sucessivos projetos que vão sendo apresentados (até quando?), muito tempo para além do que seria suposto pela própria legislação e pela simples decência, após terem terminado os respetivos mestrados ou doutoramentos, mas que, para além disso, desempenham simultaneamente funções que são fulcrais à garantia do funcionamento regular de toda uma rotina estabelecida em muitos desses laboratórios, no claro benefício das populações.

Pior ainda, com a empresarização dos hospitais públicos e o seu crónico subfinanciamento, cada vez menos amostras são remetidas a certos laboratórios (INSA, CEVDI, IHMT, etc.), quando era precisamente a rotina que permitia canalizar fundos para alguns projetos de investigação e que os fez granjear um merecido reconhecimento científico generalizado. Tudo isto, contudo, enquanto algumas das análises em que eles são verdadeiramente especializados passaram a ser realizadas quase sistematicamente em laboratórios institucionais que, compreensivelmente, nunca atingirão os mesmos padrões de experiência e de qualidade.

Por último, referiria ainda o verdadeiro e inadmissível desmantelamento progressivo das Carreiras Médicas e do próprio SNS, levado metodicamente a cabo nos últimos anos, de que a premeditada formação excedentária de médicos é apenas um dos seus últimos epifenómenos, mas que em conjunto começaram já a produzir os efeitos ocultamente desejados por certas hierarquias (púbicas e privadas): O início do desemprego, a abjeta precarização contratual, a perigosa pulverização da atividade clínica por um número exagerado de postos de trabalho, a proposta de salários vexatórios (materializada em cifras que se situam abaixo daquilo que se auferia há quase uma década), a ausência de uma periódica avaliação interpares (isenta de pressões burocráticas ou políticas), etc., tal como de resto já o tinham conseguido fazer com os profissionais do setor de enfermagem.

Mas, afinal, quais serão as reais vantagens para a generalidade dos cidadãos, passar a ter que recorrer a profissionais de saúde sem a necessária experiência, física e psiquicamente extenuados, desinseridos de uma salutar hierarquia funcional, sem a realização profissional devida, e, sobretudo, legitimamente preocupados em primeira instância com a sua própria sobrevivência económica?

Os exemplos que dei são, pois, mais do que suficientes para chamar a atenção a QUEM de DIREITO para uma triste realidade que cada vez mais pesa sobre uma percentagem crescente da população, e, que, longe de promover a confiança, a compreensão e a determinação imprescindíveis para se ultrapassar num prazo razoável as inegáveis dificuldades do momento presente, quer pela sua magnitude,

quer também pela sua instalação relativamente súbita, está a provocar sentimentos precisamente opostos e contraproducentes: Descrença, intolerância e revolta.

É que convém ter sempre bem presente, sobretudo quando se tomam decisões importantes sobre a generalidade da Comunidade (em particular, os mais vulneráveis e desprotegidos), que o país já tem (oficialmente...) quase 15% de desempregados, o número dos que subsistem com contratos precários ou apenas os famosos "recibos verdes" colocam-nos na vergonhosa liderança da Europa Comunitária, a emigração aumenta progressivamente, e ao contrário da que se verificou em algumas décadas do século passado, não abrange somente os trabalhadores sem qualificações específicas, mas abarca cada vez mais, também, a nossa elite intelectual e científica, e, mesmo, um certo setor mais empreendedor do nosso patronato, mau grado ir-se infelizmente sabendo das condições de vida extremamente difíceis pelas quais muitos estão presentemente a passar por esse mundo fora.

Alguns desses nossos compatriotas têm inclusive que ocultar (envergonhadamente) as suas doenças e/ou a sua frágil condição social, e, outros, ao contrário do que é afirmado nos respetivos tratados comunitários, nem sequer têm direito efetivo ao mesmo tipo de assistência médica a que estavam habituados, ao ponto de preferirem deslocar-se algumas vezes por ano, de novo, ao país que tinham tomado a iniciativa de abandonar, suplicando emotivamente o envio da medicação necessária por correio, por intermédio de familiares, amigos ou simples conhecidos, etc...

À classe média, já foi retirado uma parte muito significativa do ordenado mensal (após quase uma década de estagnação), nalguns casos a totalidade dos subsídios de férias e de Natal (se a crise é nacional, porque é que o esforço imposto não respeita os princípios básicos da proporcionalidade e da equidade...), os estímulos à poupança são cada vez mais impercetíveis (o impacto na tributação paga anualmente pelos cidadãos e pelas famílias ao Estado, relativo às suas despesas com saúde, educação, ou com seguros complementares de reforma, vida, ou incapacidade, foi fortemente atenuado). O acesso ao crédito para a compra de habitação, deixou praticamente de ser possível, e está sujeito a taxas bancárias cada vez mais elevadas. O denominado fosso social entre os mais ricos e mais pobres não tem parado de se acentuar nos últimos anos, etc., etc., etc.

Efetivamente, somos forçados a concluir que se chegou a um ponto tal em que, por mais que o Governo aumente os impostos, o que irá recolher na respetiva coleta será, ao invés do esperado, cada vez menos, impedindo pois a vital circulação de capitais. Não sendo especialista na matéria, arriscaria a antecipar

(desejando sinceramente estar enganado!) que, este ano, pelo "andar da carruagem", a diminuição do PIB será cerca do dobro do previsto pelas autoridades (competentes?).

Quando a meio do corrente ano os nossos governantes se confrontarem eventualmente com este (dantesco) cenário, será que decidirão, como até aqui, respondendo que a solução para o problema é a aplicação da mesma receita, ou seja, de ainda mais austeridade? Não será tempo, pois, de humildemente compreenderem que a partir de certo nível o ciclo infernal do empobrecimento não se quebrará jamais com a adoção do mesmo tipo de soluções, e que o que nos esperará em tal contexto socioeconómico é a inevitável falência, em catadupa das pequenas e médias empresas (incluindo o comércio), e a celebérrima e costumeira deslocalização de algumas das multinacionais para os paraísos fiscais ainda existentes?

Nós, MÉDICOS, há centenas de anos que aprendemos com os nossos venerandos Mestres, que o "DOENTE, ALÉM DA DOENÇA, TAMBÉM PODE MORRER DA CURA"!

EM SUMA...

Viver é ser outro... cada um de nós é uma sociedade inteira

BERNARDO SOARES
Um dos heterónimos de Fernando Pessoa, poeta português, 1888-1935,
in Livro do Desassossego, 1914

Como é que neste cenário nos vêm ainda dizer, do alto da sua insuportável pose altiva e demagógica, para termos paciência, esperança, pouparmos mais, e invertermos o desastroso declínio da natalidade, para assim ajudarmos a salvar a nossa ditosa Pátria? Não estaremos, mas é a transformar paulatinamente o modelo da nossa Sociedade de hoje, não como o Europeu com que (ingenuamente?) ousámos sonhar, mas antes com o latino-americano, e quem sabe mesmo se num futuro não muito longínquo, no chinês, que sempre nos habituámos a considerar como a personificação da desumanidade?

Uma sociedade moderna e sustentável só sobrevirá se tiver uma significativa e salutar capacidade de procura interna, e não esteja cada vez mais dependente da vinda mítica de estrangeiros armados em "salvadores da nossa galinha dos ovos de ouro", o turismo, ou, ainda, na versão mais moderna, a sua variante assistencial, vocacionada para os idosos ricos dos países nórdicos nossos amigos que,

mesmo assim, têm continuado a conseguir auferir por estas paragens (até quando?) de alguns dos "privilégios" que lhes foram sendo retirados nos seus países de origem!

Por vezes, é precisamente nos momentos mais difíceis que há que ter o discernimento e a ousadia de saber fazer uma pausa e maturar bem nas ideias de uma chocante atualidade perene, de quem soube refletir como ninguém o "genuíno espírito da nossa muito saudosa alma lusitana", com reconhecida inteligência, ironia e sensibilidade*:* "...em Portugal, a emigração não é... a transbordação de uma população que sobra, mas a fuga de uma população que sofre..." (Eça de Queirós, 1845-1900), para obter a resposta certa à equação dos impossíveis e evitar o caminho irreversível para o anunciado abismo.

Quando é que chegará afinal o tempo em que os povos de todo o mundo clamem bem alto que deixou de haver lugar para agiotas no seio da nossa Sociedade, de modo a evitar a concretização daquilo que lapidarmente foi recentemente "profetizado" por um conceituado politólogo italiano: "...arriscamo-nos a ficar não apenas sem trabalho e sem pensão. Mas sem futuro. E sem presente..." (Ilvo Diamanti, cientista político e sociólogo italiano).

SETÚBAL, 2012/03/14

Revista da Ordem dos Médicos, número 128



Catar Piolhos, 1547, autor desconhecido, *in Hortus Sanitatis,* Wellcome Images. Representação de uma atividade que foi desenvolvida durante séculos (e ainda hoje...!!!), não só por questões de higiene, mas também porque se suspeitava desde há muito que os ectoparasitas, como o piolho, eram causa de doenças e até de epidemias, como se verificava nas casernas dos exércitos em tempos de conflitos bélicos, de que o temível Tifo era um eloquente exemplo

In Memoriam de um saudoso Prémio Nobel Português: Os ensinamentos da arte de bem viajar

A felicidade tem muitos tons... viajar é, provavelmente, um deles

JOSÉ SARAMAGO

Escritor português, Prémio Nobel da Literatura em 1998, 1922-2010

INTRODUÇÃO

De qualquer palavra profunda todos os homens são discípulos

VICTOR HUGO

Pensador francês, 1802-1885

Com a minha avó materna, aprendi o que é a verdadeira e genuína sabedoria popular, pois ainda hoje recordo, com muita saudade, as inúmeras conversas nas quais a escutava declamar em catadupa dezenas e dezenas de aforismos, não raramente em verso, infelizmente nunca gravados para a posteridade, a propósito de todo e qualquer assunto relevante, que a sua prodigiosa memória guardou até à data da sua morte, quase aos noventa anos de idade. Com o meu pai, fui indelevelmente marcado pelo seu imenso legado de valores, qual mais do que preciosa herança, bem como pelo gosto pela política, apesar do seu desaparecimento demasiadamente precoce, pouco para além do meio século de existência. Nunca mais poderei esquecer aquele abraço muito especial em que me transmitiu um sentimento de profunda ternura e admiração, tal como plasmei na lápide que cobre a sua sepultura. Com a minha sogra, a melhor pessoa com quem jamais privei, cuja vida foi inteiramente dedicada à família, tive a possibilidade de interiorizar a consciência que a morte pode ser a mais digna e derradeira fase de uma viagem por este mundo fora. Aos meus filhos e ao meu netinho Simão, companheiros de uma aventura voltada para um futuro desconhecido, continuadores de um legado sem preço, que aqui se pretende expressar sem subterfúgios.

UMA MERA QUESTÃO DE LIBERDADE

Se não tens liberdade interior, que outra liberdade esperas ter?

ARTURO GRAF
Poeta e escritor italiano, 1848-1913

Os artigos que escrevo com alguma frequência na revista da OM são, como já uma vez o afirmei, fruto de uma pulsão irreprimível de exprimir em voz alta o que me vai no coração e na alma acerca dos problemas da minha (nossa) vida profissional, servindo-me não raramente como mote de histórias clínicas verídicas que fazem parte do já longo espólio da minha memória.

Desta vez, a mais que precária situação política do país, muito para além da área mais estrita da saúde, motivou-me uma reflexão de índole necessariamente mais abrangente, na qual, de novo, contarei algumas das histórias (de outra índole) que tive a oportunidade de vivenciar no decurso de muitas e saborosas viagens por inúmeros destinos diferentes. Viagens em que contei, por vezes, com a companhia dos meus dois filhos, a quem sempre tentei incutir, desde tenra idade, o gosto, a curiosidade e o necessário respeito pelo conhecimento de outros povos e culturas diferentes dos nossos, na convicção inabalável de que isso seria fundamental para a sua formação cívica, ao ponto de as considerar mesmo tão ou mais importantes quanto a escolaridade obrigatória.

Escusado será dizer que para um casal (a Ana, minha esposa, é também médica) que vive quase exclusivamente do seu ordenado (a grande maioria do tempo sem qualquer atividade profissional que não apenas no serviço público estatal) isso implicou uma gestão criteriosa de prioridades no que concerne à aplicação dos proventos económicos, em que os valores da cultura e da cidadania sempre se sobrepuseram aos da ostentação absurda e desnecessária de outros sinais exteriores de riqueza, infelizmente, muito mais corriqueiros (casas, carros, indumentária, etc.) que, a terem existido, negariam na sua essência a defesa coerente desta filosofia de vida, comportando ainda o risco adicional de poderem vir a hipotecar de futuro, irresponsavelmente, a saúde financeira do agregado familiar.

No fundo, uma atitude que fica exatamente nas antípodas da que os nossos Governantes tomaram nas últimas décadas, e que, indiretamente, estimularam a que muitos outros concidadãos fizessem, quer pela ausência da mais básica preparação educacional, quer por puro e inconsequente aventureirismo, quer ainda pelo fascínio irreprimível do despoletar súbito, num primeiro tempo, da dita sociedade de consumo, e, posteriormente, da sociedade da informação virtual, onde

os verdadeiros e perenes valores civilizacionais foram vilmente secundarizados perante a mediatização inebriante do fugaz supérfluo.

Viajar é, assim, como o afirmou o nosso Prémio Nobel da Literatura, a quem aqui presto a minha sincera e sentida homenagem, não só um meio sublime de nos conhecermos melhor a nós mesmos, mas também o exemplo personificado da capacidade individual de usufruto do grau supremo da liberdade, ao ponto de, no limite, como o provou Henri Charrière no famoso livro de caráter autobiográfico intitulado *Papillon* (1969) (posteriormente adaptado com muito êxito ao cinema por Franklin Schaffner em 1973), ser passível de ser concretizada apenas com a força da mente e da imaginação, ainda que no mais desumano e longínquo dos degredos.

A CRISE (ANUNCIADA!?...)

De qualquer tipo que seja a pobreza,
ela não é a causa da imoralidade, mas o efeito

THOMAS CARLYLE
Historiador e filósofo escocês, 1795-1881

No intuito de comemorar a preceito os nossos cinquenta anos (entre a minha idade e a da Ana existem cerca de quatro meses de diferença), decidimos que, logo após uma festa memorável na qual reunimos a família e alguns amigos de infância, realizada, como apreciamos, no recato doméstico, partir para uma viagem de três semanas sem destino marcado através de um país da América Central que possuía algumas características que sempre nos tinham atraído, designadamente: Ser o único do mundo oficialmente sem exército, ter uma das maiores biodiversidades do planeta, ser bastante seguro para os turistas e ter um apoio de infraestruturas muito desenvolvido. Alugámos um jipe e após dois dias num hotel de traça colonial na interessante capital da Costa Rica (S. José), lá partimos à aventura.

Calcorreámos praias, montanhas, vales, lagos e vulcões ao sabor do improviso ditado pelo momento, embora com a preciosa ajuda de um daqueles úteis roteiros que acompanham frequentemente este tipo de viajantes, até que, ao abandonar, sem sequer pernoitar, o mais famoso dos *resorts* de praia do país (verdadeiro ícone do vulgarizado conceito de viagem de pacotilha que sempre abominámos), fomos parar, ao final de uma tarde de chuva tropical, a um pequeno e charmoso hotel, situado em cima de uma falésia com praia privativa de rocha.

Lá, a pretexto de uma consulta médica (gratuita) de ocasião a um casal de judeus americanos clientes habituais que ainda hoje não sabemos ao certo como nos supuseram médicos, por causa de um problema clínico corriqueiro, e com quem viemos a estabelecer posteriormente laços de alguma amizade, no decorrer de um agradável jantar em que saboreámos um excelente vinho espanhol (os portugueses, lamentavelmente, ainda lá não tinham chegado...), entre outros temas curiosos de conversa, lá ficámos a saber a verdadeira história da origem daquele hotel.

O dono, um alemão de quem já não me recordo o nome concreto, e com quem estive quase a embarcar numa pescaria de alto mar no seu iate privativo, como algumas vezes tinha feito com o meu pai (gorada à última da hora, por falta de outros intrépidos companheiros disponíveis), tinha aproveitado precisamente a comemoração dos seus cinquenta anos (cerca de meia dúzia de anos antes), não para fazer uma festa, como é tão usual (e como nós tínhamos organizado havia há quase duas semanas), mas para fazer um balanço da sua própria vida.

Era um gestor empresarial de assinalável êxito, remunerado a preceito, mas a sua vida, naquilo que ela tem de mais importante para qualquer ser humano verdadeiramente digno desse epíteto, tinha cada vez menos sentido para ele. Faltava-lhe precisamente o contraponto da rigidez espartana dos hábitos quotidianos na vida sensaborona do seu rotineiro dia a dia, da obsessão esmagadora pelas metas quantitativas de produção impostas pelas frias leis do mercado, da impessoalidade das relações humanas do mundo circundante, em que os quase sempre estéreis temas profissionais ocupam a quase totalidade do motivo de conversa, da voracidade com que o tempo passava sem sequer conseguir aquecer uma ponta que fosse da sua alma ou do seu coração.

Enfim, não sem alguma hesitação, lá declarou solenemente que tinha tomado uma decisão radical e inabalável que deixou a família, os amigos, os vizinhos, os colegas de trabalho e os patrões completamente atónitos. Não queria mais usufruir das "vantagens do progresso citadino de um país do primeiro mundo", dado que sentia convictamente que não se conseguia ver de todo a continuar mais tempo com naquele tipo intolerável de vida. Em função disso, a melhor solução encontrada seria seguramente partir em busca de alguma paz interior de espírito e poder, finalmente, saborear a vida na sua plenitude, como ele mesmo a entendia. E que iria com quem o quisesse acompanhar, mas acabando, finalmente, por partir tão solitário quanto determinado...

Volvidos meia dúzia de meses, decidimos visitar a nossa "filha americana", a residir, nessa altura, na cidade de S. António no Texas. A Eileen era uma simpática

adolescente americana, filha de uma ancestralidade de emigrantes da Rússia, fixados na terra do Tio Sam há já três gerações. Tinha estado na nossa casa durante um ano letivo, dois anos antes, ao abrigo de um programa internacional patrocinado por duas organizações juvenis ("Entreculturas" *e* "Cetusa"), a pretexto de querer conhecer um país, um povo e uma cultura supostamente bastante diferentes do que os seus colegas tinham procurado (Espanha, Itália, França, Grécia, etc.). Tinha sido também através deste mesmo programa de intercâmbio que os nossos dois filhos passaram um ano letivo nos EUA, em casa de um casal a quem denominam carinhosamente de "os seus pais americanos".

À ida, pernoitámos uma noite numa pequena cidade do estado de New Jersey, de visita aos nossos amigos Cohen que tínhamos conhecido havia pouco tempo, o que deu para outro memorável jantar (onde foi possível, finalmente, beber um genuíno vinho português que estava acondicionado a preceito numa cave feita com todo o esmero e competência por um operário luso empregado dos nossos anfitriões). A interessante conversa versou sobre diversos assuntos, mas acabou por tocar novamente na insólita história do alemão dono do hotel na Costa Rica, e da sua "estranha" opção de vida...

O pai da Eileen, Shawn Daly, é um muito comunicativo economista de mérito, nessa época professor de *marketing* na Universidade do Texas, para onde se tinha transferido de uma Universidade do estado de Ohio cerca de dois anos antes. Já tinha estado previamente na nossa casa, durante cerca de uma semana, de visita à sua filhota e voltou com a sua família toda, dois anos mais tarde, para um período de duas semanas de férias.

Numa certa noite, depois de um jantar em família, fomos visitar os jardins do *campus universitário* ao abrigo de uma agradável temperatura outonal. Durante a curiosa conversa que tivemos, na qual me deu então uma noção mais aprofundada da índole da sua atividade universitária, acabou por me fornecer ainda alguns conselhos acerca da nossa pretensão em fazer umas compras no dia seguinte num daqueles gigantescos *outlets* que existem nos subúrbios citadinos por todo o país, bem como sobre a viagem que iríamos fazer. Volvidas vinte e quatro horas, iríamos de facto estar já a caminho da "capital mundial do Jazz" (New Orleans), onde tínhamos intenção de permanecer uma semana.

Disse-nos que o dia escolhido para as nossas compras era o ideal, uma vez que no dia a seguir comemorava-se um feriado nacional normalmente dedicado por todos os cidadãos americanos à realização das suas compras principais de cada ano, hábito que se estende a todos os estados dos EUA, e, por consequência, os clientes ir-se-iam amontoar aos milhares, em filas intermináveis, à porta de

todo o tipo de lojas possíveis de imaginar, logo desde madrugada. Tentou fazer-me entender a importância para a economia (nacional e, mesmo, mundial) desse imenso movimento de capitais e que os especialistas estavam particularmente expectantes nesse ano, uma vez que o consideravam um verdadeiro barómetro da saúde financeira universal! Acrescentou ainda, perante a minha estupefação, que quando voltasse da minha viagem na semana seguinte me daria conta do respetivo resultado. Terminou, afirmando com imensa convicção que, se o negócio fosse como se temia, em acentuado decrescendo, isso iria significar que uma crise económica muito séria estaria iminente.

Lá passei uma das semanas de férias mais inesquecíveis que jamais usufruí tendo comemorado os vinte e seis anos de casamento a bordo de um barco com uma orquestra privativa de jazz, que me fez recuar ao tempo dos romances de *Mark Twain* com que me tinha deliciado na minha adolescência. Ficámos alojados num muito confortável e pequeno hotel estilo colonial no bairro francês, e estacionámos o carro num espaço onde tinha existido um mosteiro centenário, do tempo da colonização dos súbditos do general Napoleão Bonaparte, cujas freiras se dedicavam à música polifónica barroca, conforme pude posteriormente apreciar num excelente registo fonográfico, gravado em CD, com músicas do compositor francófono *Henry Desmarest*, que tive a oportunidade de comprar num pequeno museu da cidade.

Quanto à viatura, só a voltámos a ver para fazermos a viagem de volta, que durou cerca de nove horas, com tempo apenas para uma curta paragem para almoçar num daqueles restaurantes típicos que existem nas imediações de todas as autoestradas do país e para abastecer de combustível. Lá, pude então apreciar a notável recuperação que os americanos conseguiram efetuar da cidade e dos seus subúrbios, após a enorme destruição provocada, apenas dois anos antes, pelo devastador furacão *Katrina*.

Foi um fartar de música, de museus e de saborosa gastronomia que jamais esquecerei, com tempo ainda para fazer jus a um ritual que considero imprescindível, que consiste numa magnífica sesta todas as tardes a seguir ao almoço, no aconchego do confortável quarto do hotel, na tentativa de me preparar para mais uma madrugada muito desgastante em termos da quantidade de atividades programadas. Esta é, sem sombra de dúvida, uma daquelas cidades onde, se for possível, hei de certamente voltar com agrado.

Ao chegar de novo a casa da Eileen na véspera do *thanksgiving,* no final de mais um jantar de família, lá surgiu de novo a conversa do dito "dia nacional das

compras". Segundo o meu entendido e visionário anfitrião, o negócio não tinha sido tão mau como se tinha inicialmente temido, mas também tinha ficado aquém dos níveis de consumo necessários e desejáveis para servir de estímulo à economia. Profetizou então, em tom algo preocupado, ainda que sereno: O "doente não vai morrer desta pneumonia", mas vai certamente apanhar uma "valente gripe" de consequências imprevisíveis, e que seguramente se irá estender, de seguida, pelo menos, a todo o mundo dito ocidental!

Foi, então, a propósito, que me lembrei de uma história que lhe contei de seguida, e que tinha ocorrido em agosto de 2001, três semanas antes do celebérrimo e triste 11 de setembro desse ano de má memória.

A nossa filha Joana tinha passado praticamente todo o ano a preparar a sua ida para estudar nos EUA, afirmando insistentemente que pretendia ir para a casa de uma família que vivesse no meio do deserto do Colorado. Nem mais, nem menos (na realidade, após várias vicissitudes, acabou por ir bem mais para norte, para a zona dos Grandes Lagos, no estado de Michigan). Como não a conseguíssemos demover desse exótico capricho, dissemos-lhe que iríamos fazer as férias desse ano num país com deserto, para que ela se pudesse aclimatizar convenientemente.

Foi escolhida a Tunísia, dado que eu era a única pessoa lá de casa que nunca tinha ido ao Norte de África, mas também pelo fascínio longamente acalentado pela civilização árabe, bem como, *a priori*, por ser um país seguro e com boas infraestruturas turísticas. Decidimos então por um período de duas semanas, uma em digressão pelo deserto, e a segunda na Ilha de Djerba, em pleno mar Mediterrâneo, para podermos finalmente descansar, em condições, na magnífica praia.

As férias foram excelentes e permitiram inclusive o conhecimento de uma família de quatro brasileiros muito simpáticos, que viríamos alguns anos mais tarde a reencontrar em S. Paulo num muito agradável jantar, onde revivemos algumas fotografias, e lá conseguimos pôr a conversa em dia.

Na véspera da partida, fomos dar uma volta à cidade capital da ilha, *Houmt Souk*, aproveitando para fazer as últimas compras. À ida, o taxista acabou por nos deixar à porta de uma típica loja de artesanato (onde ficámos a suspeitar que este teria comissão sobre as respetivas vendas), e na qual, logicamente, tudo teve que ser bem regateado (como é da *praxe* naquela cultura, segundo a qual a recusa em entrar nesse jogo infernal de avaliação e reavaliação da mercadoria é sentido como desrespeitosa). Feitas as compras e terminado o passeio pelo centro histórico da cidade, era tempo de apanhar de novo um outro táxi que nos trouxesse de volta ao hotel, a tempo do almoço e da sesta que obrigatoriamente se lhe iria seguir.

Desta vez, o condutor falava bastante melhor o francês e mostrou-se muito mais conversador e de mente aberta do que o anterior. Ao olhar para ambos os lados, contemplando as filas intermináveis de sucessivos hotéis de um lado e outro da estrada, e ao fazer um rápido exercício de memória acerca do balanço de mais uma viagem, lembrei-me, súbita e espontaneamente, de perguntar àquele simpático homem: "Suponha que, um destes dias, algo de muito grave ocorre no mundo, do ponto de vista geopolítico, e que, por via disso, e basicamente por estar em causa a segurança das pessoas, designadamente dos turistas, como consequência, estes deixam de vir para aqui. De que é que vocês iriam viver então"?

Ele entreolhou-me de soslaio, como se se interrogasse interiormente de onde viria afinal aquela ideia meio amalucada que ele jamais ouvira ou sequer imaginara, mas recompôs-se de imediato, ripostando-me com a mesma espontaneidade e rapidez: "Olhe meu amigo, com todo o respeito pela sua esposa e filha, acho que o negócio iria de ter que rolar na mesma. Se não fosse com 'turistas normais', como o senhor e a sua família, seria com 'outro tipo de turistas'. Nem que os hotéis se transformassem todos em c... de p... (prostíbulos!). O que nós necessitamos, a bem dizer, é mesmo de dinheiro para sustentar a família e pagar as despesas do dia a dia. Há alturas da nossa vida em que não importa a sua proveniência, o que interessa, é que ele vá mesmo vindo!"

Na realidade, passado algum tempo, a sinagoga da ilha, situada numa aldeia no seu interior, uma das mais antigas do mundo, onde toda a gente vivia em paz, sendo indistinguíveis os muçulmanos e os judeus ali residentes há mais de um milénio, foi parcialmente destruída por uma explosão desencadeada por um grupo islâmico extremista, matando alguns turistas alemães ali presentes! E nós que a havíamos visitado também antes...

Vem, pois, a propósito, contar uma outra história, passada três anos volvidos, quando era a vez do nosso filho João se estar a preparar para ser ele a ir para os EUA estudar por um ano e onde iria ficar na aprazível casa da Kathy e do Tom Drooger, (descendentes de emigrantes holandeses, já também na terceira geração), o mesmo casal onde a Joana tinha estado e do qual nos tornámos, logicamente, muito amigos, ao ponto de ter já havido diversas viagens de mútua visita, mais frequentes, contudo, da nossa parte.

Ao preparar as férias desse ano e no cumprimento de um gosto especial pela História dos Descobrimentos, que já nos levou aos cinco cantos do mundo para conhecer o enorme legado do património luso, decidimos ir à Índia, visitar Diu, Damão, Dadra, Nagar Aveli, Goa e Bombaim. Consciente do mais que certo impacto que iríamos vivenciar, sobretudo pela mais do que suposta magnitude esmaga-

dora da miséria e da falta de higiene, lá fui procurando fazer alguma pedagogia ao longo de diversas semanas, indo ao ponto de inventar que não existiam hotéis com categoria superior a duas estrelas, o que, estranhamente, todos acreditaram.

Avisei-os, inclusive, que o que iriam ver seria com certeza muito mais marcante do que o que tínhamos presenciado no Haiti, país mais pobre do mundo na altura em que estivemos lá de férias, uns anos antes, acompanhados pelo irmão de um amigo e colega nosso, recentemente casado (e respetiva esposa), que era, à época, destacado membro da representação diplomática da CEE.

Nada demoveu a minha esposa e filhos, ao ponto de a Joana ter alterado a programação das suas primeiras férias a sós com o recente namorado, e ter optado, quase em cima da hora, por ir também connosco. A atração irreprimível pelo mítico exotismo oriental tornou-se bem mais forte que tudo o resto!

É claro que parte do que tinha dito não era verdade, e foi possível ficar hospedado, em Goa e Bombaim em excelentes hotéis de categoria internacional, embora nos restantes sítios só a simpatia inegável dos locais e o impressionante património arquitetónico edificado, conseguiu esbater a frustração inerente à desorganização e às parcas condições de higiene, ao ponto de, em Damão, termos tido os quartos guardados por polícia à porta durante os três dias da estada, por ordem expressa do gerente do hotel, para evitar a repetição de um rocambolesco episódio em que um dos funcionários foi surpreendido pela Ana a espreitar pelo buraco da fechadura para ver a Joana despir-se em frente ao espelho do seu quarto.

Tal como previra, a miséria dos milhões de cidadãos que vivem em condições infra-humanas era absolutamente aterradora, ao ponto de termos presenciado, por diversas vezes, a disputa da sua parca ração alimentar do dia com os mais díspares animais domésticos que vagueavam sem destino certo por cima de inúmeras estrumeiras cobertas de lama, e da altura de prédios, situadas na periferia das cidades, situação que todos os cidadãos aceitam pacificamente sem sequer pestanejar, no cumprimento de uma interiorização secular de cariz cultural e místico, segundo a qual a sua condição social não pode ser jamais questionada ou alterada, sendo transmitida de geração para geração através de um desígnio intemporal, qual bênção dos deuses que tanto veneram.

A impressão da Ana ficou para a posteridade gravada na minha memória: Dizia ela, profundamente angustiada, que quando se ia deitar e adormecia, só conseguia sonhar com pesadelos, que tinham como pano de fundo os quadros dantescos de Hieronymus Bosch. Foi assim durante três semanas a fio, noite atrás de noite. Declarou, pois, com toda a convicção: "Índia, nunca mais", sentença reconfirmada pelos nossos dois filhos com o mesmo interiorizado e sincero sentimento.

Lembro-me, no último dia, antes de jantar, ter ido visitar os meus filhos ao quarto do hotel em Bombaim, situado no alto de um luxuoso edifício de dezenas de andares nas imediações do respetivo aeroporto internacional, para finalmente ter uma derradeira "conversa de homem para homem" com o João, dado que ele tinha optado por viajar diretamente para os EUA, sem sequer fazer escala em Portugal. Entrei no seu quarto e abeirei-me, espontaneamente, da janela. O "espetáculo" da imensidão das barracas circundantes, vista ao lusco-fusco do pôr do sol lá do alto, não poderia ter sido mais impressionante: O contraste abjeto, ali mesmo aos meus pés, entre os "ricos" e os "miseráveis" da sociedade não necessitava de mais palavras para se expressar na sua mais crua plenitude. Falou por si mesmo. Corri então a cortina para ocultar o intolerável, e lá conversei serenamente com o João.

Ao chegar ao nosso quarto, declarei à Ana: Acabei de chegar agora mesmo à incómoda conclusão que não educámos os nossos filhos como o deveríamos ter feito. Não os preparámos para o mundo que aí vem. É um tempo em que cada vez irá haver mais cidadãos por esse mundo fora a "pensar com o estômago", e a fome nunca foi ou será boa conselheira. Os nossos filhos deixarão de viajar connosco para o estrangeiro a partir de hoje. Só o voltarão a fazer quando (e se...) tiverem autonomia financeira própria para tal. Têm que saber o que a vida realmente custa. Perante aquilo que poderemos observar através desta janela cuja cortina acabei de correr, para não ficarmos mais impressionados, é absolutamente imoral alguém vir a queixar-se das condições dos modestos hotéis de três estrelas!

Em suma, um mundo cada vez mais canibalizado pela desumanização crescente, uma crise económica à escala mundial que teve origem na hedionda especulação financeira e na impossibilidade de promover uma distribuição decente da riqueza pelos povos das diversas nações do planeta, se estas estiverem maioritariamente dependentes da mirífica vinda de endinheirados turistas estrangeiros e sem uma saudável capacidade de procura interna.

Muitas viagens, algumas histórias, mas apenas uma mesma conclusão: Enquanto o mundo for governado pelos ditames profundamente egoístas dos inúmeros e abjetos agiotas sem identidade ou pátria certa, nunca a humanidade poderá propiciar a cada um dos seus cidadãos uma existência com o mínimo de dignidade. Para além de uma inegável crise de cariz económico-financeiro à escala mundial, o que subjaz é, na sua essência, uma crise de identidade e de valores que importa ter sempre presente, e que enquanto não for resolvida, jamais poderá haver paz ou felicidade sobre a Terra.

São exemplo ilustrativo disso os produtos financeiros em que os investidores ganham dinheiro com a desvalorização das ações da bolsa de valores, os juros negativos que se cobram nos empréstimos bancários aos países mais ricos, enquanto aos mais carenciados é ultrapassada largamente a capacidade de honrar a sua liquidação no prazo de muitas gerações, etc.

Esta é precisamente a mensagem de três grandes filmes que dão pelo nome de *Wall Street I e II* (Oliver Stone, 1987 e 2010) e *Feios Porcos e Maus* (Ettore Scola, 1976), que todos os políticos e demais cidadãos deveriam ver, para meditar bem nas suas portentosas mensagens.

Num jantar que recentemente ocorreu, promovido pela Liga dos Amigos do Hospital de S. Bernardo em Setúbal, para comemorar os seus 25 anos, e no qual tive a oportunidade de poder participar, foi-me dado o privilégio de partilhar a mesa de honra com o Bispo resignatário de Setúbal, D. Manuel Martins, cognominado com muita honra, como ele próprio fez questão de referir na sua breve alocução, de "Bispo Vermelho". Da conversa muito agradável que tivemos durante o repasto, assumiu-se como um verdadeiro discípulo do não menos venerando ex-Bispo do Porto, D. António Ferreira Gomes, do qual recordou uma das suas célebres máximas: "Perante os Homens, sempre de pé!" Parafraseando, pois, "Perante os agiotas, sempre de frente!"

Para compreender o caráter cíclico das crises, nada melhor do que repescar alguns textos de antanho que continuam a exibir uma impressionante atualidade, de que o seguinte excerto é um dos seus exemplos mais eloquentes, na altura magistralmente representado pictoricamente pela pena do genial Rafael Bordalo Pinheiro: "...esta situação é terrível e tanto mais que ela exige para não se agravar, de sacrifícios com que o país não pode e que de mais não deve fazer..." (in Jornal *a Lanterna*, 1870). Convém, pois, não esquecer que um empréstimo internacionalmente contraído pelo nosso país nessa altura só há cerca de dois anos foi liquidado!

E quanto àquele que contraímos no ano passado, como será? A asfixia inexorável a que a classe média está a ser votada e a liquidação progressiva do dito Estado Social, segundo os ditames da cartilha dos "Srs. donos do mundo", só trarão infelicidade e desespero, nunca compreensão e tranquilidade! É que o fosso, entre ricos e pobres não tem parado de aumentar, pelo que os nossos governantes nunca deveriam falar que promovem este tipo de políticas em nome da Justiça Social, porque, na realidade, o que dá a sensação é que, ao invés, verdadeiramente a abominam de todo.

A GAVETA SEM FUNDO DA SECRETÁRIA DO SR. MINISTRO DA SAÚDE

Um homem não é infeliz porque tem ambições, mas porque elas o devoram

MONTESQUIEU
Filósofo francês, 1689-1755

O Ministério da Saúde tem-se desdobrado em inúmeras iniciativas, encomendando às mais diversas entidades vários estudos em catadupa, sem que se percecione, afinal, como é que realmente estes o influenciam nas suas decisões, dado que parece não existir um verdadeiro fio condutor com o mínimo de coerência no seu substrato, ao ponto de se suspeitar que só têm servido, afinal, para entreter a opinião pública, já que têm sido invariavelmente como que colocados numa gaveta sem fundo de uma qualquer secretária de um dos seus gabinetes. Ainda por cima, ficando-se com a sensação nítida de que existe subjacente uma certa estratégia oculta definida de modo preconcebido, quiçá, a da destruição, por falta de condições sérias de viabilização, do próprio SNS.

Foi assim com o inventário dos recursos médicos dos hospitais públicos, com a carta de especialidades hospitalares, com a rede de urgências hospitalares, com o estudo das acessibilidades aos cuidados diferenciados hospitalares, ou, mais recentemente, com o polémico parecer da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV).

Frequentemente, como os pressupostos dessas ditas encomendas têm sido mal estabelecidos, fica condicionada, à partida, como é óbvio, a qualidade do seu resultado final. Assim aconteceu com o documento da Rede Hospitalar, em que ninguém compreende porque é que se definiu que seria apenas para seis especialidades (e não para todas, como seria logicamente obrigatório), ainda por cima, quando nenhum significativo denominador comum existe entre elas. Voltou a ser assim de novo, aquando do parecer já referido, da autoria da CNECV.

Se, no primeiro caso, ao ter aceitado integrar o grupo de peritos a convite da ERS, só no fim me apercebi, estupefato, que o documento era apenas para um universo reduzido de especialidades, no segundo tomei contacto com a sua realidade quando tive de preparar uma intervenção na véspera de uma reunião médica, na qual a direção da APECS, por votação quase unânime dos seus associados ali presentes, decidiu remeter para os responsáveis políticos do setor, um documento com um conjunto importante de alertas que têm a ver com o facto dos médicos especialistas constatarem que existem crescentes dificuldades de diversa

índole que obstam ao adequado e exigente acompanhamento clínico dos doentes infetados por VIH no nosso país.

No último exemplo, penso que o mais gravoso não é propriamente o que vem explícito no documento, mas antes o que nele está omisso. Explicando melhor. Porque é que a Comissão aceitou pronunciar-se sobre o caso concreto de três conjuntos muito diversos de doenças? Se a escolha foi determinada pela dimensão previsível do respetivo impacto económico, porque se deixou de parte a hepatite C, que é, sem sombra de dúvida, aquela onde se perspetiva, a curto e médio prazos, haver um aumento vertiginoso dos gastos, tanto mais que se calcula que existam mais do que o quádruplo de infetados no nosso país relativamente ao que se verifica com o VIH (respetivamente, cerca de 35.000 e 150.000)?

Ainda por cima, quando se sabe que, ao contrário daquela primeira patologia, tanto a SIDA, quanto a maioria das doenças oncológicas e a artrite reumatoide não são curáveis através das terapêuticas em utilização corrente, ou, sequer, pelas que estão em adiantado estado de investigação!

Porque é que, ao invés, a referida Comissão não se pronunciou apenas e somente, como teria sido amplamente preferível e adequado, sobre a questão candente da inovação terapêutica em si mesma, deixando de lado a sua particularização por patologias para os gestores da saúde, para os médicos, e para as associações de doentes? Não seria esse o verdadeiro âmago da questão sob a perspetiva da ética e da deontologia, sabendo-se previamente que é este, precisamente, o seu âmbito de intervenção?

Não será deveras inquietante, como alguém supostamente responsável chegou recentemente a propor que, para resolver a alegada falta de sustentabilidade no que concerne ao financiamento do setor da saúde, a verdadeira solução estaria na suspensão, pura e simples, da investigação científica? Porque não, ao invés, decidir-se que, o que deveria antes ser considerado verdadeira e definitivamente imoral é os investidores e os acionistas das grandes companhias farmacêuticas multinacionais privadas obterem retornos financeiros idênticos aos que retiram nos restantes ramos de atividade? Não seria essa uma medida muito mais consentânea com os dignos preceitos da ética civilizacional?

Como explicar, então, a um doente que tem uma doença grave (ou também à sua família, se ela for de caráter heredofamiliar), mas para a qual existe, contudo, um tratamento adequado segundo as normas científicas consensualizadas internacionalmente, cujo medicamento tem, inclusive, autorização de comercialização no país, mas cujo preço é verdadeiramente incomportável pela maioria esmagadora dos cidadãos, que afinal não pode ter acesso a ele, mesmo que a sua

vida esteja em perigo a prazo, ou o seu sofrimento, físico e/ou psicológico, seja atroz, quando a Constituição lhe concede esse mesmo direito, independentemente das suas próprias capacidades económicas?

Este é o verdadeiro âmago do debate que se impõe urgentemente fazer, a que os doentes, os políticos, os gestores, a indústria farmacêutica, os profissionais de saúde, a OM, e a sociedade em geral não se poderão jamais furtar: Como tornar aquilo possível ao comum dos cidadãos, e de uma forma generalizada!

Certamente que esse debate, sereno, empenhado e imprescindível, não se poderá conceber se algum dos seus interlocutores não souber diferenciar o que distingue, por exemplo, o perfil de prescrição dos citostáticos dos antimicrobianos, ou não tiver uma atitude crítica fundamentada acerca dos diversos padrões que servem para avaliar a custo-efetividade, por exemplo, da doença oncológica, da infeção VIH/SIDA, da hepatite crónica C, das doenças degenerativas do SNC, das doenças autoimunes, das doenças genéticas hereditárias, etc.

Esta questão de princípio faz-me trazer aqui o texto de uma determinação de um CA de um certo hospital, ao qual tive recentemente acesso, segundo o qual o Serviço da especialidade em questão estava autorizado a prescrever toda e qualquer inovação terapêutica, desde que, obviamente, bem suportada pela evidência científica disponível, mas com a condição de não provocar um aumento da despesa. Soube que, mais tarde, o assunto foi finalmente discutido com a necessária seriedade e profundidade entre os intervenientes institucionais, no sentido de se encontrar uma solução mais consentânea para o candente problema em questão, tal como deveria ter sido feito logo de início, de preferência por via do respetivo departamento competente do Ministério da Tutela, e não ao sabor das idiossincrasias de cada hospital.

Foi, então, que me recordei de uma excelente anedota digna do mais fino humor negro, mas deveras ilustrativa deste verdadeiro absurdo, que ouvi contar com muita piada ao saudoso Raul Solnado na nossa adolescência, e que tinha como protagonista um estadista de má memória.

Salazar ia no seu carro de serviço, acompanhado do motorista e da inseparável governanta D. Maria, quando, à saída de mais um enfadonho dia de trabalho solitário no seu gabinete, ao olhar inadvertidamente através do vidro da janela da viatura, teve a insólita visão de um cidadão sentado a comer relva num determinado parque da cidade. Deu imediatamente ordens ao motorista para parar junto do pobre homem, abriu o vidro da porta e perguntou-lhe, meio atónito, porque é que estava a fazer aquilo e se não sabia que tal inusitado comportamento poderia a vir a ser objeto de uma irrepreensível sanção policial.

Não teve que esperar muito, apenas o tempo do sujeito engolir o bocado de relva que ainda tinha na boca, para ouvir de viva voz o impressionante rol de infortúnios daquele paupérrimo cidadão e da sua numerosa família. Na realidade, o seu parco salário não dava sequer para comprar comida para todos, pelo que ele tinha decidido, havia algum tempo, para assim contribuir para a sobrevivência dos restantes elementos do respetivo agregado familiar, passar a alimentar-se como um verdadeiro "ruminante", alternando o local do repasto diário, pelos diversos parques existentes na imediação do bairro onde habitava numa pequena casa muito modesta, deixada em herança pelo seu avô paterno.

O ditador, enojado com tal inverosímil cenário, teve então a iniciativa de solicitar que lhe fizessem chegar de imediato um cartão de visita pessoal, onde escrevinhou apressadamente uns gatafunhos, e que lhe entregou de seguida, esclarecendo-o que está ali lavrada a sentença que permitiria resolver definitivamente todos os seus problemas. O homem agradeceu muito, e lá ficou embasbacado a ver o carro a dirigir-se de súbito para a residência oficial de sua excelência o Sr. Presidente do Governo da sua tão amada Pátria.

Quando Salazar entrou, passados uns instantes, já nos seus aposentos privativos, D. Maria perguntou-lhe então, cheia de curiosidade, o que havia sido escrito de tão especial e magnânimo no dito cartão de visitas. Salazar, com um ar seráfico e a mais solene das entoações, disse-lhe: "Autorizei-o oficialmente a poder comer relva em todos os parques públicos do país. Só terá que ter o cuidado de o não perder, para evitar ter problemas de futuro com a polícia do Estado, porque oportunidades como esta não são de todo para desperdiçar".

Em estilo de comentário final, porque é que os membros do atual governo não deixam de se exprimir através de sarcásticos eufemismos, e porque é que, neste contexto concreto, não se atribui um financiamento específico para cada inegável e objetiva inovação terapêutica, de acordo com as reais necessidades dos doentes?

A FALTA DE BOM SENSO DO SR. MINISTRO MOR

O homem poderoso que junta a eloquência à audácia torna-se um cidadão perigoso quando lhe falta o bom senso

EURÍPIDES
Poeta grego, 480-406 a.C.

Há uns quantos anos, estava a passar férias com um conjunto numeroso de amigos numa praia recôndita do nordeste brasileiro, quando decidimos que era melhor, ao fim de duas semanas de descanso efetivo, volver à agitação da civilização citadina, com dois propósitos fundamentais: Visitar aquela que, nessa altura, era considerada a discoteca mais famosa do mundo (o Pirata), gerida por um compatriota luso, e assistir ao carnaval de inverno, que em Fortaleza tomou o nome de "Fortal", e que, para além do estado do Ceará, virou, desde há uns anos a esta parte, uma moda de dimensão nacional, comemorando-se contudo, em alturas diferentes do ano, conforme as cidades e/ou os estados em questão.

Na véspera da partida, à saída do hotel, apanhámos um táxi a caminho do restaurante onde nos iríamos reunir para um derradeiro jantar de despedida. O taxista, meio atrevidote, começou de imediato por encetar diálogo, perguntando-nos se éramos portugueses, ao que respondemos prontamente que sim. Acrescentou que estava muito habituado a contactar com as nossas gentes e que reconhecia de imediato a nossa pronúncia, dado que lhe soava muito idêntica à das populações dos estados do Sul do Brasil, o que, na sua ótica, tal se ficaria a dever, sem dúvida, a questões relacionadas com a proximidade geográfica.

Aí, completamente estupefato, questionei-o se não teria entendido bem, dado que o que tinha acabado de ouvir afirmar me levaria a concluir que, segundo a sua abstrusa teoria, Portugal ficaria localizado no sul do continente americano. O taxista, um pouco exaltado, retorquiu-me de imediato se eu o estava a considerar ignorante, ao que eu repostei, com a mesma rapidez, se ele não sabia que naquele ano se estava a comemorar o V centenário da chegada da armada do navegador Pedro Álvares Cabral ao Brasil.

Esclareceu-me que era um homem instruído, tinha os filhos a frequentar a universidade e que estava ali para fazer o seu trabalho com a máxima competência e honestidade, procurando ser sempre simpático para com os seus clientes, mas nunca para ouvir desaforos de um qualquer turista de meia tigela.

Tentei fazer-lhe ver então, numa derradeira tentativa de o puxar para a realidade, que o facto da fala das pessoas do estado do Rio Grande do Sul ser muito influenciada pela pronúncia dos portugueses, se ficaria a dever à presença de uma

importante comunidade emigrante oriunda do arquipélago dos Açores e que se ele conseguisse imaginar uma viagem de barco em linha reta através do oceano atlântico ali mesmo ao nosso lado, que iria dar ao continente africano, e que a Europa, onde se situava verdadeiramente Portugal, ficava um pouco mais para norte. E, lá terminei, acrescentando que esse mesmo caminho, em sentido inverso, tinha sido precisamente percorrido havia cinco séculos pelos nossos navegadores, aquando da primeira chegada oficial dos ocidentais a Terras de Vera Cruz.

Foi aí que o diálogo terminou, quase à chegada ao restaurante, não sem ter ainda ouvido a sua derradeira e absurda sentença. O Sr. pensará decerto que eu nunca estudei nada e que sou um burro que para aqui anda, e que só você é que é um doutor, mas eu ainda hoje me lembro muito bem do que a minha professora da instrução primária me ensinou: "O mar não tem fim. Diga-me lá sinceramente: Está a ver alguma coisa no horizonte visual à sua frente, para além desta imensa massa de água?" Mais explicações para quê...

Volvido um bom par de anos, quando decidi trocar pela última vez de carro, dado que o IVA iria aumentar de 19 para 21%, e o outro veículo que tinha ameaçava começar a dar despesas em demasia com a sua manutenção, tive a oportunidade de ter conhecido um empolgado e curioso vendedor. Quando me veio entregar a viatura à minha residência quase no final de dezembro de 2010, pediu-me muita desculpa pelo facto da explicação que me iria ministrar ter de ser muito básica, pois tinha ainda muitos outros clientes para visitar nesse dia. Despediu-se, de forma algo precipitada, volvidos escassos minutos, dizendo que esse tinha sido o seu melhor ano de sempre em vendas, ao que lhe retorqui que fizesse muito bom proveito, porque, estava certo, seria o último bom ano de negócios a partir daí em diante, e, por um período, possivelmente, de algumas décadas. "Acha mesmo?", interrogou-me ele, à saída, com notória ingenuidade, e ainda meio incrédulo.

Muitas pessoas acham que o atual Ministro das Finanças é uma pessoa muito calma e ponderada. Tenho uma opinião completamente diversa. Quando o ouço falar, só me inspira a máxima sensação de insegurança. Parece estar a medir todas as palavras que pronuncia, numa cadência sistematicamente entrecortada e desprovida da necessária fluidez de pensamento ou da mais pequena dose de convicção. Competente? Porque é que já teve que apresentar no decurso do corrente ano três orçamentos retificativos, e uma das razões invocadas para explicar os enormes desvios aquando do primeiro daqueles foi precisamente a absurda sobrestimação das receitas do IA? Mas alguém com os pés bem assentes na terra e com verdadeira experiência de vida iria sequer atrever-se a prever que os carros se continuassem a vender a um ritmo semelhante?

O Sr. Ministro parece-se, pois, muito mais, isso sim, quer com o taxista de Fortaleza, quer com o vendedor de automóveis. Aprendeu, e, quiçá, ensinará na Faculdade, uma teoria que só está provada no papel, e mal, mas que não resiste minimamente à prova do bom senso e da realidade dos factos. É, pois, um autêntico embuste!

Gostaria então que me (nos) explicassem porque é que se argumenta a cada passo que a Grécia está como está porque só aplicou a "receita" da famigerada *Troika* muito aquém do previsto, quando se sabe que o atual governo Português a aplicou, ao invés, numa dimensão bastante superior, não se podendo queixar ainda da falta de paz social e o resultado final é, em tudo, semelhante, apenas com um desfasamento de cerca de um ano?

Em linguagem médica, qualquer clínico minimamente competente, inteligente e experiente, suspeitaria de imediato que o que está incorreto é o diagnóstico da doença, e que, por consequência, a terapêutica não poderá jamais dar bons resultados, arriscando-se, pois, o "médico a matar o doente com a cura", como soe dizer-se!

A continuarmos assim, caminharemos inexoravelmente para a miserabilização irreversível do país, dando a sensação que os atuais governantes só nos querem vivos e saudáveis, enquanto conseguirmos trabalhar como quase escravos até aos setenta anos, passando depois à condição de reformados indigentes, morrendo de preferência, não muito tempo depois e de forma súbita, para não se gastarem muitos recursos em internamentos prolongados nos hospitais, ou nos lares suportados pela segurança social.

Será mesmo este o modelo de sociedade onde valerá a pena viver e fazer crescer os nossos filhos e netos? Não foi esta precisamente a pungente mensagem deixada no outro dia por um jovem enfermeiro num grito de alerta dirigido aos atuais governantes portugueses e que tanto e justo impacto teve na opinião pública nacional?

A HISTÓRIA DE UM ABRAÇO DO TAMANHO DE UMA NAÇÃO INTEIRA E DE UM FILME INESQUECÍVEL COM UMA MENSAGEM BRUTAL QUE NOS INTERPELA A CONSCIÊNCIA

Tudo se quebra, se fende, se esboroa: a confiança nos nossos líderes, a esperança no futuro, a fé numa qualquer solução para a crise

JOSÉ GIL
Filósofo português, 1939- , in Visão 2012/10/25

A geração a que pertenço é denominada, com toda a propriedade, de "geração charneira". Viveu uma vida com cerca de trinta anos de descontos para a segurança social, tem que dar apoio à geração dos mais novos até pelo menos aos trinta anos, tem que fazer o mesmo, em simultâneo, à geração dos mais velhos, alguns mais do que octogenários e frequentemente dependentes, já (quase) não tem idade para emigrar, vai ter que trabalhar pelo menos até aos setenta anos e vai ficar com uma reforma que será seguramente bastante inferior à do salário que usufrui presentemente (do qual foi recentemente subtraído cerca de um décimo por via administrativa), à qual irá ter ainda de descontar um IRS correspondente a quase metade do remanescente, para além de ter que se conformar com a sucessiva perda de poder de compra nos próximos dez a vinte anos, a par de ter que pagar diretamente uma fatia crescente dos cuidados de saúde porque alguém "iluminado" decretou, neste paupérrimo país, que se é rico com um ordenado superior a pouco mais de 2.000 euros mensais...

Que grande e merecida recompensa, para uma vida inteira dedicada ao trabalho, não será? Para o "melhor povo do mundo", até que não está nada mal... Há seguramente quem esteja bem pior, pensarão os atuais governantes e os membros da *Troika*!

Vem, pois, a propósito deste cenário pouco menos do que aterrador, recordar aqui mais uma história, comovente sem dúvida, mas apenas para aqueles que têm consciência da situação real em que vivem dramaticamente muitos cidadãos deste país, onde a esperança que abril viu nascer já quase nem nos manuais de história tem cabimento. Era eu adolescente, quase na idade de entrar para a faculdade e ir à inspeção militar, ao ganhar progressivamente consciência da situação política do país, sobretudo do drama que a guerra colonial significava para os jovens da minha geração, situação dramática que teve como principal responsável aquele que foi absurdamente considerado, num célebre programa de televisão que decorreu não há muitos anos, pasme-se, o "maior português de sempre!",

quando fiz anunciar aos meus pais a decisão inabalável de emigrar, logo que terminasse o curso, para não ter que ir para o Ultramar, oferecer o corpo à Pátria, numa guerra que considerava tão injusta quanto absurda.

A reação dos meus pais foi, como será compreensível, ambígua, pois se compreendiam as minhas razões, isso teria como consequência lógica terem que deixar de me acompanhar no subsequente percurso de vida, e não ver eventualmente crescer os netos que viessem a existir, correndo ainda o risco de passarem pelo mesmo, daí a dois anos, quando fosse a vez do meu irmão Jorge.

O dia 25 de Abril de 1974 foi passado pela família, tal como por quase todas as famílias portuguesas, com um olho na televisão e um ouvido na rádio, mas, sobretudo, com um sentimento híbrido de incredulidade, ansiedade, temor, e, finalmente, de profunda felicidade e esperança.

Ao final do dia, com o corpo a tremer de alívio e comoção, garantido que estava o êxito, pelo menos aparentemente, da revolução mais pacífica que o mundo jamais tivera conhecimento ao longo da sua milenar história, e na qual das espingardas desabrocharam cravos em vez de saírem balas, o meu pai abeirou-se de mim, e deu-me o mais terno e prolongado dos abraços, segredando-me em surdina: "Meu querido filho, já não tens que te ir embora, porque a guerra colonial irá acabar em breve e vais finalmente poder fazer a tua vida neste país em plena liberdade e prosperidade, como bem merecemos".

Este é o abraço que eu sinto que muitos pais e avós da minha geração não vão poder dar aos seus filhos e netos, porque a Nação da Esperança, no escasso período de uma geração apenas, se tornou na Pátria do Desespero!

Este sentimento de revolta remete-me inabalavelmente para um filme a preto e branco não muito antigo que jamais esquecerei, e que vi na televisão, completamente absorto, no início da minha adolescência, mas cujo nome e o realizador infelizmente não me recordo de todo. A sua temática inseria-se, contudo, sem sombra de dúvida, dentro da estética do neorrealismo, e, terá, eventualmente, servido de mote ao notável romance *As Intermitências da Morte*, também da autoria de José Saramago em 2005.

Numa das primeiras cenas, surgiu um certo jornalista meio nervoso, a dar uma notícia no telejornal principal à hora de jantar, na altura ainda por confirmar, que parecia que nesse mesmo dia, pela primeira vez na história da humanidade, não teria morrido ninguém. Outras agências de informação puseram-se imediatamente a investigar e, no dia seguinte, foi oficialmente anunciado, com toda a pompa e circunstância, por todos os canais de rádio e televisão, bem como, em grandes parangonas, pela totalidade da imprensa escrita, a sua confirmação.

Os principais líderes políticos mundiais aproveitaram-se imediatamente desse facto, e nessa semana o mundo entrou numa permanente e inebriante festa. Tinham acabado as guerras, as doenças eram todas controladas, com mais ou menos dificuldade, pelos medicamentos e pelos profissionais de saúde, enfim, parecia que o Éden se tinha abatido súbita e inexplicavelmente sobre a Terra. Aos líderes religiosos faltava-lhes uma explicação teológica cabal, e, aos mais famosos pensadores, uma teoria com o mínimo de lógica ou credibilidade. Mas os factos são sempre os factos...

Ao fim de um mês, já ninguém comemorava, e, volvido um ano, toda a humanidade se apercebeu, finalmente, que a maior desgraça jamais imaginada pairava sobre a sua sobrevivência. A morte seria, assim, o último, mas fundamental capítulo da própria vida.

O drama, presentemente, não é propriamente esse, mas sim a vida verdadeiramente desumana a que são votados cada vez mais cidadãos, aos quais até o direito a uma velhice e a uma morte digna lhes irá ser negado, na prática, a curto prazo. E que um outro drama ainda maior, daí decorrente, se irá abater de seguida, sobre todos nós, se as políticas não se alterarem substancialmente, que é a não renovação geracional que, por si só, inviabilizará o futuro de qualquer sociedade, tal como a entendemos hoje em dia.

CONCLUSÃO: A IMPERIOSIDADE DE UM NOVO ENSAIO

A vitalidade não se revela apenas na capacidade de persistir, mas também na de começar de novo

SCOTT FITZGERALD
Escritor norte-americano, 1896-1940

José Saramago escreveu obras notáveis, frequentemente em estilo de parábola, uma das quais, o *Ensaio sobre a Lucidez* (2004) que pretendo aqui recordar, por se enquadrar com toda a pertinência no atual contexto político. Neste magistral romance, o autor imagina uma sociedade em que, numas dadas eleições, o povo, decide, soberanamente, com toda a emoção e clarividência, que o melhor protesto perante as ignomínias dos agentes do Poder era votarem maciçamente, tarde, e, em branco. Não se reviam em nenhum dos políticos que se apresentavam ao plebiscito, nem tampouco nos seus respetivos programas eleitorais. Era a altura de dizer, pacífica e eloquentemente, basta, uma vez que todas as promessas ouvidas na campanha eleitoral soavam a balofas e aviltantes mentiras!

Suponhamos, pois, agora, o seguinte cenário. Pelas mesmas razões, e num contexto social algo idêntico, a populaça, em catadupa, decide emigrar, ficando o país apenas com agentes do governo e ex-governantes, a par de uns quantos doentes e velhos! Que nome daria Saramago a este seu novo ensaio? (*Ensaio sobre a Desesperança?*). Que consequência teria pois este hipotético cenário para os dirigentes políticos de tal sociedade?

Não é muito difícil de imaginar, pois não? Tratar-se-ia, pois, no fundo, de algo semelhante ao "Grito do Ipiranga", só que desta vez, sob a forma de um enorme e estrondoso *Qihai* coletivo.

Quem se atreverá então a negar, conscientemente, o direito a um qualquer comandante de um navio que, acometido por um dramático e inesperado naufrágio, após todos os genuínos esforços para salvar o maior número possível de passageiros, a restante tripulação, a própria carga e, mesmo, a embarcação em si, consciente de que nada mais poderá fazer, não tente, *in extremis*, salvar também, por último, a sua própria pele?

Existem duas liberdades que jamais alguém poderá retirar a qualquer cidadão: Uma, é a deste decidir, em consciência, o que entende ser o melhor para a sua vida (sem obviamente colidir com a do seu semelhante); a outra, é a de onde pretende finalmente mandar depositar os seus próprios ossos, depois de ter deixado o suor de uma vida inteira de trabalho, ou mesmo, quiçá, o próprio sangue. Na realidade, quem nos tem governado não tem tido nenhuma espécie de sensibilidade para com atitudes de índole humanística, e, ao invés, têm muitas vezes agido com profundo distanciamento, quando não, mesmo, com enorme desprezo, para com as atitudes de genuína entrega da generalidade dos anónimos cidadãos em favor da restante comunidade.

Temo que poucos dos atuais governantes tenham lido três dos mais fundamentais livros alguma vez escritos: *O Admirável Mundo Novo* (Aldous Huxley, 1932), e, *O Triunfo dos Porcos* e *1984* (George Orwell, 1945 e 1949). É que são mesmo imprescindíveis para compreenderem para onde estão a conduzir o trágico destino do Povo que os elegeu e que seria suposto serem precisamente os primeiros a saberem-no defender!

SETÚBAL 2012/11/19

Revista da Ordem dos Médicos em 2012, números de novembro e de dezembro

Nota: Dedicado à Lucinda, minha avó materna, pela imensa sabedoria inata, ao Manuel, meu pai, pelo precioso legado de valores, à Maria do Carmo, minha sogra, companheira da mais insólita e inolvidável das viagens, à Joana (minha filha), ao João (meu filho) e ao Simão (meu neto), por estarem investidos na qualidade de veículos privilegiados desta mensagem.



Representação pictórica de uma sangria, 1340, autor germânico desconhecido, *in Luttrell Psalter*, Museu Britânico. Tratamento muito utilizado durante séculos, pois acreditava-se que a cura das doenças dependia da eliminação de substâncias tóxicas nocivas à saúde dos doentes e que poderiam ser eliminadas desta forma

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

A esperança seria a maior das forças humanas,
se não existisse o desespero

VICTOR HUGO
Escritor francês, 1802-1885

INTRODUÇÃO

O homem vive da razão e sobrevive de sonhos

MIGUEL DE 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 anestesiasse 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 efémero, 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 génese 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 sonegado 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 mais faz dos Seres Humanos algo de supérfluo e dispensável!!!

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, umas vezes, ou em plena consulta, 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 invejarei.

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, assim, 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 copagamento, 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 cinquenta e de sessenta 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 cuidados 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 darem-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 vultoso investimento já efetuado.

Um notável exemplo que corporiza 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 viremia indetetável, estratégia a que Portugal aderiu sem reservas...), esbatendo-se assim, grandemente, o impacto positivo do muito vultoso investimento realizado com as terapêuticas bastante eficazes que hoje em dia dispomos.

Demonstrou-se também, inequivocamente, as vantagens, quanto à custo-efetividade, de passar a ter políticas verdadeiramente consequentes 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?

SETÚBAL, 2016/09/01

Revista da Ordem dos Médicos, número 172 de setembro de 2016

As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança
Parte II

OS MÉDICOS

Quem perdeu a confiança não tem mais nada a perder
PÚBLIO SIRO
Escritor romano, 85-43 a.C.

Diz-se, vulgarmente, que os médicos usufruíram, durante demasiados anos, de uma capacidade de influência que lhes era de todo indevida, e, que, consequentemente, o denominado "poder médico" teria que ser posto irremediável e definitivamente em causa, porque prejudicaria os restantes setores da sociedade, por ser manifestamente desmesurado e absolutamente injusto. Esta "destruição" começou, no nosso país, com o celebérrimo "consulado" da ex-ministra Leonor Beleza e não mais parou.

Não sou dos que clamam, acéfala e hipocritamente, que todos os médicos se têm comportado sempre conforme os ditames da ética e da deontologia profissional, e que nunca nenhum deles terá cometido qualquer erro grave e condenável, segundo os mesmos princípios referidos. Veja-se, por exemplo, os casos recentemente denunciados pelo denominado "quarto poder", em que Juntas de avaliação de incapacidade (compostas e presididas por médicos?) deram como aptos para o seu trabalho doentes com um grau de incapacidade tal que, num deles, até o então Ministro da Saúde interveio no dia seguinte, ordenando publicamente o apuramento de responsabilidades e pondo cobro imediato a tão iníqua e desumana decisão. Não.

Os Médicos são Homens, e, por conseguinte, padecem potencialmente dos mesmos defeitos que os demais cidadãos. Embora, alguns, por vezes, se desculpem que foram "pressionados", que lhes foi sugerida "veladamente" determinada decisão, ou que têm também o direito de salvaguardar o seu posto de trabalho (e correspondente salário...) que sentiriam ameaçados, etc. Independentemente dessas alegadas "desculpas", a verdade que deveriam interiorizar é a de que têm efetivamente muito mais responsabilidades morais do que a grande maioria dos outros cidadãos, e que isso é conveniente ser reconhecido e aceite de bom grado como um "preço inerente a pagar", por toda a Sociedade.

Apenas o que os arautos daquela inqualificável política provocaram foi, precisamente, ao procederem à generalização injusta daquilo que sempre foi uma exceção, colocarem toda uma classe em causa perante a sociedade onde se insere, não só não acabando com o exercício fraudulento da medicina (extensível às demais profissões da área da saúde) como se vai constatando quase quotidianamente, mas fazendo assim projetar o odioso de forma indiscriminada sobre a generalidade dos seus membros, como se cada um deles fosse sempre passível de poder ser, a qualquer momento, eventual suspeito de qualquer irregularidade. Já pouco faltará para nos exigirem que demonstremos antecipadamente que não somos desonestos, e não que nos tenhamos "apenas" que defender de uma qualquer acusação minimamente credível. Completamente lamentável. Deveras revoltante.

"Esqueceram-se" que esse dito "poder" emana diretamente do facto de a saúde ser vulgarmente entendida como o mais precioso dos bens sociais, o que se reflete certamente no generoso reconhecimento dos doentes que, espontaneamente, ao longo da milenar História da Humanidade, sempre manifestaram o seu sentido reconhecimento por quem lhes aliviou o sofrimento, lhes fez finalmente o diagnóstico correto de uma determinada enfermidade mais enigmática ou de reservado prognóstico, ousou realizar uma delicada e arriscada intervenção cirúrgica, ou, tão só, soube ouvir atentamente os seus desabafos em momentos de desespero, forneceu os conselhos de que estava tão carente em períodos de angustiante incerteza, ou, ainda, "apenas" soube tocar-lhe carinhosamente na mão quando lhe palpou o pulso, cruzou um olhar cúmplice, deu-lhe um caloroso abraço, ou esteve solidariamente presente, em respeitoso silêncio, aquando dos seus últimos momentos de vida. E que este sentimento foi, de algum modo, com o evoluir da complexidade da Medicina que atualmente se pratica, extensivo aos restantes profissionais do setor, sejam eles enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, odontologistas, nutricionistas, assistentes sociais, etc., porque a verdadeira atividade clínica exerce-se, hoje em dia, predominantemente, em equipa, em que o médico, sendo naturalmente o seu líder, com frequência, nem sequer é o profissional mais presente à "cabeceira do doente", ou aquele que fez a "diferença" que acaba por ser determinante no desfecho final perante a perceção afetiva do doente.

Que se saiba, nenhum doente se lembrou, ainda, de agradecer aos inventores de toda a parafernália de tecnologias que literalmente invadiram o quotidiano dos hospitais, ou aos políticos que ousaram legislar determinadas reformas, não porque alguns desses avanços não tenham sido, muitas vezes, efetivamente fundamentais para a ação direta dos profissionais, mas tão somente porque, mais

uma vez tenho que o enfatizar, estão demasiado afastados do ambiente onde o sofrimento humano encontra as respostas adequadas ao seu alívio, com a proximidade necessária e o imprescindível calor humano. Não compreender isto é desconhecer a realidade diariamente vivida pelos doentes e pelos profissionais de saúde, é imiscuir-se de forma desadequada e indevida na tão singular relação médico-doente, e é não ter conseguido apreender a dimensão transcendente do ato médico em si mesmo, na venerável tradição Hipocrática.

Quando, há cerca de três anos, pela implementação da famosa lei das incompatibilidades, os médicos (e demais profissionais) foram literalmente ameaçados disciplinarmente se tivessem a "ousadia" de aceitarem uma qualquer "prenda" dos seus doentes, esta absurda e iníqua disposição só terminou, por ordem da própria hierarquia ministerial, quando um nosso colega teve a coragem de perguntar, publicamente, ao então Ministro da Saúde, onde deveria depositar o poema que uma das suas doentes lhe tinha espontaneamente oferecido como sinal de profundo reconhecimento. Ridículo! Inconcebível! Poi isso, considero agora oportuno lembrar aqui e agora, a propósito, quatro histórias verdadeiramente inesquecíveis que corporizam perfeitamente este sentimento de gratidão que jamais qualquer ilustre burocrata conseguirá entender na sua essência: Recusar uma oferta pode ser entendido, pelo próprio doente, como uma terrível ofensa e desconsideração, por mais "insignificante" que possa ser, minando, pois, irreversivelmente, a relação médico-doente, ainda que algumas delas não passem de tocantes e genuínas intenções, embora carregadas de pleno simbolismo.

Na primeira destas quatro histórias, decorria o verão do ano de 1983 e estava eu a realizar o estágio de Saúde Pública no Centro de Saúde de Azeitão, nas instalações do antigo Hospital da Misericórdia, situado numa antiga capela e muito próximo da casa onde nasceu o insigne poeta sadino Sebastião da Gama. Nesse mesmo estágio, era suposto, durante os seis meses estipulados para a sua duração, exercer as funções de clínico geral e desenvolver alguma atividade no domínio da saúde escolar, sobretudo ao nível das escolas primárias da freguesia.

Um certo dia, fui abordado por uma das enfermeiras para observar um doente que esta nunca ali vira antes, mas que alegava ter-se deslocado propositadamente, embora sem qualquer marcação prévia, exclamando necessitar mesmo urgentemente de ter uma consulta médica. Respondi afirmativamente e, ao observá-lo passados alguns minutos, deparei-me, um tanto ou quanto surpreendido, com a figura esguia de um pastor de gado dos arrabaldes da serra da Arrábida, com o aspeto de um sexagenário bem curtido pelas muitas agruras que seguramente lhe teriam marcado a vida. Tinha tomado antes um dos poucos banhos

de que se lembrava, com água à temperatura ambiente, porque ter canalização e eletricidade eram "luxos" que jamais fizeram sequer parte do seu imaginário, quanto mais da sua simplória existência. Vestiu-se depois com a melhor roupa que dispunha, ainda que mantendo manifestamente um aspeto muito humilde. Teve, contudo, o cuidado de colocar na carteira de cabedal já muito polido algum dinheiro (que deveria certamente resguardar de possíveis intrusos nalgum secreto lugar, que não no banco) e a sua parca documentação.

"Para o que desse e viesse", como soe dizer-se em linguagem popular. Não tinha família próxima, vivia numa modestíssima habitação com as suas cabras e ovelhas, que eram o seu magro sustento. Raramente descia ao povoado, nunca tinha ido à escola, e não sabia, obviamente, o que era um centro de saúde e muito menos da existência e do enorme alcance social do SNS. Só sabia que tinha chegado a hora de procurar um médico (o que nunca fizera antes). Como não tinha confiança com praticamente nenhum dos habitantes da vila, acho que terá decidido recorrer àquele local, mais por intuição, do que por outro qualquer critério (ou, talvez mesmo, por pensar que as instalações da Misericórdia ainda lá se situassem, quem sabe...). Não tinha, pois, nem televisão, nem rádio ou telefone, pelo que as parcas notícias ser-lhe-iam transmitidas apenas pelas raríssimas visitas que recebia, pelos clientes, ou mesmo pela sua própria imaginação. As fiéis companhias que sempre lhe tinham ajudado a passar os constantes momentos de solidão eram os seus cães de guarda, as estrelas cintilantes no breu da noite e o sibilar melodioso da brisa vinda do mar, do outro lado da montanha, que soprava sempre no final de cada tarde.

Não me recordo, ao certo, dos pormenores da sua história clínica, mas o que jamais esquecerei foi o que se passou, depois de ter efetuado a anamnese e a posterior observação clínica, após o que decidi dar-lhe uma amostra de um certo antibiótico (uma das regulares ofertas da generalidade dos laboratórios farmacêuticos, que guardávamos religiosamente numa pequena farmácia colocada num velho armário de madeira bem fechado à chave, para assim acudirmos prontamente aos muitos doentes socialmente mais necessitados). Lembro-me que não entendi ser imprescindível requisitar-lhe algum exame auxiliar de diagnóstico (tê-los-ia feito, se fosse mesmo necessário?...), e, ao dar-lhe finalmente uma noção muito elementar daquilo que era o diagnóstico mais provável, da necessidade em voltar a observá-lo de novo passado uma semana, e de o elucidar acerca da posologia do referido medicamento, imediatamente deitou a mão à carteira e colocou em cima da minha secretária uma nota de quinhentos escudos, agradecendo-me com modos próprios de gente de poucas falas a consulta efetuada.

Foi perfeitamente inútil tentar recusar o dinheiro ou explicar-lhe que tinha recorrido ao sistema público de saúde, pelo que não havia lugar a pagamento algum de forma direta e que tal recebimento constituiria, pela minha parte, uma gravíssima quebra do código de ética (com eventuais implicações disciplinares). Levantou-se de imediato, apertou-me energicamente a mão e disse-me que não tinha por hábito dar algo aos clientes com quem negociava o leite, o queijo, a carne ou a pele dos animais do seu gado, por encarar que isso era inerente ao seu negócio. Saiu logo depois, em passo rápido, despedindo-se com um seco aceno de "até daqui a uma semana, doutor".

"O que fazer com o dinheiro", murmurei comigo próprio! Decidi que o melhor seria partilhar essa dúvida com a Ana, a minha esposa, que estava no gabinete ao lado, no exercício de um estágio de idêntica índole. A solução foi rapidamente encontrada no domingo seguinte, quando nos deslocámos à famosa feira local, que se realiza impreterivelmente todos os meses com a mesma cadência, desde há muitas dezenas de anos. Comprámos um par de botas novas de cabedal e algumas peças de roupa que supusemos poderem ser-lhe útil, em especial em tempo de mais rigorosa invernia (tendo gastado, contudo, muito mais do que o valor "indevidamente" recebido!).

Ao terminar a consulta, onde compareceu de novo sem qualquer marcação, na semana seguinte, este teve então a oportunidade de se regozijar, já com um olhar um pouco mais vivo, com as notórias melhorias clínicas registadas. Recebeu, de seguida, sem sequer questionar, mais uma preciosa "oferta", mas não tendo notoriamente a verdadeira consciência que fora (parcialmente) paga com o seu próprio dinheiro. Desta vez (felizmente) não quis pagar a consulta e, por fim, lá exclamou, já à saída: "Obrigado, doutor, isto vem mesmo a calhar, pois o outono já aí está à porta não tarda!!!"

A segunda história é, em parte, o reverso da anterior. O Sr. Eduardo Carvalho, um notável poeta popular sadino quase completamente desconhecido da grande maioria dos seus concidadãos, infelizmente já falecido há quase duas décadas, mas que eu nunca tinha encontrado antes, foi por mim reanimado, após uma súbita paragem cardiorrespiratória, no Serviço de Urgência, tinha ele quase oitenta anos. Não encontrou outra forma de me retribuir aquilo que qualquer médico que se preze considera ser a consequência lógica da sua estrita obrigação profissional, senão escrevendo dois sonetos denominados, respetivamente, "Paragem Respiratória" e "Reconhecimento" logo na própria madrugada desse "fatídico" acontecimento, dedicados à minha pessoa e a um dos meus colaboradores

(o colega Mário Parreira), e que incluiu posteriormente num dos sete livros de poemas que ainda veio a editar!

Ofereceu-me sempre, com o maior desvelo, bem como a todos os internos que comigo estagiaram durante os cinco anos em que sobreviveu a esse episódio, o que todos aceitaram como natural prova de elevado apreço pessoal. Volvidos mais de vinte anos, estava eu a preparar uma conferência sobre precisamente os temas de "A relação médico-doente e o ato médico" que proferi, a convite da Sociedade de Artistas e Escritores Médicos, na manhã do dia em que decorreu a cerimónia de lançamento do meu livro *Ode ou Requiem* quando, ao entreabrir um dos seus livros, que arrumara numa das estantes da minha biblioteca, deparei com um subscrito fechado que dizia "Para o meu Médico, com Votos de Feliz Natal" e que eu jamais dera pela sua existência. Supus que, lá dentro, estaria uma folha com mais um dos seus sentidos poemas, escrito com uma caligrafia de me fazer corar de inveja e de vergonha. Assim era, de facto. Só que, na realidade, dentro desse papel, existia ainda outra "coisa": Nem mais, nem menos do que um cheque de 50.000 escudos! Que ele, naturalmente, soube que eu nunca depositei... e que, certamente, jamais o faria! Como levar a mal este último gesto? Como não aceitar as outras prendas, de "valor" incomparavelmente superior? Quem teria coragem disso e em nome de que princípios? Quais as consequências, se o tivesse feito, por minha própria iniciativa, ou por "imposição" alheia?

A terceira história diz respeito a uma senhora de origem humilde, mas com uma postura simultânea de altiva dignidade e de afável trato, oriunda do campo e, em tempos, uma apreciada boleira, na altura em que a conheci há uma boa meia dúzia de anos já septuagenária, que sempre tinha sabido levar uma vida de muito trabalho sem se lembrar, sequer, de exibir qualquer inconsequente e desnecessário queixume. Nunca tinha perdido a noção exata da capital importância de propiciar uma esmerada educação aos seus dois filhos, encarando os estudos como o meio privilegiado de se poder "subir honestamente na vida", como as pessoas do povo mais genuíno costumam dizer. Veio a ter duas netas que optaram por ser enfermeiras por vocação, o que muito a enchia de natural orgulho. A D.ª Teodora, como se chama, vive hoje numa unidade de cuidados paliativos, onde já a tenho visitado, tendo sido tratada por mim em duas ocasiões, na enfermaria do Serviço que dirijo no Hospital de S. Bernardo.

Na primeira destas, por uma pneumonia, e, a outra, por uma infeção urinária complicada que surgiu depois de uma fratura patológica do colo do fémur, que se apurou ter origem numa neoplasia disseminada e altamente indiferenciada com metastização óssea múltipla. O que jamais esquecerei foi que, aquando

do primeiro desses dois internamentos, já o meu filho João Ricardo namorava com a sua neta mais nova, a jovem e bonita Sara, numa das minhas idas ao hospital ao fim de semana (como faço frequentemente, para observar outros doentes, anónimos cidadãos), ao querer agradecer esse gesto, olhou-me muito fixamente nos olhos e, antes de eu sair, exclamou com uma voz, simultaneamente doce e decidida: "Doutor, não sei como agradecer-lhe. Não tenho grandes posses para lhe retribuir o facto de me ter restituído a saúde, bem como a possibilidade de assim poder continuar a acompanhar ainda, por mais algum tempo, os projetos de vida das minhas duas adoradas netinhas. Acho que a única forma possível de o manifestar será a de lhe oferecer a mão da minha netinha mais nova para que esta se venha a casar com o seu querido filho".

No segundo internamento, já o casamento se tinha efetivamente realizado e o jovem casal tinha decidido emigrar, como muitos, na véspera de eu e a minha esposa partirmos de férias para os visitar em Inglaterra, onde passaram a residir (e para onde tinha ido viver também a outra neta), estava ela deprimidíssima no leito da enfermaria e em situação clinicamente muito instável quando, antes de me despedir, decidi fazer uma chamada telefónica por *Skype* através do meu telemóvel. Ter conseguido falar, naquele contexto tão difícil, com os seus "netos" resultou muito melhor do que qualquer medicamento que eu lhe pudesse ter mandado administrar, pelo que não deixou de exclamar, com os olhos tolhidos de lágrimas vertidas pela mais genuína felicidade: "Fico-lhe a dever mais esta. Mas, agora, não tenho mesmo mais nada com que lhe possa retribuir"... Preserva ainda hoje uma impressionante dignidade na forma como encara a vida e não perdeu de todo a capacidade de se emocionar de alegria quando recebe visitas, sobretudo quando estas lhes levam as ansiadas notícias acerca das suas netas!

A última história ocorreu muito recentemente. Numa destas tardes, entre as consultas do hospital, realizadas logo depois da hora do almoço, e as consultas privadas, no meu consultório, efetuadas no final da tarde, fui instado a comparecer num pequeno auditório da cidade, para assistir a uma peça representada por alguns dos "utentes" da Cáritas Diocesana de Setúbal (e bastante aplaudida pelos restantes), quase todos doentes do Serviço que dirijo no Hospital de Setúbal (antigos sem-abrigo e/ou ex-toxicodependentes) e que consistiu na teatralização de excertos verídicos da sua própria vida. Histórias que, como costumo dizer muitas vezes, resultam sobretudo da dolorosa vivência daquilo que é ter muitos e intermináveis momentos em que alguém teve que "pensar muito mais com o estômago do que com o coração ou com a cabeça"!

No final, num emocionado e improvisado discurso de encerramento, o presidente daquela prestimosa instituição (o meu amigo Eugénio Fonseca), virou-se para a assistência e lançou solenemente um repto a todos os que assistiam, advertindo que deveríamos colocar sempre às nossas consciências antes de fazermos qualquer tipo de julgamento precipitado sobre o caráter de algum dos nossos semelhantes: "E se fosse comigo"? Seguidamente, para além de agradecer a presença de algumas individualidades, e, sobretudo, aos próprios autores, bem como aos responsáveis por aquela inolvidável iniciativa, entrecruzou levemente o seu olhar com o meu, e, referindo-se à minha pessoa de modo indireto, exclamou: "Por favor, não desista, nunca, porque, no final, a doença não há de vencer".

À saída, constatei o enorme empolgamento dos "artistas" que, ao verem-me, transbordavam de alegria, orgulho e gratidão! Já à noite, a trabalhar no meu escritório e a ouvir música, enviei um *mail* ao meu amigo, e disse-lhe: "Ninguém tem que me agradecer nada. Abstive-me de tecer públicas considerações para manter a mesma coerência por si expressa. Limito-me a comportar todos os dias de modo a não ter vergonha da cara que vejo de manhã refletida no espelho quando procedo à higiene matinal". Ou seja, "apenas tenho feito, sempre e só, a minha estrita obrigação de médico e de cidadão. O verdadeiro privilégio dessa inesquecível tarde foi, antes, todo meu".

Poder assistir a tão comovente manifestação do génio criativo que se esconde no interior do mais "insuspeito" dos cidadãos, com uma autenticidade e uma coragem inultrapassáveis, capaz de emocionar o espírito e aquecer a alma do mais distraído dos seres humanos, não nos acontece presenciar com frequência. Mas que grande lição de vida, murmurei com os meus botões, madrugada fora. Os verdadeiros médicos (e os seus doentes) sabem perfeitamente dar o devido valor ao clima de sentimentos e de cumplicidade que vivemos em circunstâncias semelhantes. Como o meu amigo me disse no *mail* de resposta, no dia seguinte, "também das pedras podem brotar flores"! Mas, e os demais, os que não se sentem sequer tocados por momentos como estes...???!!!

A realidade atual tem descaracterizado profundamente a verdadeira imagem do profissional de saúde, edificada segundo os princípios que foram enunciados previamente. Naturalmente que o médico, sem ter sequer direito em sonhar reivindicar o seu próprio enriquecimento patrimonial no exercício da respetiva atividade profissional que escolheu e que exerce, deve, no entanto, poder ter uma vida suficientemente desafogada que lhe permita não ser quase que obrigado a escravizar-se, trabalhando simultaneamente em múltiplos empregos, e jamais

encarando cada novo doente, sobretudo, como mais um meio da sua própria subsistência económica.

Ter de trabalhar nas atividades árduas da urgência hospitalar com sessenta e muitos anos, como cada mais vez se vai vendo por aí, essencialmente para ajudar a recompor a reforma que foi recentemente cortada por via da aplicação retroativa de medidas administrativas, ao arrepio das naturais expetativas iniciais e de compromissos previamente assumidos, é deveras inquietante. Ter um vencimento de interno da especialidade, ou mesmo de especialista, que funcione como um enorme e permanente estímulo à emigração ou à necessidade de ter que realizar sucessivos turnos extras de urgência noutras instituições hospitalares que não naquela onde se tem o principal vínculo contratual, só para fazer face aos compromissos financeiros do dia a dia, de índole pessoal e familiar (porque ali são muito mais bem remuneradas!), é promover a absoluta descaracterização da atividade clínica e contribuir muito para retirar o tempo e as energias necessárias à exigentíssima formação profissional, bem como ao convívio com os amigos e a própria família, instituição basilar de toda a Sociedade.

Os médicos mais velhos sentem que foram literalmente desconsiderados no que concerne ao modo como o tema relativo às horas extraordinárias das urgências tem vindo a ser tratado pela hierarquia do Ministério ao longo dos últimos anos. O entendimento correto e o princípio efetivo em que se baseia tem de ser este: Só existiam porque eram necessárias, não para compor os ordenados dos médicos, mas para o adequado tratamento dos doentes. Não digo que não existissem exageros pontuais, que seriam muito mais do foro do planeamento e organizacionais do que da responsabilidade individual dos próprios. Mas que, se eram efetuadas, e apenas enquanto fizessem falta, sublinho, deveriam ser, logicamente, adequadamente remuneradas. O que se fez crer na opinião pública, foi precisamente o inverso. Logo, se o fator monetário ainda foi suficiente para prolongar esta penosa atividade por parte de muitos médicos já naturalmente cansados pela idade, não será depois de terem saído dessa prestação e de se terem sentido justificadamente ofendidos no seu caráter que muitos destes irão voltar, mesmo que o Ministério venha agora acenar com uns "míseros trocos", desdizendo em teoria o que os anteriores responsáveis afirmaram com a sua prática gestionária.

Não por simples birra, ou por considerarem adequadas ao melhor tratamento dos doentes as "soluções" entretanto implementadas. Mas antes por uma mera questão de dignidade! E esta, para quem tem "coluna vertebral", não tem preço, não se paga, nem será jamais uma simples "moeda de troca" no contexto de um qualquer banal ou aviltante "negócio"!

Mais recentemente, determinou-se que iriam ser suspensas as contratações através das celebérrimas empresas de recursos humanos, e que cada hospital teria que tentar resolver internamente o problema da carência em meios humanos que tal decisão acarretará, voltando a privilegiar-se a contratação individual de médicos (cuja maioria são apenas "especializados" na "indiferenciação", deve ser enfatizado!) e obrigando a que os internos das mais diversas especialidades se desdobrem semanalmente, no sentido de preencherem as múltiplas lacunas que irão logicamente surgir a curto prazo. Ao mesmo tempo, na imprensa, anuncia-se em grandes parangonas que se pagam anualmente milhões em horas extraordinárias no setor da saúde, sobretudo aos médicos, como se isso fosse um roubo ao erário público, quando a verdade é que se trata apenas de uma consequência direta do facto de as autoridades reconhecerem implicitamente que afinal este trabalho é mesmo fundamental para a devida assistência às populações, pelo que se terá então de concluir, com a devida honestidade, que afinal tal necessidade não resulta mesmo de um qualquer repugnante capricho dos médicos, mas antes de uma imposição superior que lhes é particularmente penosa de cumprir.

Pergunto então, com a sobrecarga de trabalho contínuo que estas decisões irão inevitavelmente provocar, quem se responsabilizará pelo facto de as seguradoras se irem colocar posteriormente de fora de qualquer responsabilidade para defenderem os profissionais que, no decurso do exercício das suas atividades, venham a ter um qualquer acidente, quer quando o lesado é o próprio, quer quando é o doente, dado alegarem que isso se ficou a dever ao seu natural (e evitável...) cansaço? Será isso justo? Será assim que se pensa mobilizar a vontade dos médicos? Quem poderá então exigir que estes profissionais sejam intimados a trabalhar mais do que o legalmente estipulado?

O resultado prático é que, em muitas instituições, as equipas médicas têm estado, de facto, irremediavelmente depauperadas, sem a diferenciação de outrora ou a experiência necessária para fazer face a muitas e complexas solicitações, sendo maioritariamente compostas por profissionais de fora da instituição, por vezes sem qualquer especialidade, desinseridos de uma hierarquia funcional verdadeiramente atuante, pois integram antes e a título precário o contingente de uma ou mais das firmas existentes, supostamente "especializadas" em recursos humanos, que não têm qualquer pejo em invadir diariamente a nossa caixa de correio eletrónico, ou mesmo de abusivamente nos contactarem telefonicamente, como no outro dia me aconteceu, exclamando solenemente: "O doutor tem um turno para fazer amanhã no Hospital de Évora".

Eu, que não só nunca me inscrevi para tal, como, desde que deixei de fazer urgências no meu Hospital, aos quase 57 anos de idade, nunca mais o procurei fazer em mais nenhuma instituição pública ou privada!!! Tática também seguida pelas várias empresas "especializadas" em "estudos de mercado", a quem nunca forneci os meus contactos, aceitei responder aos referidos inquéritos (sempre sobre a área da inovação terapêutica), tal como nunca recebi o que propagandeiam dar em troca, mas que desrespeitosamente nos invadem com mais do que incomodativa frequência, sem a nossa prévia autorização, só porque "alguém" lhes forneceu de forma não autorizada o endereço eletrónico ou o número do telemóvel pessoal, e porque, supostamente, uma lista de contactos é, nos dias que correm, também mais uma valiosa mercadoria transacionável para aqueles que não atribuem qualquer valor ao respeito pelo direito à privacidade dos cidadãos. Mais uma vez, e sempre, uma questão de dignidade!

Os médicos foram, assim, soezmente empurrados para o desempenho de funções que resultam de um vazio causado pelas "reformas" que têm vindo a ser implementadas, mas, que, sendo sem sombra de dúvida, nobres no conteúdo funcional, o método de recrutamento utilizado no que concerne aos meios humanos mais se assemelha ao dos "mercenários" do que ao dos discípulos de Hipócrates, de Amato Lusitano, ou de muitos outros dos nossos venerandos Mestres de antanho.

Por tudo isto, não admira que no seio da esmagadora maioria da classe (e em muitos outros profissionais do setor) existam níveis elevadíssimos de *burnout*, como se vai concluindo através dos vários estudos que têm sido realizados e publicados, o que acarreta logicamente muitas e nefastas consequências para a saúde física e psíquica dos próprios, bem como se reflete muito negativamente na qualidade do seu exercício profissional, com óbvias implicações na saúde das populações, ao contrário do supostamente pretendido.

SETÚBAL, 2016/09/01

Revista da Ordem dos Médicos, número 173 de outubro de 2016

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

O SISTEMA

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

HERÓDOTO
Geógrafo e historiador grego, 484-425 a.C.

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

BENJAMIN DISRAELI
Político inglês, 1804-1881

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 celebérrima "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 ir 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 a atividade clínica se pudesse reger pelas mesmas normas de um administrativo, qual celebérrimo "manga de alpaca", figura típica do "saudoso" 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 ser 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, uma vez que tal 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 hierárquicos 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 predeterminado, 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 ser 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 hospitalar do nosso país era completamente insuficiente em número e obsoleto no que se refere ao seu equipamento 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 Primeiro 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 Civis de Lisboa (atual Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central). 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 iminente 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 8h/dia a terem que observar, em média, 1 doente/cada 15 minutos?

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 congéneres 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 congéneres, 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) determinaram 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 paralelismo 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 na comunidade adstrita, esses, sim, os condicionantes mais importantes, mas que divergem muito entre si? O que dizer do enorme atraso com que a ACSS paga aos hospitais (e estes, consequentemente, 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 constatam 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 ARSs e certos hospitais, segundo a qual se impôs um número máximo de episódios 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 a que 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 SI.VIDA), 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 gastrenterológico...) 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 (às vezes induzida iatrogenicamente!), se aceita sem reservas a não viabilização por meios comummente 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 com 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 confusionais ou perdas cognitivas limitativas do bom julgamento, com a efetiva realidade assumida com toda a determinação, ponderação e perenidade, sem a influência das pressões de terceiros (muitas vezes disfarçadas e que ocultam outros interesses próprios e nada edificantes), respeitando sempre o que 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 comparticipação 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 cidadãos 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? Sobretudo 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?

SETÚBAL, 2016/09/01

Revista da Ordem dos Médicos, número 174 de novembro de 2016

As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança
Parte IV

ALGUMAS PROPOSTAS PARA AJUDAR A SOLUCIONAR "O PROBLEMA"

Quem não pode o que quer, queira o que pode

LEONARDO DA VINCI
Génio do Renascimento italiano, 1452-1519

Os diversos (e verdadeiros) obreiros de todo este vasto conjunto de normativos legais o que fizeram, no fundo, foi, a par da sua edificação, começar a retirar, aos poucos, as "peças" que sustinham o anterior edifício que sustentava, ele sim, a vitalidade e a própria viabilidade do SNS. Mas, pelo menos na "aparência" imediata, de uma forma supostamente "calculada" e "responsável", "apenas", pois, com o anunciado propósito de lhe estar a "modernizar" um pouco a antiquada "fachada", mas nunca pensando em colocar em causa os seus fundamentos, pois este até estaria a ficar "mais leve" e "funcional". O risco real é o de que, um dia destes, se conclua que os "cálculos" foram afinal mal efetuados e, então, com uma simples corrente de ar provocada pelo abrir de porta do gabinete pessoal de um qualquer futuro Ministro do setor que ali venha iniciar funções, este assista, estupefacto, ao seu súbito e inapelável desmoronamento. É claro que os seus antecessores irão sempre afirmar que, quando saíram de funções e passaram a pasta dos dossiês, ele estava "solidamente" de pé à vista de todos os cidadãos...!!!

Convém não confundir SNS (Sistema Nacional de Saúde), com SNS (Serviço Nacional de Saúde). O segundo integra o primeiro, sendo, e devendo continuar a ser, na minha opinião (e da generalidade dos profissionais e dos demais cidadãos), o seu principal sustentáculo, embora seja desejável a complementaridade com os sistemas privado e social, com regras de funcionamento e âmbito de ação bem definidos, tal como a lei prevê, mas o facto é que a sua aplicação e a correspondente e imprescindível verificação dos princípios que garantem efetivamente essa mesma condição nem sempre foram devidamente respeitados.

Uma das realidades que não se pode tolerar é, por exemplo, a existência de uma cobertura pelos seguros privados atualmente existentes no nosso país que permite "apenas" que os doentes só tenham aparente direito ao tratamento de doenças ditas "banais", porque para as outras, já têm que ir sobrecarregar

obrigatoriamente o já saturado setor público, e que, por sua vez, este tenha tantos subsistemas que se torna num verdadeiro, complicadíssimo e quase ingerível imbróglio, quando poderia e deveria ter apenas um e que colocasse todos os cidadãos em igualdade de circunstâncias. E, porque não, na forma de um seguro público de saúde, gerido por um organismo estatal independente, com um clausulado, simultaneamente indutor da responsabilização individual de cada cidadão, mas suficientemente abrangente para não deixar, nunca, ninguém ou nenhuma doença de fora, seja em que fase da vida for?

A principal razão do aumento vertiginoso dos gastos, e que se tem acentuado desde o início deste século e desequilibrado completamente os sucessivos orçamentos anuais do Ministério, é a inovação tecnológica e, dentro desta, com uma especial preponderância, os gastos que correspondem aos novos medicamentos baseados na biotecnologia. É por esta razão que tenho afirmado e reafirmado publicamente algumas propostas que poderiam ter um impacto substancial sobre a saúde financeira do Ministério e das instituições públicas sob a sua dependência, bem como possibilitariam a necessária e imprescindível promoção da transparência nas relações e nas negociações bilaterais com os responsáveis da indústria farmacêutica, tal como transmiti recentemente à hierarquia ministerial, quando esta questionou os CAs dos hospitais públicos, aquando da preparação do Orçamento de Estado para 2017, quais as ideias que, se fossem aplicadas, poderiam contribuir para a sustentabilidade do SNS.

Algo que, nem sequer, apesar de constituir uma grande preocupação dos Conselhos de Administração e das Direções Médicas dos hospitais, estes jamais poderão ter uma perspetiva de poder colaborar na respetiva solução de forma consequente e com uma perspetiva de mais longo prazo, dada a reduzidíssima autonomia que efetivamente possuem, gastando praticamente todo o tempo e energias, submersos que estão a tentar resolver problemas correntes e de curto prazo que lhes despejam em diárias catadupas. É que, para além de se ter que solucionar urgentemente essa rotura financeira, há também que pôr cobro à rotura constante de medicamentos nas farmácias, causada porque, ou os medicamentos são demasiado baratos, e então ninguém os quer fabricar, ou os armazenistas os revendem para outros países, porque aí, as margens de lucro são-lhes muito mais favoráveis!!!

Referiria, então, de novo, várias estratégias passíveis de serem implementadas que, estou convicto, obviariam à solução radical que alguns já se atreveram a apontar explicitamente: "Acabar com a investigação e a inovação tecnológica".

Assim, citaria diversas medidas, onde incluem: A compra centralizada de medicamentos (como se faz há muito noutros países); o estabelecimento de um preço de referência igual para fármacos do mesmo grupo farmacológico e geração (extensivo às coformulações); o estabelecimento de um preço para estas últimas, idêntico ao da soma dos seus componentes (incluindo obviamente os que já tiverem genéricos comercializados no nosso país) acrescido de um coeficiente que se entender ser justo para retribuir a sua maior valia em termos de melhorar o imprescindível perfil de adesão dos doentes (10-15%?); pagamento por ciclo terapêutico, independentemente da sua duração ou da dosagem, e não por custo diário; estabelecimento de um número máximo de doentes a poderem ser tratados anualmente para as patologias que utilizem fármacos inovadores com impacto económico significativo (acima dessa cifra, a indústria farmacêutica suportaria o valor que ultrapassasse o seu custo real).

Isto é, atualmente, tão mais importante quanto se reconhece consensualmente que não há muita margem para aumentar a despesa do Estado com este tipo de medicação, embora se reconheça que, na área das doenças transmissíveis, e em particular no VIH/SIDA e na hepatite C, temos de tratar muito mais doentes, quer por razões da saúde individual dos infetados, quer por questões de natureza meramente epidemiológica, já que se sabe que a transmissão da infeção na comunidade se reduz em cerca de 95% nos doentes infetados por VIH com carga viral negativa, por exemplo; conceção e implementação de um programa vertical de financiamento específico, por patologia, que traduza efetivamente a realidade da despesa, incluindo o custo dos doentes que necessitem de terapêuticas mais onerosas (sejam portadores de resistências primárias ou adquiridas, tenham necessidade de serem transplantados, etc.); o pagamento pela ACSS ao Hospital prestador dever acompanhar o doente (e a sua respetiva doença), obviando à transferência de doentes por motivos não clínicos e contra a sua própria vontade e à dos seus médicos assistentes, como, infelizmente, ainda acontece; informatização com programas que sejam rápidos e intuitivos, e que forneçam com toda a facilidade os dados necessários ao bom tratamento do doente e à avaliação periódica de resultados segundo parâmetros a serem consensualizados com as Sociedades Científicas respetivas e os Colégios de especialidade da Ordem dos Médicos, para além de permitirem a elaboração das mais variadas estatísticas, com a fiabilidade e a regularidade necessárias, de que o país tão carenciado está; e, estabelecer uma partilha de riscos conjunta com a indústria farmacêutica (ex.: no doente a quem não se consiga obter o objetivo terapêutico pretendido *a priori,*

por ineficácia do mesmo, existir uma forma tacitamente aceite entre as partes de reduzir o seu pagamento a metade do seu preço real de custo).

Também se deveria proceder à constituição de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica Nacional integrada no Infarmed, presidida por um médico especializado em Farmacologia Clínica e composta por elementos desta classe profissional, farmacêuticos e economistas da saúde, com novas e mais amplas funções que incluíssem as seguintes: Atualizar regularmente os formulários terapêuticos nacionais (de ambulatório e hospitalar); elaborar regularmente *guidelines* por patologia (em colaboração com as Sociedades Científicas, os Colégios respetivos da Ordem dos Médicos e as respetivas Associações de Doentes); fazer a avaliação farmacoeconómica prévia dos fármacos inovadores a serem introduzidos; atribuir os regimes de comparticipação; negociar os preços com os respetivos fabricantes; negociar o número máximo de doentes portadores de patologias com elevada despesa associada e cuja medicação seja financiada integralmente pelo SNS; e definir também as condições objetivas dos programas de financiamento específicos por patologias cujo tratamento comporte um impacto económico significativo.

Neste contexto, os médicos e as suas organizações de classe devem, assim, demonstrar ter também genuínas preocupações para com a sustentabilidade do SNS e das instituições onde trabalham, embora devam fazer da sua missão assistencial, desempenhada com a maior competência possível e com o respeito estrito pela ética e deontologia profissionais, o seu principal lema, não deixando de clamar também pelo acesso adequadamente célere à inovação terapêutica que se comprove apresentar efetivas vantagens clínicas e/ou farmacoeconómicas. Devem, ainda, aceitar, de bom grado, subir o patamar da ponderação do preço dos medicamentos na decisão final da sua escolha aquando da respetiva prescrição, passando-o de penúltimo para segundo lugar, pois, se nunca foi, na verdade, o último fator a ser valorizado, parece igualmente inaceitável que passe agora a ser o primeiro e muito menos o único, porque a Medicina sempre foi e deverá continuar a ser, na sua essência, a arte da ciência personalizada, no respeito pelas características próprias de uma doença concreta em cada doente específico, numa determinada altura da sua vida, e num determinado contexto psicossocial, e não a aplicação sistemática, indiscriminada e acrítica de uma qualquer norma que tenha apenas um substrato economicista, e seja, pois, discordante com os fundamentos científicos validados pelas sociedades especializadas e reconhecidamente credenciadas, descontextualizada da experiência individual do médico prescritor, ou, ainda, desfasada da idiossincrasia do doente concreto.

Por fim, destacar que se impõe que os médicos possuam e implementem uma agenda simultaneamente autónoma da indústria farmacêutica, do poder político, e das associações de doentes, baseada em critérios idóneos de índole científicos e farmacoeconómicos, suportados nos pareceres dos colégios de especialidade da Ordem dos Médicos e nas diversas sociedades científicas, tendo sempre como objetivo prioritário a defesa do interesse do doente e da boa prática profissional, tal como a Declaração de Helsínquia há muito tempo preconiza e é sistematicamente invocado por todas as autoridades envolvidas nesta temática.

Caberá aos responsáveis do Ministério, portanto, saber dar a devida resposta a certas perguntas incómodas, mas pertinentes, acerca da presente realidade: Fará algum sentido, o preço dos medicamentos variar de hospital para hospital, num mesmo país, e ser determinado com base numa negociação que, por vezes, envolve volumes de vendas que remetem para várias especialidades, e isso supostamente vir a pesar nas estratégias de tratamento dentro de cada hospital e ter que ser ponderado sempre que houver "novos dados" ou "novas negociações" (o que até pode levar apenas escassos dias ou semanas)?

Não se sentirão os doentes, se souberem, como que uma "moeda de troca sem direito a voz própria" no seu seio? E que mais do que nefastas implicações, isso poderia precipitar irremediavelmente a perda de confiança que deve existir nos médicos e nas instituições que os tratam? O preço compreensivo pago para os doentes com VIH ter sido calculado para os doentes *naïf,* e ser aplicado a todos, sem se ter em conta o custo das terapêuticas de resgate (muito mais onerosas)? Porque é que, por exemplo, no Canadá, a diferença de preço entre a coformulação de antirretrovirais mais económica e a mais dispendiosa é inferior a dois dólares, e isso não acontece em Portugal? Porquê colocar em dúvida a valia real das coformulações para o tratamento do VIH, quando elas foram inventadas já há várias décadas e com provas inequívocas dadas, para promover a imprescindível adesão dos doentes com tuberculose ao seu tratamento, e esta estratégia ter sido mais recentemente estendida, com a mesma lógica, à terapêutica de outras patologias crónicas igualmente prevalentes e importantes (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, etc.) sem que ninguém tivesse, nestes casos, colocado em causa a sua vantagem efetiva?

Porquê colocar as Comissões de Farmácia e Terapêutica e os Conselhos de Administração de cada um das várias dezenas de hospitais públicos existentes por todo o país a gastarem centenas de horas nas negociações com a indústria farmacêutica, quando isso deveria (e poderia...) ser antes feito centralizadamente, com o necessário e explícito empenhamento da hierarquia ministerial, como acontece

noutros países? E porque não, o preço dos medicamentos passar a ser estabelecido em função do PIB de cada país e isso ser o garante da sustentabilidade dos respetivos sistemas de saúde? É que o parâmetro geralmente referido de 50.000 USD/QALY para se aferir da adequação do preço de cada novo medicamento, relativamente à sua real mais-valia em termos do impacto medido pela sobrevida em anos com qualidade de vida, foi calculado para economias financeiramente muito mais desafogadas do que a nossa, não devendo pois ser integralmente aplicado à realidade de Portugal!

Se o direito à saúde é vulgarmente considerado como um dos mais importantes numa sociedade democrática, e se os recursos não são infinitos e existe a premência de também responder eficazmente a outras necessidades fundamentais, como por exemplo a educação, a justiça e a segurança, não deverão as opções políticas a serem implementadas abranger assim os cidadãos e a própria sociedade, numa partilha de responsabilidades com os principais atores envolvidos, com a máxima determinação e transparência possíveis?

O que se passou em Portugal com o caso da terapêutica para a hepatite C foi, nesse aspeto, paradigmático. Não fora o Ministério ter agido "à última hora" sob a pressão de doentes que estavam literalmente em situação desesperada, a escassos meses de eleições legislativas, e de se ter negociado, nessa altura, em exclusivo, com apenas um dos vários laboratórios da indústria farmacêutica envolvidos (e não com todos, como seria suposto), e o que se passou poderia ter sido apresentado perante todo o Mundo como um notável exemplo daquilo que tenho vindo a expor. Um outro senão foi o facto de não ter beneficiado de forma igualitária os doentes de todos os hospitais nacionais, pois, nalguns, a implementação dessa legislação foi muito lenta, o que se me afigura verdadeiramente insustentável e antiético. É que é necessário, e mesmo imperioso, encontrar respostas cabais para todo este complexo conjunto de problemas, pois também as estatísticas nos dizem que a nível comunitário o Estado Português é dos que diretamente menos financiam os cuidados de saúde, em percentagem da riqueza do próprio país, ao passo que os cidadãos são dos que mais despendem diretamente com os mesmos!

Há uns quantos anos, fui convidado, por uma instituição privada de ensino superior, para integrar o seu corpo docente, nas duas tentativas em que a mesma se candidatou a abrir a este setor, o exigente, mas aliciante, ensino da Medicina. Ainda não existiam as restantes Faculdades que posteriormente se seguiram às denominadas cinco clássicas onde a maioria dos médicos que exercem atualmente se formaram. Lembro-me de, numa das entrevistas a que compareci, ter dito ao então responsável desse projeto que só aceitaria tal honroso convite, se não fosse

para formar médicos em excesso, ou para fomentar o desemprego e a emigração dos recém-formados, mau grado ter posteriormente lamentado que o mesmo não tivesse tido a devida autorização ministerial, porque me parecia muito bem estruturado em termos pedagógicos, ao prever, por exemplo, uma vivência clínica muito precoce, envolvendo os três grandes hospitais públicos da Península de Setúbal (Almada – HGO, Barreiro – CHLB e Setúbal – CHS).

Volvidos uns anos, no decorrer dos dois triénios em que presidi à distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos, e nos quais se desenvolveram muitas dezenas de iniciativas de interesse geral para a classe e para os demais setores da sociedade, lembro-me de ter dedicado um dia ao tema da "Medicina Privada", e de se ter procedido à visita de duas unidades hospitalares, bem como de ter organizado uma "Mesa-Redonda" com diversos temas em debate. Nesta, um dos oradores, concretamente o então Presidente da Associação Nacional de Hospitalização Privada, defendeu a edificação de várias unidades de internamento dispersas pelo país, sobretudo vocacionadas para o denominado "turismo médico", bem como de uma Faculdade de Medicina privada, nada o parecendo incomodar que viessem, eventualmente, a ser formados médicos em excesso para a necessidade do país, porque dizia que Portugal se deveria transformar na "Cuba da Europa", para que estes profissionais, se necessário, fossem depois exercer para África, e, sobretudo, para os PALOPs.

Tentei contra-argumentar que não seria correto assumir como tendo o mesmo valor para a Sociedade a atividade do "turismo médico", de índole mais comercial e com interesses económicos que, sendo embora legítimos, jamais se deveria sobrepor ao superior dever de se garantir à população do nosso país o acesso a uma Medicina de qualidade, tal como não entendia que médicos formados nesses ditos hospitais, onde a patologia geriátrica e crónica iriam ser largamente predominantes, fossem competentes para irem depois tratar doentes com tuberculose, malária ou SIDA, em países ainda em desenvolvimento, com meios muito mais exíguos do que aqueles com que tinham tido a sua formação e experiência pré-graduada.

Estas duas histórias exemplificam aquilo que sempre considerei, ou seja, que tem existido uma enorme falta de planificação no que concerne à abertura de um número perfeitamente desajustado de Faculdades de Medicina a nível nacional, e que a "propositada" formação de um número manifestamente excessivo de licenciados a prazo é bem pior para os cidadãos, para os doentes, e para a própria sociedade, do que a que decorre da sua relativa (não demasiada) carência, pelo simples facto de que, para além do mais, é necessário vivenciar a profissão com o

mínimo de tranquilidade, devendo também existir tempo e condições adequadas para adquirir a imprescindível experiência, o que jamais aconteceria se os médicos tivessem que "disputar" os doentes para sobreviverem economicamente.

O número de médicos, no global e em cada especialidade, deverá então ser determinado em função das necessidades assistenciais efetivas da uma sociedade, e não obedecendo a outro qualquer condicionalismo estratégico conjuntural ou em resposta a outros propósitos de índole predominantemente económica e setorial de um qualquer grupo profissional ou empresarial existente. Condições que, logicamente, tanto as Faculdades públicas, como as privadas se deveriam comprometer a respeitar, devendo os Ministérios da Saúde e da Educação constituir-se como que o garante efetivo de tal verificação!

CONCLUSÕES

O maior problema e o único que nos deve preocupar é vivermos felizes

VOLTAIRE
Ensaísta francês, 1694-1778

Já no decurso deste ano, fui convidado para fazer a Conferência de encerramento de uma reunião patrocinada pela Sociedade Portuguesa de Artistas e Escritores Médicos, tendo o tema sido "Pintura e Medicina", cuja cuidada e exaustiva preparação, curiosamente, não deixou de influenciar a minha visão dos problemas que aqui tenho vindo a escalpelizar. Este é um projeto de livro que gostaria, um dia, de ter tempo suficiente para o concretizar. O que já fiz referência, *Ode ou Requiem*, não o considero, propriamente, na verdadeira essência, um livro, mas antes, como já lhe chamei, um "vómito da alma", pois foi escrito de rajada e num impulso incontido, movido por uma mescla muito forte de recordações e de sentimentos. Este artigo, que trazia há muito na minha cabeça, é como que um "vómito da consciência", pois é fruto de alguém que se considera dos mais inconformados com o rumo que a Medicina tem estado a trilhar, tal como já descrevi, embora, igualmente, dos menos surpreendidos, tal como já o tenho expressado em muitas conferências e em outros tantos artigos de opinião que tenho escrito.

Vivemos uma crise de confiança no sistema político e nas suas lideranças, só comparável à que ocorreu na primeira metade do passado século e que coincidiu com o deflagrar dos dois conflitos mundiais que arrasaram a Europa e se refletiram negativamente em muitos outros países (incluindo o nosso) dispersos por

esta "nossa casa coletiva" que se chama planeta Terra. A enorme crise que, estou convicto, futuramente se irá agravar ainda mais, será determinada por diversos fatores, onde se destacam a não renovação geracional, fenómeno que é já uma realidade no seio da classe médica ao nível nacional.

Acresce ainda o facto de, como as condições de trabalho são cada vez menos atrativas e com maior insegurança quanto às perspetivas futuras, uma parte importante dos jovens médicos (onde se inclui os que já se formaram em universidades estrangeiras) está a emigrar em números crescentes, enquanto outros também pensam poder tomar idêntico rumo, hipótese que até mesmo aqueles que já são de outras gerações bem anteriores não desdenham completamente... Ao afirmar-se correntemente que temos um Serviço de Saúde "demasiadamente" bom para a realidade do país, não se estará a fazer precisamente o contrário do que seria lógico, ou seja, fazer elevar o nível dos outros setores para aquele que, de facto, é (ainda!...) o melhor serviço público jamais existente em Portugal? É que, para o defender com coragem e assertividade, é necessário muito mais do que apenas determinar a obrigação de se passar ter que colocar um monograma alusivo ao SNS nos *sites* e na correspondência oficial emanada pela hierarquia e pelos restantes funcionários do Ministério da Saúde, ou erigir bustos ao venerável fundador do SNS...

Então, como ter e transmitir esperança se, como digo textualmente em *Ode ou Requiem*, "...o dinheiro, que sempre foi meio para a obtenção de poder, viu-se agora promovido ao estatuto de virtude suprema com direito a um regime fiscal favorável a condizer... e as condições adequadas à prática da Medicina estão a ser indevidamente postas em causa pelos(s) poder(es) político(s) que nos têm sucessivamente governado através da incessante implementação das eufemísticas 'reformas', 'reestruturações' e 'requalificações'?!..." A que acrescentaria, quando presenciamos que as denominadas "elites" primam pela falta de verdadeira cultura, não se preocupando em ser a personificação do bom exemplo, e quando o Mundo é literalmente governado por anónimos e hediondos agiotas, que tanto ganham fortunas com os grandes negócios "sujos" (droga, armas, prostituição, tráfico humano, etc.), quanto com os supostamente "decentes", mas que não têm qualquer pejo em "abastardar", vindo frequentemente a ditar a falência fraudulenta de empresas e até, mesmo, de países, pouco se importando com o Ser Humano, desde que os seus próprios interesses sejam (in)devidamente salvaguardados, por certo, segundo os seus próprios padrões (a)"morais" de comportamento!

Impõe-se, assim, perguntar, porque é que, presentemente, ser rico é sinónimo de ser virtuoso, segundo esses referidos padrões? E porque é que se teima

em espartilhar as Nações com um conjunto de compromissos financeiros que demagogicamente nos anunciam o "Éden" depois do "Purgatório", quando a incómoda verdade é que jamais saldaremos a dívida contraída, estando mais do que falidos só com o esforço (inglório?...) para pagar os juros da mesma. Isto, apesar de se saber que, certamente, com muitas culpas próprias que importaria assumir também, a crise internacional vigente resultou, em grande parte, da conjunção de duas realidades: A concretização de projetos "faraónicos" de natureza imobiliária que nos fizeram crer que tinham um financiamento comunitário a "fundo perdido" e que, mais do que os cidadãos e a sociedade, foram antes essas "elites" a serem realmente beneficiadas; bem como pela imposição feita pelos dignos representantes dos valores anteriormente (d)enunciados, de serem os Povos a terem de vir salvar *in extremis* o sistema financeiro internacional dos seus respetivos países, a pretexto de se evitar o que aconteceu durante o período denominado de "lei seca", no início do passado século, onde grassou, à semelhança de hoje, a mais obscena idolatria do "Deus dinheiro" e a mais generalizada das corrupções, onde a honradez e o verdadeiro sentido de solidariedade eram (e são), para os mesmos, conceitos risíveis e vazios de qualquer sentido.

Não querendo ser demasiado ingénuo, diria que, talvez só quando as futuras gerações tomarem as rédeas do Poder, e vierem a evitar aquilo que muitos outros já acreditam ser a "única" e, certamente, a "pior" das soluções: Um novo conflito bélico em grande escala que, se vier mesmo a ocorrer, será certamente provocado, não só pelo enorme desespero dos povos e pela ganância desmesurada e predadora dos verdadeiros "senhores do Mundo", mas também pela grande plêiade de nacionalismos extremistas reemergentes, em alegada resposta ao fratricida e não menos nefasto confronto entre as diversas fações religiosas mais fanatizadas, qual eclosão anunciada e sempre temida do *Armagedom* Bíblico...

SETÚBAL, 2016/09/01

Revista da Ordem dos Médicos, número 175 de dezembro de 2016

Notas Finais: Dedico este artigo a todos os cidadãos e doentes do nosso país que estoica e pacientemente vão combatendo todos os dias as enormes adversidades que a doença, a degradação das condições sociais e a desagregação do tecido familiar tão negativamente condicionam a sua vida, e que apesar disso continuam a confiar nos médicos que os tratam. Também aos profissionais de saúde que não desistem, mesmo apesar das enormes dificuldades aqui abundantemente referidas, de minorar o sofrimento e de incutir esperança aos seus doentes, atitudes sem as quais a sua simples existência ficaria completamente desprovida de qualquer sentido. Em especial, ao meu colega e amigo, o ainda Bastonário José Manuel Silva, por ser a personificação do verdadeiro exemplo de verticalidade e de coerência para toda a classe médica, pela maneira como sempre soube defender estes mesmos princípios que, espero, sejam também o mote do pensamento e da ação do seu próximo sucessor.



Representação pictórica de uma extração cirúrgica de cataratas, 1195, autor desconhecido, Biblioteca Britânica. Este tipo de operações foi realizado por várias civilizações ao longo de séculos, designadamente no Egipto, na Índia, na China, na Grécia e em alguns países árabes

A montanha que pariu um rato

O Estado sou EU

LUÍS XIV
Rei de França, 1638-1715

Continuando na senda de intervir cívica e publicamente, embora com alguma irregularidade é certo, na Revista nacional da associação que representa a classe profissional de que faço parte integrante, bem como a inspirar-me na riqueza interminável dos mais diversos aforismos existentes e mais ou menos (des)conhecidos, perante aquilo que vou constatando ocorrer com frequência crescente e com confessada imensa preocupação, acho verdadeiramente imperioso refletir com os meus pares e os demais cidadãos sobre o seguinte tema, que reputo de capital importância: Onde está o Estado? Que papel desempenha no presente, no meu país? E qual o que deveria desempenhar, na sociedade contemporânea?

Confessando que sou dos que entende que não é propriamente a dimensão do Estado que afere da eficácia para desempenhar as suas principais funções, pois existiram, ao longo da nossa longa História coletiva, inúmeros bons (e maus exemplos) que conseguem corporizar esta sentença, bastando invocar o que se passou com a evolução da realidade político-económica dos países nórdicos da Europa, em confronto com o que acontecia nos denominados países da esfera soviética. Como é fácil de constatar, na realidade atual, existe um avanço verdadeiramente avassalador da teoria neoliberal que vai sendo idolatrada como a panaceia universal para todos os males da sociedade através da figura de Estado-Regulador.

Não é propriamente este conceito, mesmo assim, que me causa, *ab initio*, problemas existenciais de fundo, mas antes verificar que se trata quase sempre de um embuste eufemístico, porque o que os seus maiores defensores verdadeiramente querem é a sua completa (mas não confessada) desarticulação, não como os ideólogos do comunismo libertário o preconizaram após a Revolução Francesa, mas antes com o propósito de vir a ser integralmente substituído pelo Mercado, a nova coqueluche conceptual do nosso tempo.

Levado ao extremo, as pessoas passarão tendencialmente a ser encaradas como sendo as peças de uma imensa máquina industrial, ou seja, perfeitamente descartáveis num prazo predeterminado e, enquanto profissionalmente ativas, remetidas muitas vezes para o mero desempenho de um trabalho repetitivo e puramente alienante, tal como foi genialmente satirizado no filme *Os Tempos Modernos* pelo inimitável Charlie Chaplin. O "direito" a vestir a pele de um Ser Humano

na sua plenitude e dimensão passará a ser encarado como que um exotismo e um empecilho, pois exige-se a infalibilidade e a obediência acrítica a qualquer preço às chefias, como tão bem o imaginou o grande escritor inglês George Aldous Huxley no romance visionário *O Admirável Mundo Novo*.

Por isso, o incapacitante *burnout*, que afeta já muitos cidadãos, a depressão que é também uma verdadeira praga das sociedades contemporâneas, tal como algumas outras disfunções altamente limitativas, vão dando corpo à nova teoria emergente e tornam cada um daqueles infelizes num verdadeiro espelho civilizacional. Como consequências desta crua realidade, a taxa de suicídios, de gravidezes tardias, de casais que optam conscientemente por não deixarem descendência biológica direta, de divórcios, o consumo de psicofármacos e das denominadas substâncias de adição, a violência decorrente da desadaptação e da miséria social ou da intolerância étnica e religiosa, os partidários dos diversos nacionalismos mais extremistas, etc., são fenómenos que vão num crescendo em muitos pontos do globo, ameaçando seriamente os alicerces em que a denominada sociedade ocidental foi edificada até ao momento presente.

Vários estudos demonstram insofismavelmente que uma parte muito significativa daqueles problemas é ainda mais prevalente entre os profissionais de saúde do que na população em geral, o que em muitos países é já a corporização de uma profunda crise vocacional. A emigração massiva de cidadãos nacionais para outros países europeus, que se verificou desde o início da presente década, é disso um eloquente exemplo.

Mas, então, quais deveriam ser as funções do Estado, pergunta-se? Na generalidade, poder-se-á dizer, penso que de uma forma assaz consensual, que deve ser sobretudo o garante do bom funcionamento de todas as atividades essenciais de uma sociedade, quer como prestador direto, quer como "simples" regulador, designadamente de tudo o que tiver a ver com a governação propriamente dita, a segurança da nação enquanto país independente e a dos cidadãos, a atividade legislativa, a administração da justiça, a representação diplomática entre estados e nas grandes organizações oficiais de caráter transnacional, devendo ainda assegurar o acesso de todos a uma educação e a uma saúde com qualidade, sem descurar os vetores estruturantes fundamentais da atividade financeira e económica. Se tiver os meios para efetivamente intervir com eficácia, garantido assim a equidade na distribuição e administração dos principais recursos, não me repugnaria nada que, nalgumas das atividades anteriormente referidas, atuasse apenas enquanto regulador e não como prestador direto, designadamente nas que não tenham a ver com as questões de soberania, no respeito pela saudável iniciativa

individual e a liberdade de expressão que sejam exercidas com a necessária responsabilidade social.

A realidade é, porém, bem diversa, consoante a época histórica que for considerada, o que remete também para a imprescindível ponderação daquilo que é o âmago da tradição de cada país. Foi o que assistimos na resposta à última crise económica mundial que deflagrou já na presente década. Na tentativa de evitar a repetição do cenário aterrador que se verificou nos anos vinte do século passado, mais conhecida por época da "lei seca", onde pontificaram os denominados "sindicatos do crime", encabeçados pelo *gangster* mafioso mais célebre de sempre, o famosíssimo Al Capone, até os líderes do capitalismo internacional vieram logo solicitar a célere intervenção dos governos e dos respetivos bancos centrais, pois não queriam sequer imaginar a falência completa e generalizada da banca internacional, mesmo que isso representasse, como veio a acontecer, o consequente enorme aumento da dívida pública de cada país. "Logo se vê", disseram, em angelical e uníssono coro!

Tardiamente, o BCE veio a tentar pôr cobro à agiotagem financeira internacional provocada pelo disparar dos juros da dívida pública dos países mais atingidos da CEE (incluindo, logicamente, Portugal também), mas as autoridades comunitárias têm resistido à mutualização da mesma (na totalidade e, mesmo, da parte correspondente aos anos que se seguiram ao deflagrar da crise) como tem sido lucidamente proposto por muitas individualidades de alguns países. A coragem e a solidariedade que deveria ter existido de início faltou, pois, nos momentos-chave, em que o esforço hercúleo dos cidadãos das sociedades mais atingidas serviu fundamentalmente para salvar os interesses corporativos privados da banca internacional, muitas vezes geridos de forma completamente irresponsável e impune, a soldo do mais genuíno espírito de pura e obscena ganância. Mas que grande incoerência e que desastrosos resultados...

É, assim, na realidade nacional presente, que o Estado diminuto que restou da ressaca da crise, no seio do qual as autoridades oficiais fizeram crer que "apenas" lhe tinham sido retiradas as "supérfluas gorduras", mas a verdade é que já lhe extirparam também os músculos, estão a começar a arrancar-lhe os tendões e ameaçam vir a desarticular-lhe o esqueleto por completo, qual caricatura tosca do corpo de um defunto vítima de atroz cataclismo! Para quê? Com que propósito, afinal?

EXEMPLOS (EM PORTUGAL)

Os agentes da PSP vão de transportes públicos acudir às ocorrências das populações urbanas, porque muitas das suas viaturas estão inoperacionais por não haver verbas para as reparar e comunicam entre si, com frequência, através do seu telemóvel pessoal. O principal museu nacional de arte tem, em plena época turística estival na sua cidade capital, muitas das suas salas fechadas por falta de vigilantes, o mesmo acontecendo com a Biblioteca Nacional. Morrem dezenas de pessoas em incêndios e centenas de casas, empresas e explorações agropecuárias ficaram destruídas com o contributo da inoperacionalidade do sistema nacional de comunicação em estado de emergência civil. As armas do exército foram roubadas dos seus paióis porque o sistema de videovigilância estava avariado, a vedação que delimita o local onde se situam não foi devidamente concertada a tempo e a sua guarda, pelos meios humanos apropriados, não cobre a totalidade do dia. A denúncia pública acerca de disfunções que podem acarretar gravíssimas consequências (como a que fiz recentemente a propósito da inexistência de áreas de serviço de reabastecimento de combustível ao longo dos mais de 80 km da A13 que liga a A23 a Coimbra) ficou por responder por parte das autoridades ministeriais e autárquicas que a ela superentendem, apesar de atravessar as áreas limítrofes do incêndio de Pedrógão Grande, etc., etc., etc.

E, NA SAÚDE (TAMBÉM NO NOSSO PAÍS)?

A faixa etária dos médicos que garantem neste momento o essencial das atividades do SNS rondará os cerca de 55 a 65 anos, em alguns Serviços os Diretores com a categoria de Chefe de Serviço chefiam-se a si mesmos, pois o que têm como colaboradores diretos resume-se à prestação de umas quantas horas semanais de colegas contratados (como acontece com a Anatomia Patológica e a Dermatologia); os blocos operatórios encerram frequentemente por falta de Anestesiologistas; a diferenciação técnica das equipas da urgência geral dos hospitais públicos de média dimensão decresceu enormemente no espaço de uma década e não conseguem cumprir adequadamente, algumas vezes, a missão que é suposto desempenharem, constatação que se estende à urgência pediátrica e à obstétrica (com as particularidades que lhes são reconhecidas); a realização dos exames auxiliares de diagnóstico e/ou a obtenção dos seus inerentes resultados (sobretudo de Imagiologia) é de tal forma demorada em muitos casos que atrasa enormemente a obtenção do diagnóstico correto dos doentes (logo, tendo implicações de monta no início do tratamento mais indicado e postergando ainda mais

a alta clínica dos doentes das enfermarias hospitalares), porque a contratualização externa de serviços é muito restringida e os recursos humanos internos especializados estão exauridos; os casos de índole social acumulam-se nas urgências e nas enfermarias dos hospitais públicos por dias (quando não por semanas ou meses); o acesso aos cuidados paliativos e continuados ainda não corresponde suficientemente às necessidades efetivas das populações; a assistência médica aos doentes detidos em meio prisional é caótica; o atraso no ritmo da implementação da novas Unidades de Saúde Familiar e na promoção das existentes a "Modelo B" fica muito aquém do pretendido e anunciado; a Carreira dos Médicos de Saúde Pública está num verdadeiro limbo de indefinições; o sistema de avaliação imaginado para ser aplicado às carreiras médicas é de tal forma desadequado que ficou a hibernar em quase todas as gavetas dos supostos responsáveis pela sua implementação; o tempo para a integração da (verdadeira) inovação terapêutica no armamentário farmacológico é cada vez maior, o mesmo acontecendo com a aprovação dos ensaios clínicos; os sistemas informáticos disponíveis são um verdadeiro imbróglio, por serem demasiadamente lentos e ficam frequentemente inoperacionais por longos períodos; o acesso a algumas bases de dados, como o caso do SI.VIDA, permanece indevidamente vedado, mesmo para projetos independentes de investigação; a burocracia reinante é verdadeiramente ciclópica; os relatórios de *benchmarking* que vão sendo oficialmente divulgados comportam cifras que carecem da necessária homogeneização metodológica para serem corretamente interpretados, etc., etc., etc.

CONSEQUÊNCIAS?

O grau de frustração e de esgotamento físico e psíquico dos médicos são realidades crescentes, as demissões de cargos de chefia sucedem-se ciclicamente, a composição das escalas das equipas de urgência é um verdadeiro quebra-cabeças para os seus responsáveis, as reclamações por parte dos doentes não diminuem, e a perplexidade é enorme perante a constatação do desnorte e da incoerência relativos à implementação de algumas das políticas do setor, bastando para isso invocar o que se passou muito recentemente com o Despacho que pretendia, inconfessadamente, na prática, restringir muito o número de doentes com hepatite C a poderem ser tratados através do financiamento centralizado estatal que vinha a ser utilizado, quando escassos dias depois foi revogado, e, volvidos outros tantos dias, se decidiu emitir em catadupa os documentos de compromisso financeiro para que as muitas dezenas de doentes que dele aguardavam há

meses pudessem ser finalmente tratados, assim como ainda o facto dos infetados pelo genótipo 2, por não ter sido explicitamente incluído nas negociações com os respetivos laboratórios da indústria farmacêutica detentores das patentes dos medicamentos aprovados, e que permitiria o seu tratamento com a eficácia reconhecida, só lhes restar uma de três hipóteses presentemente (não serem tratados, serem tratados com esquemas subótimos e já internacionalmente não recomendados, ou onerarem indevidamente as instituições onde fazem o seu seguimento clínico regular, pela necessidade de recorrer a combinações ainda não comparticipadas). Onde estará a lógica? Quem se responsabilizará pelas consequências desta iniquidade que fere a ética profissional médica e o direito constitucional do cidadão ser tratado com a adequação exigível a um Estado de Direito Democrático como, supostamente, será o nosso? Quem se responsabiliza pelo verdadeiro "rombo" no erário público que tal acarreta? Não compreenderão estes responsáveis que impor um teto à despesa não é necessariamente incompatível com não obstaculizar o tratamento de todos os doentes num prazo adequado e aceitável?

Retomemos o início desta curta dissertação. Ainda bem que já não estamos no tempo do apelidado Rei Sol, durante o reinado do qual o mesmo terá alegadamente afirmado a enorme "boutade" de se confundir ele próprio com o Estado de que era soberano absoluto. Mas também não deixemos de refletir sobre a nefasta e paralisante exiguidade da capacidade objetiva de atuação do Estado atual que (supostamente) é responsável (?) pelo nosso destino coletivo.

Relembro, pois, três pensamentos eternamente atuais e que vêm muito a propósito deste desabafo, e sobre os quais desafio todos a meditarem bem:

- "Um homem sem ética é uma besta selvagem sobre a terra" (Albert Camus, pensador e escritor francês, 1913-1960)
- "Se a vida não tem preço, nós comportamo-nos sempre como se alguma coisa ultrapassasse, em valor, a vida humana... Mas o quê?" (Antoine de Saint-Exupéry, escritor, piloto aviador e aventureiro francês, 1900-1944)
- "Só a partir do momento em que a criação e a manutenção de condições decentes de vida para toda a humanidade seja plenamente reconhecida e aceite como uma mera obrigação de todas as pessoas de todos os países é que, com um certo grau de razoabilidade, nós poderemos começar a falar que vivemos num mundo civilizado" (Albert Einstein, físico alemão, 1879-1955)

PERGUNTO ASSIM, A CADA UM DOS LEITORES, O SEGUINTE

Em que estado está o cumprimento das regras da ética profissional e, mesmo, civilizacional, no nosso país? Que preço atribuímos à vida (à nossa e à do nosso semelhante, bem entendido) e quanto gastamos (e teremos vontade e capacidade para vir a gastar) com a prestação dos cuidados de saúde de que necessitamos? Estaremos mesmo cientes do longo caminho que nos falta ainda percorrer para podermos afirmar que vivemos numa sociedade justa e verdadeiramente civilizada?

Sendo eu um ateu, não deixo de reconhecer, com muito agrado, que o Sumo Pontífice da Igreja Católica, o Papa Francisco, tem exortado com assaz propósito todos os cidadãos deste (nosso) Mundo à urgência de refletirmos enquanto pessoas individuais e sociedade coletiva nestas importantíssimas temáticas.

Um desafio: Que o Estado deixe de ser um "tigre de papel", qual "ratinho minúsculo" saído de uma enorme toca.

E, ainda, mais outros dois: Que haja a coragem de suspender, invocando justa causa, o pagamento das portagens da A13 e que a respetiva concessionária seja literalmente impelida a construir, num muito curto prazo, duas áreas de serviço adjacentes ao seu troço viário. E que o Sr. Ministro da Saúde esteja suficientemente inspirado no próximo dia 28, quando anunciar o novo Plano Nacional para a hepatite C, corrigindo todas as graves deficiências aqui apontadas. Ficaria (ficaríamos) muito satisfeito(s) com esses dois exemplos.

Deixo-vos com um último pensamento de um cidadão inglês, Prémio Nobel da Literatura e certamente um dos maiores estadistas do século XX, Winston Churchill (1874-1965): "A diferença entre um estadista e um demagogo é que este decide pensando nas próximas eleições, enquanto aquele decide pensando nas próximas gerações".

SETÚBAL, 2017/07/20

Revista da Ordem dos Médicos, número de julho/agosto de 2017



Representação pictórica do tratamento de uma fratura de um membro superior, 1517, Hans von Gersdorff, cirurgião germânico (1455-1529)

"Diálogo. Diálogo? Sim, diálogo! Hã... diálogo..."

Toda a cultura é um diálogo com o seu tempo

VERGÍLIO FERREIRA
Escritor português, 1916-1996

É melhor não dizer nada do que ter um diálogo estéril e burro em conversas com os bípedes

ARTHUR SCHOPENHAUER
Filósofo alemão, 1788-1860

Na minha família sempre se cultivou a tradição de fazermos acompanhar as refeições por interessantes conversas, quando não de acaloradas discussões, muitas vezes participadas em simultâneo por três das suas gerações e por um número considerável de intervenientes e, ainda, não raramente, mesmo por elementos exteriores ao seu círculo estrito (amigos, visitas, etc.) que a elas sempre se juntaram com notório prazer. Sem que nunca ninguém tenha daí saído incompatibilizado com quem quer que fosse, tal nunca obstaculizou que cada um procurasse defender os seus pontos de vista com os argumentos que achasse mais convenientes, sendo o tema, frequentemente, de índole política.

A esmagadora maioria considerava-se oposicionista ao regime ditatorial que então estava instalado, mas, por exemplo, o meu avô paterno era um convicto (mas ingénuo) situacionista. Um dos seus tios e vizinho do outro lado da estrada da mesma aldeia (o meu avô materno), pelo contrário, era um convicto republicano. Tal posicionamento fez com que se visse, um certo dia, na contingência de ser confrontado com um nada amigável interrogatório dirigido por alguns agentes da polícia política da altura, tal como algo semelhante viria a acontecer a um seu neto e meu primo, nos finais da década de sessenta do século XX, em Coimbra, no auge da crise estudantil que se havia estendido desde França. Todos nós crescemos, pois, a privilegiar o diálogo como um meio insubstituível de confronto intelectual sério e leal, primeiro sob a mordaça da censura e com o justificado receio das possíveis consequências de se possuir convicções consideradas pelo poder então instituído como sendo subversivas, e, depois, já em plena liberdade, de uma forma aberta e sem qualquer temor das mesmas.

O tempo foi passando e, de uma forma que não consegui antever de todo, o diálogo veio a transformar-se numa outra coisa bem diferente. Já não num meio, mas antes num fim em si mesmo, o que considero uma completa subversão do seu saudável espírito fundacional. Deixaram de se promover a realização de reuniões

para se fazer o confronto aberto de ideias e de estratégias com o intuito de se tomarem as melhores decisões possíveis, para se resolverem os problemas reais que afetam os cidadãos e a sociedade, mas apenas com o intuito de se cumprir uma mera formalidade que integra o rol dos rituais daquilo em que se transformaram os atuais regimes democráticos representativos.

Quando se assiste publicamente a um Ministro, após as sucessivas reuniões que promove ou a que decide comparecer, quer com os líderes dos organismos representativos dos profissionais do setor, quer com quem possui a representatividade institucional dos cidadãos, a clamar que os argumentos que lhe são presentes até são justos, e, depois, nenhuma alteração substantiva de rumo acontece, é um sinal inequivocamente demonstrativo da grande crise de valores que vai grassando, porque o diálogo transformou-se antes num monólogo, uma vez que as decisões já vão previamente tomadas quando se realizam essas reuniões e nenhum argumento, mesmo os que se confessa de forma explícita estar de acordo, altera significativamente o que se vai anunciar como sendo a decisão final. De seguida, enumerarei, então, algumas disfuncionalidades que são eloquentemente exemplificativas daquilo que estou a querer dizer.

Anunciou-se publicamente, há quase um ano, que se iria finalmente resolver a questão do apoio médico, por parte do Ministério da Saúde, à população prisional. Algum tempo antes, a comunicação social dera eco que um serviço hospitalar da cidade do Porto teria conseguido tratar, com as terapêuticas mais inovadoras disponíveis, algumas dezenas de doentes portadores de infeção crónica pelo HCV, detidos numa certa instituição prisional limítrofe, o mesmo tendo acontecido, já no decurso deste ano, em Lisboa.

No caso do Serviço que dirijo, há quase duas décadas que participo em sucessivas reuniões com representantes dos Ministérios da Saúde e da Justiça para dar esse mesmo apoio aos detidos nos estabelecimentos de Pinheiro da Cruz e de Setúbal, bem como à população civil do Litoral do Alentejo (no HLA-ULS), mas completamente em vão. E não só para a infeção por HCV, mas também para o HBV e o VIH, DTSs, tuberculose, etc. Sempre afirmei que necessitava de recursos humanos (sobretudo, médicos) para o fazer, até que finalmente consegui um contrato para uma recém-especialista, mas esta aguarda há quase um ano que se reúnam as condições para finalmente se concretizar esse objetivo. Nem uma videoconferência e duas deslocações a esses mesmos estabelecimentos perto do final do ano transato, acrescidas de um bom par de reuniões e de um Plano atempadamente remetido, foram até agora suficientes! Enquanto isto, registaram-se muito recentemente quatro casos de tuberculose resistente numa dessas instituições, o que coincidiu

precisamente com a altura em que a mesma passou a estar desprovida de apoio médico, de enfermagem e de farmacêutico, o que fez com que a medicação tivesse passado a ser distribuída por uma funcionária não habilitada para o efeito (e apenas a que é de administração oral!). Até quando? Com que consequências?

Enquanto o Serviço que dirijo se debate com estas dificuldades, existem outras unidades hospitalares (como Cascais e Caldas da Rainha) que conseguiram ultrapassar estes obstáculos e já fazem regularmente apoio aos estabelecimentos prisionais que lhe estão adstritos há bastante tempo. Como explicar então esta assimetria de critérios? Quem assumirá as responsabilidades decorrentes do caos que se poderá vir a instalar a muito curto prazo, se houver um motim, se o número de casos vier a aumentar de forma descontrolada ou se se estender à população civil? Será que os responsáveis não serão capazes de entender que esta problemática só se resolve com uma efetiva vontade política de concretizar um verdadeiro Plano, fornecendo simultaneamente os meios necessários para a sua execução, e, não, com anúncios inconsequentes da publicação de legislação ou da assinatura de acordos intersetorias avulsos.

É que tal estratégia implica, obviamente, o reforço efetivo dos meios humanos e financeiros dos Hospitais e dos Centros de Saúde, para se poder finalmente prescindir, de uma vez por todas, do sistemático recurso às empresas que pululam, explorando as insuficiências das instituições públicas do SNS, pois fornecem profissionais insuficientemente preparados, mal remunerados, desmotivados, desgarrados de qualquer hierarquia funcional e científica, e, sem o mínimo de estabilidade, pois mudam com uma rapidez vertiginosa, o que é absolutamente impeditivo da prestação de cuidados de saúde com o mínimo de dignidade, qualidade e humanização!

Mas, existem, infelizmente, mais uns quantos exemplos que não queria deixar de ter a oportunidade de enumerar. As Carreira Médicas, um dos pilares mais importantes do SNS, foram completamente desarticuladas. Exemplos: O novo processo para colocação de médicos nas instituições do SNS não passa de uma formalidade administrativa em que se somam e dividem umas quantas classificações anteriormente obtidas, quando o processo não é completamente subvertido pela contratação direta que se diz querer tornar ilegal. As vagas colocadas a concurso não obedecem frequentemente às necessidades reais das instituições, teimando-se, obstinadamente, em tentar colocar especialistas isolados em hospitais sem um Serviço da especialidade correspondente, o que se traduz em uma de duas coisas: ou ficam desertas de concorrentes, ou, quem lá é colocado, só o faz como

meio de subsistência económica e transitoriamente, pois saem logo que possível, para outros hospitais, ou, mesmo, para outros projetos profissionais.

Os concursos para a graduação abrem tardiamente e a conta-gotas, mas o espaço de tempo entre o processo de candidatura e a realização das provas demora, frequentemente, vários anos até à sua conclusão. Como resultado de tudo isto, existem, presentemente, muitos médicos que a última vez que foram avaliados foi no exame de saída da especialidade, há já muitos anos, sentindo-se naturalmente frustrados e desmotivados. Ninguém será capaz de entender o enorme prejuízo desta realidade, pergunto? E o que dizer do contingente perigosamente crescente dos denominados médicos indiferenciados e dos naturais reflexos negativos na formação das novas gerações?

A situação dos Serviços de Urgência hospitalares é verdadeiramente caótica. Por muito que se anunciasse que se iria terminar com a contratação de médicos desprovidos de qualquer especialidade através das mesmas empresas que já anteriormente referi, o que efetivamente aconteceu foi bem diverso. Verifica-se, com frequência crescente, que existe uma "nova" plêiade de profissionais a assegurarem cada vez mais funções nestes serviços, mas dos quais alguns estavam afastados há uns quantos anos. Refiro-me aos colegas já reformados, por vezes com mais de sessenta ou, mesmo, setenta anos. Penso ser uma nova e interpelante realidade, bem demonstrativa de uma extrema fragilidade social que a crise económica veio despoletar.

As demissões das chefias médicas sucedem-se em catadupa, porque os colegas alegam exaustão física e psicológica, bem como falta de condições adequadas de trabalho e de segurança para os inúmeros doentes sob a sua responsabilidade. Mesmo nos Hospitais classificados como de referência e mais diferenciados, faltam médicos em determinadas especialidades, como por exemplo, de imagiologia. Como se poderá afirmar conscientemente que tudo é passível de ser resolvido com o simples recurso à telemedicina?!... Pergunto, pois: Ir-se-ão transformar indistintamente e sem qualquer critério clínico racional, os pedidos de ecografia em TACs ou RMNs? Com que acréscimo de despesa? E a imagiologia de intervenção, quem a irá executar? Irão os doentes ter de esperar pelo dia seguinte ou ser escusadamente operados de emergência, por falta desse meio de diagnóstico e de terapêutica? E o que dizer da falta do contacto humano, da discussão clínica interpares, muitas vezes imprescindível, entre o clínico e o imagiologista, que é, não raramente, a única forma de se chegar a um diagnóstico correto? E quem cuida de garantir a qualidade dos relatórios que são produzidos (mais uma vez por elementos das mesmas empresas), onde a regra é serem puramente descritivos

e omissos relativamente às diversas hipóteses de diagnóstico passíveis de serem consideradas? Tal não é, contudo, de admirar, porque o critério mais valorizado no caderno de encargos que preside à adjudicação dos contratos que são assinados é o fator preço, e, consequentemente, como diz o sábio aforismo popular, "o barato, sai caro". Muito caro mesmo, pelos vistos! E o que dizer também da não renovação adequada de instalações, persistentemente prometida e sempre adiada, de determinadas unidades hospitalares em crónica rotura, como Faro, ex-Hospitais Civis de Lisboa, Vila Nova de Gaia (e tantos outros)?

Um derradeiro exemplo, porque muito mais haveria para dizer, mas as limitações de espaço a isso obrigam. Como explicar que o mesmo ato médico ou cirúrgico seja remunerado pela mesma entidade, o Estado Português, de modo completamente diverso, consoante a natureza do prestador? Porque é que, a título meramente exemplificativo, uma cesariana paga pela ADSE a um Hospital privado tem um retorno financeiro muito superior do que o que é negociado para um Hospital do SNS? Porque é que, nestes, ao contrário dos outros, os meios auxiliares de diagnóstico requisitados não têm qualquer custo atribuído, alegando-se que o mesmo está incluído no denominado "preço compreensivo" negociado nos contratos-programa entre os hospitais e as ARSs, para cada episódio de consulta externa ou de internamento? Porque será que esses valores, por exemplo, para os doentes do Serviço que dirijo são substancialmente inferiores aos que são negociados para as mesmas patologias que são tratadas nos hospitais classificados como centrais? Não serão os responsáveis do Ministério capazes de entender que estas (e algumas outras assimetrias iníquas e injustas) explicam, em grande parte, o crónico défice atribuído aos Hospitais do SNS e, em especial, daqueles que, como o CHS-HSB, apesar de tratarem um número substancial de doentes com elevada complexidade, logo com uma despesa associada considerável, não são disso proporcionalmente retribuídos financeiramente no seu orçamento anual aprovado pela tutela??

Mesmo nada otimista quanto à evolução que se irá registar no setor da saúde, não quer dizer que não considere que um verdadeiro diálogo já não tenha qualquer utilidade. A esperança, como diz o aforismo popular "é a última a morrer"! Aguardo, pois, para ver e escutar. Pacientemente. Como sempre!

SETÚBAL, 2018/07/06

Revista da Ordem dos Médicos, no número de julho/agosto de 2018



Representação pictórica do tratamento da escoliose
do ano 1000, autor grego desconhecido,
Biblioteca Medicea Laurenziana, Florença

Fragmentos de uma realidade, como mote de uma reflexão acerca do SNS, a partir das citações de três filósofos e de uma homenagem a quatro médicos

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; ou 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 que "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 explanar os três (na realidade, quatro) exemplos com que pretendo questionar V.ª Ex.ª.

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, numas instalações 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, têm de se deslocar de imediato para o Hospital respetivo (D.ª 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, aos 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 noventa 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

dez 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 a 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 (SI.VIDA), 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 a 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 sexta e sétima 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 quarto desta listagem), foi a decisão de "passar a disponibilizar um médico de família a umas quantas centenas de milhares 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, tal como de 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 veem 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



Representação pictórica de uma circuncisão, século XIII,
autor desconhecido, num fresco da Igreja de Tingsted na Dinamarca.
Intervenção cirúrgica realizada muitas vezes por obediência a preceitos
religiosos comuns no cristianismo primitivo, tal como no judaísmo, que
se continua a praticar atualmente, designadamente em países africanos
de elevada prevalência da infeção VIH, como método complementar para
diminuir a transmissibilidade deste vírus durante a atividade sexual

O DILEMA DE UMA DICOTOMIA

Parece que a filosofia que suporta a política oficial vigente é a de considerar que quem aponta as insuficiências e alerta para os perigos que despontam estará afinal contra os grandes projetos da sociedade e as principais causas da cidadania. No que concerne ao que se passa no setor da saúde no nosso país, tal afirmação parece aplicar-se, com toda a propriedade, uma vez que vamos tomando conhecimento que, segundo os responsáveis do atual Governo, o desempenho é quantitativamente positivo no que à "produção" diz respeito e que a Saúde passou a ser considerada como prioritária no próximo Orçamento Geral do Estado.

Ao longo de cerca de um quarto de século tenho vindo a publicar vários artigos de opinião na Revista da OM, onde assumo uma posição muito crítica acerca da evolução deste setor da política nacional, sendo certo que tudo o que me move é precisamente o contrário do que o que se pretenderá fazer supor para com quem assim procede. Em nada e em nenhum momento se poderá inferir que fui ou sou contra o SNS, ou que defendo interesses escusos a mando de alguém menos idóneo. Bem pelo contrário! Tenho-me como uma pessoa livre e independente de qualquer um dos *lobbies* existentes, apenas me movendo uma questão de sã consciência na defesa das boas causas da Humanidade, e, mais especificamente, dos Doentes e dos Médicos. Mais, estou plenamente convicto que integro uma geração de profissionais que optaram maioritariamente por virem para a Medicina por vocação, para servirem com ética a prática do seu mister segundo a *leges artis*, e que ajudaram, com abnegada entrega, no seu dia a dia de trabalho, a concretizar o projeto do SNS que alguém de enorme visão estratégica decidiu mandar implementar, alguns anos após a revolução dos cravos, num país, na altura, reconhecidamente atrasado e amordaçado, pois esteve mais de quatro décadas desprovido das mais elementares liberdades cívicas, no qual grassava a iliteracia.

Sei que nem todos se dão ao trabalho de perderem ciclicamente umas quantas horas em aturadas leituras e reflexões, bem como a escreverem o que lhes vai no pensamento e na alma, no sentido de compartilhar com os seus pares (e mais alguém também...!!!) ideias suficientemente fundamentadas e expressas com toda a frontalidade e coerência, próprias de quem exerce esta inolvidável profissão há quase quatro décadas e que gosta de pensar nas coisas importantes da vida. Tal como sei que muito do que escrevo é perfeitamente entendido pelos que aparentemente se "abstêm", bem como por muitos cidadãos (meus doentes, mas não só!) com quem tenho feito regularmente esta saudável partilha ao longo do tempo.

Esta posição de assumida irreverência faz com que seja encarado por alguns daqueles a quem me dirijo, com uma notória incomodidade (embora não explicitamente expressa), mas nem por tal não menos notada, como se fosse uma *persona non grata*. É por isso que já afirmei publicamente que tenho imenso "orgulho" pelo facto de, já lá vão quase duas décadas, nunca se ter realizado uma cerimónia de inauguração oficial da "nova" enfermaria dos Serviços de Infeciologia e de Pneumologia, que é uma das maiores reservas de quartos de isolamento com pressão negativa do país (tendo "apenas" ativos quatro dos potenciais onze, ou seja, quatro camas de 26 possíveis) e que foi a última obra hospitalar pública a ser financiada com dinheiros comunitários, mediante um processo de candidatura que então liderei, tal como consta da placa colocada à sua entrada, embora esta nunca tenha sido descerrada por nenhuma autoridade ministerial, como é usual fazer-se. E que tanta falta poderá fazer, num cenário extremo de disseminação de uma doença infeciosa de índole contagiosa, tal como no caso presente do novo coronavírus, ou noutra futura pandemia...!!!

Razões que me levam a afirmar, como disse no discurso que li na muito recente cerimónia de apresentação do livro *A Relação Médico-Doente* (cuja leitura atenta recomendo a todos os políticos), feliz iniciativa da OM de que fui o Editor e Coautor: "...alguns dos que o dizem publicamente defender, por palavras, o que têm feito, desde há uns tempos a esta parte, é asfixiarem o SNS lentamente até à sua total inviabilização a prazo..." e "...não se é bom médico, nem tampouco bom governante, desconhecendo o singular âmago da natureza humana ou sendo-se indiferente às consequências do sofrimento e da deficiência, dado que isso é condição imprescindível, para além do mais, salvarmos aquele que foi (e ainda é...) o melhor serviço público do regime democrático português...".

Não se trata, pois, de apontar caprichosa e inconsequentemente o dedo acusatório à liderança do atual Ministério da Saúde, bem como, sequer, ao anterior governo, mas antes constatar que o "problema" já se arrasta há quase três décadas, havendo mesmo como que uma certa continuidade das políticas (sem substanciais diferenças), independentemente dos partidos políticos que circunstancialmente estejam no governo, tal como daquilo que os mesmos vão afirmando quando estão na oposição ou das intenções solenemente proclamadas aquando dos períodos de campanha eleitoral.

Para fazer uma correta análise deste fenómeno, não nos basta ter acesso às sucessivas estatísticas oficiais, mas também (e diria, sobretudo) estar diariamente presente de corpo e alma nos locais onde se desenrola efetivamente a atividade clínica, captando o sentimento de quem presta cuidados de saúde e de quem os

recebe, e não (apenas) de quem está, desde sempre (ou de há muitos anos a esta parte), a tratar dos aspetos burocráticos relativos aos inúmeros dossiês, fechado em gabinetes, onde, em vez de doentes, se olha com frieza para os números e para os gráficos que vão aparecendo nos computadores, como se isso fosse o espelho fiel da realidade vivida e sentida pelas pessoas. Como aludia a insigne figura de Padre António Vieira "para aprender não basta só ouvir por fora é necessário entender por dentro".

Alguns exemplos bastam para motivar uma urgente reflexão: Como reagir ao clima de grande insegurança e de crispação generalizada que tem conduzido ultimamente à multiplicação de casos de agressão a profissionais da saúde, atirados que são para cenários que mais se assemelham a um campo de batalha, do que a um local onde se pratica humanizadamente a arte médica, como seja o caso dos SUs hospitalares? Como entender o facto de se verificar, com crescente frequência, a integração de algumas equipas de urgência, em certas especialidades, por colegas com idades próximas dos oitenta anos, senão com uma enorme perplexidade? O que pensar de um número preocupante de serviços hospitalares com apenas um médico no quadro permanente, nos quais a maior parte da atividade desenvolvida é garantida por prestadores externos que aí se deslocam umas escassas horas na semana? O que dizer do facto de muitos serviços não terem assegurado a sua continuidade quando o seu diretor, por motivos de reforma, aposentação, cessação do contrato de trabalho, demissão, doença ou morte, deixa vago esse posto? Como inverter o fenómeno crescente de médicos que pedem redução de horário e se deslocam apenas algumas horas semanais ao hospital, mas não diariamente? Como explicar ter-se chegado ao ponto de ver desaparecer o saudável e imprescindível espírito de equipa, em áreas tão fundamentais e sensíveis como é o caso dos SUs hospitalares, ou ver nomeados Diretores de Serviço que não reúnem o consenso e o respeito dos seus colegas que vão passar a dirigir?

Como resolver o avassalador *burnout* dos médicos dos cuidados de saúde primários, cuja prática profissional diária se transformou literalmente numa linha de montagem de ver doentes aos magotes e à pressa, sem terem tempo sequer para fazer adequadamente uma anamnese e um exame objetivo que poderia poupar a requisição de muitos exames auxiliares de diagnóstico e de promover a tão frutífera relação médico-doente? E, ainda, como dar formação às jovens gerações de médicos nestas circunstâncias, em que, para quem visa os seus horários, só parece ser importante contabilizar o tempo despendido no trabalho assistencial, sobretudo nos SUs, sem sequer se dar o devido relevo às (por vezes) degradantes condições em que a atividade clínica se desenrola?

Desconhecerão as autoridades que a nossa classe tem, para além do que anteriormente se enumerou, fundadas razões para se sentir desmotivada e desconsiderada? Como fomentar o gosto pelo trabalho nas instituições do SNS, com instalações degradadas, parque tecnológico desfasado das necessidades efetivas dos doentes, carreiras médicas congeladas há anos, ordenados geralmente baixos e sem aumentos na última década, ou com programas de registo eletrónico de assiduidade que são parametrizados, ora para não contabilizarem nenhuma das (muitas) horas semanais que os médicos dos cuidados de saúde primários fazem (gratuitamente), ou que, no caso dos hospitais, geram um saldo positivo que é anulado a cada trimestre, se as horas não forem gozadas de seguida, mesmo sabendo-se que, nesse eventual e remoto cenário, haveria uma consequente rotura assistencial inevitável, da qual os responsáveis administrativos lavariam certamente as mãos?

Parafraseando José Saramago, que deixou lapidarmente exarado para a posteridade que "se a ética não governar a razão, a razão desprezará a ética", é tempo das autoridades responsáveis do setor ouvirem as razões de quem sempre teve a ética como um referencial inalienável, em vez de estar sistematicamente a promover, como disse no referido discurso, "...eufemísticas reformas, reestruturações ou requalificações eternamente adiadas ou adulteradas e pouco consensuais, chavões que, na realidade, se têm caracterizado por estarem, muitas vezes, vazios de conteúdo e desinseridos de estratégias coerentes ao serviço do Bem Comum, apenas mecanicamente repetidos porque o calendário eleitoral a isso ciclicamente obriga, tendo como consequência constituírem-se como uma ameaça crescente à qualidade da medicina praticada e com as implicações que estão à vista de todos os mais lúcidos e informados e que de nada vale a pena negar ou esconder...".

Sr.ª Ministra, o verdadeiro dilema desta dicotomia, não é tanto entre os que dizem estar a favor ou contra o SNS, mas antes entre aqueles que (ainda que inconscientemente...) o asfixiam até à sua completa inviabilização, e os que não se cansando de apontar as suas insuficiências e omissões para ele sempre contribuíram (e continuam a contribuir) sem reservas, todos os dias, mas, apenas, até um certo dia... Porque ir embora sem deixar garantida a continuidade de algo que se criou e viu crescer, sabendo que corresponde às necessidades vitais de muitas centenas de doentes e de um conjunto de devotados profissionais, não é algo que engrandeça a imagem de quem diz defender tal magnânima causa.

Espero que estas palavras a consigam influenciar positivamente nas suas decisões, pois o SNS está assente numa geração presentemente na sétima década da vida, e ou se inverte rapidamente o sentido das políticas, ou o fim daquilo que se diz defender estará perigosamente próximo.

SETÚBAL, 2020/01/28

Revista da Ordem dos Médicos no número de janeiro de 2020



Representação pictórica da transplantação de um membro entre humanos efetuada por S. Cosme e S. Damião, 1495, autor desconhecido, Mestre de Burgos

SNS: Porque é que é fundamental entender os porquês da presente situação

Aos médicos e aos enfermeiros, exige-se tudo, pede-se de mais, espera-se sempre

ANTÓNIO BARRETO
Sociólogo português, 1942-

A insurreição é a condição da nossa vida. Temos de nos insurgir contra tudo o que está mal

FREI BENTO DOMINGUES
Teólogo português, 1934-

INTRODUÇÃO

As pessoas podem duvidar do que dizes, mas acreditarão no que fizeres

LEWIS CARROLL
Escritor e poeta inglês, 1832-1898

Dar o exemplo não é a melhor maneira de influenciar os outros – é a única

ALBERT SCHWEITZER
Médico, teólogo alsaciano, 1875-1965

Num mundo o que enfrentamos pode ser mudado. Mas nada pode ser mudado enquanto não for enfrentado

JAMES BALDWIN
Escritor e ensaísta norte-americano, 1924-1987

Os temas relativos ao setor da saúde estão novamente na ribalta mediática. Tal como seria expectável, de acordo com o que venho refletindo e escrito desde há muitos anos a esta parte. Por tal me considero, como já disse algures, no meio de tertúlias de acalorados amigos, de familiares e de colegas, um dos menos surpreendidos, embora, também, certamente, um dos mais inconformados, como se preferisse genuinamente não ter razão na argumentação que habitualmente utilizo para justificar o meu estado de espírito.

Depois de dois anos de uma devastadora pandemia, em que o juízo comum formulado foi, um tanto ou quanto compreensivelmente, o de destacar o facto de

tudo ter corrido menos mal do que, na minha opinião, seria a ideia que a grande maioria dos cidadãos conjeturou *a priori* no início, e, desse modo, se ter exaltado, na figura da atual Ministra, termo-nos salvado de um desastre que parecia estar iminente e ser inevitável, ao ponto do Presidente da República, numa atitude simbólica, ter condecorado o SNS em março do corrente ano de 2022, na pessoa de Marta Temido, pelo "notável feito" obtido.

Contudo, há que enfatizar, a verdade é que os verdadeiros e incomensuráveis problemas deste setor não poderiam deixar de reemergir de seguida, como está presentemente a acontecer. Esta mera e efémera ilusão não deixou de servir para ocultar, veladamente, a verdadeira causa de tal inesperado resultado. É que o mesmo, sendo certamente o fruto de um conjunto de vários determinantes, foi muito mais a consequência do empenho incondicional dos profissionais de saúde do SNS, do que dos meios colocados à sua disposição ou da mestria da estratégia implementada pelos decisores responsáveis dos diversos níveis hierárquicos do Ministério da Saúde, tal como expus no meu último livro, apresentado em novembro de 2021, intitulado *Reflexões em Tempos de Pandemia: Histórias de Vida, de Prazer, de Sofrimento e de Morte*.

OS CONTEXTOS

Saber exatamente qual a parte do futuro que pode ser introduzida no presente é o segredo de um bom governo

VICTOR HUGO
Escritor e poeta francês, 1802-1885

Princípio: uma coisa que demasiadas pessoas confundem com interesse

AMBROSE BIERCE
Escritor e jornalista norte-americano, 1842-1913

Os detentores do poder ficam ansiosos por estabelecer o mito da sua infalibilidade que se esforçam ao máximo por ignorar a verdade

BORIS PASTERNAK
Escritor e poeta russo de alegada descendência sefardita portuguesa por parte do pai, 1890-1960

Embora se ouça muitas vezes o vulgar cidadão dizer que os profissionais de saúde são uns privilegiados por "terem sempre emprego garantido" e auferirem "proventos económicos acima da média das restantes profissões", essa sentença não é assim tão verdadeira como se pensa. Não querendo reivindicar, de forma alguma, sumária e demagogicamente, o direito dos médicos a ficarem "ricos" no meio dos "pobres", os restantes setores da sociedade deveriam antes consciencializar-se de que a exigência de atualização profissional sem par e a disponibilidade para priorizar a saúde do outro em desfavor do interesse próprio, como se viu na pandemia, ou que se assiste diariamente nos Serviços de Urgência, nos Blocos Operatórios e em muitos outros "palcos" menos falados e visíveis por esse país fora nas instituições do setor público, não se compadecem com ordenados efetivamente baixos para a carga horária e a responsabilidade que têm, para além de estarem congelados há mais de uma década, altura em que, de súbito, "encolheram" 10%, como medida, entre outras, para se tentar salvar o país da temida "banca rota".

A verdade é que muitos médicos continuam rotineiramente a fazer um número de horas extraordinárias muito superior ao legalmente estabelecido e muito para além da idade limite, às vezes sem o descanso compensatório a que teriam legalmente direito, só para não deixarem as escalas ainda mais vazias e os doentes sem resposta, e não, como muitas vezes cinicamente se insinua, para ganharem ordenados "principescos". O princípio que tem de ser interiorizado pela sociedade é tão simplesmente este: Se é realizado esse tipo de trabalho é porque ele é vital para os restantes cidadãos, e, logo, tem de ser adequadamente remunerado. Embora a verdade é que aqueles mesmos médicos têm que dividir diariamente as tarefas com outros seus colegas contratados à tarefa, que não têm responsabilidade idêntica e, quase sempre, com um grau de diferenciação hierárquica e técnica inferior, mas que auferem quantias de dinheiro várias vezes superiores ao que lhes é creditado, o que é uma tremenda e injustificável injustiça.

As carreiras profissionais foram completamente destruídas, nas quais as avaliações com base no mérito efetivo do exercício de cada especialista na sua função, feitas para a graduação ou para a subida de escalão, foram substituídas por um processo, ora eternamente adiado, ora obscenamente burocrático, no qual os avaliadores são, com frequência, não os pares mais diferenciados dos avaliados, mas antes alguém que é incumbido de preencher uma mera grelha composta por ridículas "picuinhices", contudo, sem que possam recusar-se a fazê-lo pelo espartilho legislativo vigente (no que concerne aos segundos). Para cúmulo, estando

contingentado nestes últimos, à partida, independentemente do mérito de cada um dos concorrentes, o número daqueles que irão progredir.

As condições de trabalho são cada vez mais precárias, pois o Estado deixou de investir, há muito, na melhoria significativa das instalações e do parque tecnológico, pelo que a espera pela marcação de exames auxiliares de diagnóstico e a consequente obtenção dos respetivos resultados é completamente incompatível com o exercício de uma Medicina com a adequada qualidade. Muitos Serviços encontram-se no limite da viabilidade, frequentemente com um número de elementos do quadro inferior ao dos apelidados de "tarefeiros", quando não com apenas um Chefe de Serviço que é o Diretor dele mesmo. O envelhecimento da elite dirigente na classe médica é avassalador, ao ponto de, com os concursos de provimento a ficarem desertos de concorrentes cada vez com mais frequência e com a saída dos jovens especialistas para outros projetos profissionais, incluindo para o estrangeiro, os respetivos Serviços poderem vir a estar, em breve, na contingência de ter de fechar portas uns atrás dos outros, ou de serem concessionados a organizações privadas convencionadas.

Veja-se o caso da Imagiologia, em que cada vez mais são requisitadas TACs em vez de ecografias em muitos dos Hospitais e, sobretudo, em contexto do Serviço de Urgência, porque o especialista de Imagiologia de uma das inúmeras firmas especializadas está algures a ver, por via remota, as imagens que lhe são remetidas, assim se quebrando uma das regras básicas da medicina clínica: Pedir o exame mais adequado para cada circunstância e permitir estabelecer uma discussão presencial interpares, sempre que tal se justificar, entre o clínico que requisitou o exame e o médico que o executou. Porque isso é, não raramente, vital para se chegar ao diagnóstico certo e, consequentemente, para se salvarem vidas e poupar recursos que já de si são tão escassos.

As exigências assistenciais esgotam quase completamente a carga horária dos médicos, e nas contratualizações internas, é a mera contabilização dos atos realizados, a par do balanço contabilístico entre as "despesas" e os chamados "proventos" que verdadeiramente interessa às hierarquias institucionais, como se a qualidade efetiva do desempenho e a capacidade de corresponder às reais necessidades dos doentes fosse apenas isso ou dessa forma traduzível.

Não haver tempo para fomentar e realizar regulares discussões clínicas interpares e interespecialidades, ou para discutir problemas intersetoriais dos diversos Serviços, passou a ser perfeitamente secundarizado, como se de um luxo supérfluo ou de um exótico capricho se tratasse. O mesmo se poderia constatar acerca da possibilidade de integrar projetos de investigação ou de participar em ensaios

clínicos internacionais, o que só poderia voltar a ser realizável com outro tipo de mentalidade e de organização, que permitisse contar com um número mais confortável de profissionais, a par da candente necessidade de se desburocratizar os complicadíssimos processos inerentes que são impostos.

Muitos Serviços encontram-se em acentuada desestruturação, dada a nefasta desmotivação cada vez mais prevalecente, o que se materializa, por exemplo, num incremento progressivo dos médicos que pedem redução do seu horário, o que é do "incontido agrado" das administrações, pois veem nisso, antes, mais um meio de economizarem uns quantos euros no orçamento que têm de submeter à apreciação e aprovação da tutela.

As ferramentas informáticas que são disponibilizadas visam mais aprimorar o controlo administrativo dos índices de produção do que proporcionar uma mais eficiente gestão clínica, ainda por cima não permitindo a sua desejável interconectividade de forma generalizada, o que faz perder o acesso a muitos registos fundamentais ao adequado diagnóstico e tratamento de inúmeros doentes, com um maior dispêndio de recursos na duplicação desnecessária de pedidos de exames auxiliares e com o incremento substancial na duração do processo de avaliação de cada doente, o que se traduz num inerente prejuízo para o mesmo. A que se acrescenta a demora infinita que a aprovação do imprescindível regime de comparticipação da inovação terapêutica farmacológica leva a ser concluído, até chegar aos doentes que dela necessitam, o que nos coloca na nada honorífica posição de estarmos na *pole position* no contexto comunitário.

A autonomia gestionária das administrações, das direções técnicas (médicas e outras) dos Serviços é quase nula, porque o que interessa verdadeiramente é evitar eficazmente que existam notícias bombásticas nos tabloides no dia seguinte, desperdiçando-se a quase totalidade das energias e do tempo disponíveis na gestão dos "pequenos" problemas do dia a dia, em vez de se conseguir gizar e aplicar qualquer plano a médio e longo prazo que fosse capaz de responder às necessidades efetivas das populações e dos profissionais. Assim, adiam-se ao limite do absurdo e desde há muitos anos projetos candentes, tais como os da construção/ampliação dos Hospitais de Lisboa Oriental, de Faro, de Gaia, de Évora, de Setúbal e de muitos outros, tal como de Centros de Saúde, mesmo sabendo-se que o que se gasta anualmente em obras provisórias de adaptação chegaria, ao fim de não muitos anos, para concretizar alguns deles.

Embora se tivesse promovido, e bem, projetos de hospitalização domiciliária, contudo tal não obstou ao facto de Portugal ser dos países comunitários com menor taxa de camas para doentes agudos, bem como estar muito aquém de possuir

o número de vagas necessárias para cuidados de reabilitação, continuados, paliativos ou na esfera da saúde mental, razões que, a par da debilidade social e da iliteracia para estas questões por parte de largas franjas da população, explicam, em grande parte, a sobrepopulação dos Serviços de Urgência, fenómeno que as autoridades governativas teimam em não reconhecer que são estas, em parte, as verdadeiras causas, a par da real rotura dos Cuidados de Saúde Primários.

A formação das novas gerações de médicos corre risco iminente, em certos casos, pelo caos em que muitos Serviços de várias instituições vivem, ao ponto de não serem só os médicos mais jovens que saem do SNS, mas também os cargos de direção médica se tornam progressivamente menos atrativos para uma franja cada vez maior dos elementos do setor dos mais seniores, dada a existência de hierarquias paralelas que não permitem a verdadeira responsabilização de quem dirige os Serviços, a par da enorme desmotivação por não se conseguir reunir condições adequadas para o exercício profissional ou completarem-se as escalas das urgências.

A título meramente ilustrativo, apenas referiria que, presentemente, com a necessidade de dar resposta às Urgências Obstétricas, os internos destes Serviços quase que deixaram de contactar de forma estruturada com a patologia ginecológica, o que irá ter consequências futuras desastrosas, quer para eles, mas igualmente para o sistema de saúde, as instituições e os próprios doentes. Talvez por isto mesmo se noticia que, em alguns hospitais, para preencher as escalas de urgência e evitar o seu encerramento, se desviam recursos humanos de outros locais de atendimento e de formação, como as consultas externas, as enfermarias, e, mesmo, as atividades desenvolvidas nos blocos operatórios.

O conjunto descrito destas realidades é, por si só, suficiente para colocar grandes incertezas quanto ao futuro dos Serviços e, consequentemente, das próprias instituições, pois constata-se que, durante anos a fio, os planos de ação anualmente elaborados, embora fossem sendo aprovados, nunca foram postos verdadeiramente em prática na sua plenitude, uma vez que as medidas propostas para solucionar as necessidades identificadas quase nunca saem do papel. A que se junta a nomeação ocasional de diretores, por parte de algumas administrações, que desvirtua completamente aquilo que lhes dava antes dignidade e a consequente autoridade natural, pois não respeitam o grau de diferenciação técnica e hierárquica, as aptidões para a liderança e a concentração de experiência que facilitavam a natural aceitação imprescindível pelos seus pares.

A problemática ao nível dos Cuidados de Saúde Primários não é de todo menos dramática, até porque muito do que disse anteriormente também se aplica

por inteiro neste âmbito. No domínio da Saúde Pública, especialidade injustamente desvalorizada pelas sucessivas hierarquias e quase que "apenas" supostamente remetida a cumprir trabalho burocrático de "gabinete", tomaram as autoridades, finalmente, a devida consciência da sua enorme valia para o eficaz combate aos grandes problemas sanitários que caracterizaram os últimos dois anos, pelo que se impõe que passem a ter os meios que nunca lhes deveria ter faltado, pois tudo se encaminha para que novas pandemias nos venham a surpreender de futuro.

Nos Centros de Saúde e nas USFs, a parca realidade vigente conduziu à sua transformação numa verdadeira "linha de montagem de ver doentes" como muitas vezes já tenho denunciado, pois o número esmagador de cidadãos que está "apenas" aí inscrito, mas sem "direito" a Médico de Família, é agora superior a 10% da população residente, e só não sendo muito mais elevado porque as listas de muitos dos seus médicos foi ampliada compulsivamente, por meio administrativo, dos previstos 1500 "utentes", para mais de 2000, quando não a rondar o dobro daquele número.

Como é de intuir de imediato, o tempo disponível para cada ato médico é reduzidíssimo, o que impossibilita completamente tentar iniciar a retoma das candentes tarefas de acompanhamento clínico regular e de deteção precoce dos principais problemas de saúde individual das populações, quer na doença aguda, quer na patologia crónica, com especial enfoque nas doenças de prognóstico mais grave e/ou com maior prevalência, que foram parcial ou completamente suspensas durante a presente pandemia.

Porque, pura e simplesmente, era humanamente impossível garantir, em simultâneo, a notificação dos casos de COVID, a vigilância clínica dos infetados por SARS CoV-2 em ambulatório, a observação dos que eram direcionados para os ADRs da comunidade, vigiar o magnânimo, complexo e demorado processo de vacinação, e fazer tudo o resto... que já normalmente tinham muita dificuldade em cumprir adequadamente!!! Pena é que não tivesse sido reconhecido que muitos destes colegas trabalharam horas a fio em casa a vigiar os seus pacientes, por vezes também eles infetados, utilizando o seu computador e o seu telemóvel pessoal, sem, contudo, reivindicarem ou receberem qualquer hora extraordinária. Mais palavras para quê?

UMA MERA QUESTÃO DE CONFIANÇA E DE RESPEITO

Os homens distinguem-se por aquilo que mostram
e assemelham-se por aquilo que escondem

PAUL VALÉRY
Filósofo e escritos francês, 1871-1945

Vivemos todos sob o mesmo céu,
mas nem todos têm o mesmo horizonte

KONRAD ADENAUER
Ex-chanceler alemão, 1876-1967

O homem comum é exigente com os outros,
o homem superior é exigente consigo mesmo

MARCO AURÉLIO
Imperador romano, 121-180

A relação interpessoal (entre médico e doente, entre chefe e subordinado, entre patrão e empregado, entre pai e filho, entre marido e esposa, etc.) deve ter como base, para ser profícua e perene, o respeito e a confiança mútuos. Tal se aplica, na plenitude, na minha perspetiva, ao que se passa entre, por exemplo, o profissional de saúde e o seu patrão no SNS, ou seja, com o Governo, enquanto representante delegado do Estado.

Há uns quantos anos, a então Ministra da Saúde, Leonor Beleza, que ficou célebre por ter conseguido unir a classe médica como nunca antes se vira depois da implantação do regime democrático em Portugal, numa "desesperada" tentativa de pretender demonstrar que o que os médicos queriam verdadeiramente era continuar a ir à tarde para os seus compromissos privados, criou a modalidade da exclusividade de funções, naquilo que, penso, iria permitir hipoteticamente evidenciar a sua pérfida premissa. Debalde. O que aconteceu foi uma enorme adesão da classe a essa modalidade proposta, o que a deve ter surpreendido e deixado sem argumentos capazes de suportar a sua alegada tese. Nesse regime, no qual existia não só um acréscimo da carga horária semanal em cerca de 20%, estava consignado também um incremento de 40% da massa salarial e previa-se explicitamente que implicaria um ganho de um ano para a reforma, por cada quatro em que o médico estivesse a trabalhar sob essa condição.

Uns anos mais tarde, contudo, como que fazendo "letra morta" desse compromisso escrito, o governo de então, legislando com efeitos retroativos, também decidiu acabar unilateralmente com essa "benesse", e, desse modo, a geração

que presentemente está a assegurar maioritariamente o SNS, que aos sessenta anos deveria ter quarenta anos ou mais de Serviço agora exigidos, logo, com direito à reforma por inteiro, viu-se defraudada nessas suas naturais e legítimas expectativas.

Na mesma senda e à semelhança deste mais do que repugnante comportamento, muito próprio de quem não é "pessoa de bem", outra lei passou a possibilitar o exercício da atividade privada dentro dos hospitais públicos aos médicos em regime de exclusividade que fossem ou Diretores de Serviço, ou que tivessem a categoria de Chefe de Serviço, desde que o fizessem em horário não coincidente com o que tinham enquanto funcionários do SNS, pagassem uma percentagem estabelecida dos proventos auferidos à instituição onde exercessem essa atividade, e, por fim, que custeassem o trabalho da funcionária administrativa que os assessorasse, tal como se passa em muitos hospitais públicos por essa Europa fora, pois, aí, não a consideram incompatível, vendo antes nisso, uma maneira de atrair para se fixarem no serviço público os supostamente "melhores dos melhores".

Porém, tal como já referido antes, o mesmo Estado cessou unilateralmente com esta prática e com efeitos retroativos, o que levou à natural revolta dos médicos envolvidos, por se sentirem legitimamente defraudados naquilo que supunham ser um compromisso de honra do seu patrão, pois estavam no estrito cumprimento da lei, e, consideravam, justamente, que, se o legislador pretendia alterá-la, essa alteração nunca deveria ter efeitos sobre compromissos anteriormente firmados, mas valer apenas para futuras contratações.

Mas, se passou a existir uma legítima falta de confiança, tudo se agravou pelo constante desrespeito a que os médicos têm vindo a ser sujeitos. Os exemplos são inúmeros, pelo que apenas referirei os que penso serem mais significativos. No intuito "obsessivo" de considerar os profissionais, em particular os médicos, pessoas não idóneas no que concerne ao cumprimento dos seus compromissos institucionais mais elementares, instituiu-se o controlo eletrónico de assiduidade. Mais uma vez a realidade dos factos se encarregou de virar a "caça contra o caçador". Assim, começou a verificar-se, nos Hospitais do SNS, a acumulação, em muitos casos, de inúmeras horas que passaram a ser "depositadas" numa denominada "bolsa". Como não se queria reconhecer tal facto, pois ia contra o que seria suposto irem constatar, e, porque, muito menos pretendiam ir agora ter de pagar essas horas como extraordinárias, rapidamente fizeram uma regulamentação em que, ao fim de um certo período de tempo, caso não fossem gozadas, como frequentemente acontece para não deixar os doentes sem a resposta que

necessitam, estas são pura e simplesmente subtraídas à dita bolsa, como se nunca tivessem sido realizadas, iniquidade que se generalizou logo de seguida.

Ao passo que, no âmbito dos Cuidados Primários, pura e simplesmente a sua parametrização só permite somar tempo negativo, se acaso o profissional se atrasar, nem que sejam uns escassos minutos. Embora jamais sejam contabilizadas as horas que os médicos ficam a mais nos Centros de Saúde e nas USFs, muitas vezes para fazerem os registos e os relatórios que não têm tempo durante os escassos minutos que dura a consulta médica propriamente dita, só para o utilizarem, o mais possível, no trabalho assistencial. "Ficam porque querem", contra-argumenta a hierarquia de forma soezmente cínica...!!!

Nos hospitais, se faltam os profissionais que têm a responsabilidade real para resolverem os complexos problemas efetivos dos doentes, e sem os quais não se pode dizer que se ministram verdadeiros cuidados de saúde, o número de administradores tem vindo a sofrer um inusitado incremento desde há bastantes anos a esta parte, porque, mau grado o enorme volume de computadores e de programas informáticos existentes, mais do que a qualidade da prática médica e o adequado tratamento dos doentes, o que interessa mesmo à hierarquia ministerial é produzir estatísticas e fazer o controlo apertado daqueles que estão no trabalho assistencial. Secretariado clínico profissionalizado para assessorar os Diretores de Serviço e de Enfermagem é coisa quase que vestigial, ao passo que secretariados para o volumoso contingente de administradores é algo que não pode faltar. Não será isto um exemplo eloquente da chocante inversão de valores que deveria presidir à real missão assistencial destas instituições, apetece perguntar?

E o que dizer das alegadas notícias recentemente difundidas, segundo as quais o atual Ministério da Saúde pretenderia penalizar financeiramente os colegas Médicos de Família que tivessem doentes que contraíssem doenças sexualmente transmissíveis ou que recorressem à interrupção voluntária da gravidez, ou, em contraponto, que anunciam premiar economicamente as Administrações das Unidades Públicas Prestadoras de Cuidados de Saúde pelos alegados "sucessos" no atingimento das metas de produção previstas nos respetivos Orçamentos Programa, negociação que cada vez menos conta com a participação dos responsáveis máximos dos Serviços, que ficam, desse modo, arredados do acesso a partilharem esse prémio, quando são ELES que efetivamente organizam (e também prestam) a atividade assistencial, muitas vezes sem os meios adequados? Onde está a moralidade, pergunto?

É que esta vontade, literalmente, "voraz" de controlar os meios para atingir os objetivos que o Ministério define chegou agora ao cúmulo, com o anúncio da

criação de novas estruturas responsáveis pela gestão operacional, aos níveis nacional e regional, no novo Plano Nacional de Saúde recentemente aprovado, não para substituírem as já existentes, mas para, alegadamente, as reforçarem. Ao passo que se atraem médicos para os Serviços, aos quais atribuem a classificação de "carenciados", o que implica uma majoração de 30% do seu salário mensal, mas que, de forma inadmissível, é retirado compulsivamente ao fim de três anos, mesmo que este esteja ainda numa situação mais depauperada no que respeita aos meios humanos do que anteriormente, e, o que é inadmissível, sem se ouvirem as Direções dos Serviços ou das Instituições.

Como quererá a atual Ministra da Saúde que os profissionais de saúde se sintam, quando assistem a estas tomadas de decisão pelo seu Ministério, sabendo que os Diretores de Serviço e os Diretores Clínicos têm vindo a ter de encerrar diariamente serviços importantes para as populações por falta de condições logísticas, e, sobretudo, pela exiguidade dos meios humanos disponíveis, ou que os médicos denominados vulgarmente de "tarefeiros" têm a sua ficha institucional de funcionário no setor do aprovisionamento, e não no dos Recursos Humanos, porque aí a rubrica da despesa já não é inscrita da mesma forma e não obedece às mesmas regras apertadas de controlo gestionário da hierarquia regional e ministerial, como se os mesmos fossem equiparados a qualquer bem de consumo descartável, ou seja, exatamente como num mero processo aquisitivo de agulhas ou seringas. Repugnante!!!

Sentimento de natural repulsa que se ampliou imenso quando se toma conhecimento do anúncio muito recente da forma prevista pela Ministra para resolver "a preceito" os problemas decorrentes da falta de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, segundo a qual se prevê recorrer ao serviço de "especialistas noutras áreas, ou, mesmo, aos que não têm qualquer especialidade", como se pretendesse, de uma penada, não só desvalorizar essa especialidade, bastante mais complexa e exigente do que o Ministério da Saúde pretende fazer crer com estas medidas, mas, igualmente grave, desrespeitar o direito dos doentes a disporem de uma assistência de qualidade, como se lhes quisesse "vender gato por lebre", como sabiamente diz o famoso aforismo popular. Inqualificáve!!!

CONCLUSÕES

A saúde não se pode comprar.
Mas permite fazer grandes poupanças

ANNE WILSON SCHAEF
Psicóloga clínica norte-americana, 1934-2020

O negócio que não rende nada além de dinheiro
é um mau negócio

HENRY FORD
Industrial e inventor norte-americano, 1863-1947

O português ideal não precisa de ir à escola, nem ao hospital,
nem ao tribunal. Na verdade, o português ideal
é um português defunto

RICARDO ARAÚJO PEREIRA
humorista português, 1974-

Os tempos por que passamos caracterizam-se, entre outras coisas, pela valorização demagógica de meras intenções, pouco parecendo contar se há ou não concretização posterior dos planos que se anunciam antes com grandes parangonas. É assim com a Humanização e com a Qualidade dos Serviços, expressões muitas vezes repetidas nos discursos, mas por quem só delas tem uma noção teórica ou por quem quer fazer destes, apenas, enganadora propaganda. Para responder à crise, alega-se com a falta de médicos, culpando a sua Ordem, a quem se ameaça vir a condicionar o respetivo poder regulatório delegado pelo Estado desde há décadas, por esta, supostamente, estar a defender de forma indevida os "privilégios" dos seus associados, acima do dever de pugnar por providenciar assistência aos doentes que clama ter por missão defender. A resposta seria, como disse indecorosamente o Presidente da Câmara Municipal de Odivelas, no passado mês de maio, retirarem-lhe estas prerrogativas legais e formar médicos às catadupas, para que estes nunca viessem a faltar. De preferência, presumo eu, acéfalos e acríticos, logo, incapazes de "levantar cabelo", como soe dizer-se, pois se ousassem causar qualquer espécie de obstáculo a tão "elevado" propósito, seriam logo despedidos com "justa causa", uma vez que haveria sempre um outro para ocupar o seu lugar. Mas que engano colossal e que bárbaro insulto.

Portugal tem uma média de médicos/100.000 habitantes muito superior à maioria dos países europeus. Sendo verdade que existem, em algumas especialidades, uma verdadeira carência bem identificada, como é o caso da anestesiologia,

o que provoca uma baixa rentabilidade generalizada dos blocos operatórios, tal como se constata um notório envelhecimento das elites médicas nos Serviços Hospitalares e nos Cuidados Primários, o que não permite antever muita facilidade na substituição dos seus Diretores que se forem afastando pelas mais diversas razões. O grande problema é, acima de tudo, de organização, de capacidade de saber atrair as novas gerações para o Projeto SNS, desmotivadas que estão pela falta de condições de realização profissional, pelos baixos salários que auferem e pelo verdadeiro "inferno de vida" que vivem nas urgências e que reconhecem no exercício das funções de Direção dos Serviços (veja-se o extraordinário texto escrito para uma coluna semanal de opinião, publicado na edição da Revista do Expresso de 9 de julho, pelo meu colega José Gameiro, intitulado "Obrigado pai e mãe"). Porque é que, então, se comportam como se pretendessem desvalorizar tanto as razões verdadeiras do facto do trabalho destes médicos ser tão reconhecido no estrangeiro, mas não no seu próprio país, é a pergunta que quem nos governa e quem administra Hospitais e os ACES deveria saber responder, para daí retirar as ilações que se impõe, e, desse modo, ajudar a inverter um caminho que só pode conduzir a uma pérfida autodestruição do sistema.

Sou da opinião que, suponho, será partilhada pela grande maioria dos cidadãos, que deveria haver uma planificação realista que permitisse que o número de médicos fosse aquilo que é efetivamente o necessário à sociedade, com uma distribuição equilibrada pelas diversas especialidades, dando primeiro o enfoque nas generalistas. Provocar artificial e intencionalmente um excesso, como já referi, mas que pressinto que muita gente ocultamente se deliciaria em surdina, é não permitir que os mesmos ganhem a experiência necessária à qualidade do seu desempenho, é obstaculizar uma formação de qualidade e que é muitíssimo exigente, é promover uma postura, em última instância, na qual os médicos passem a ver o seu doente não, acima de tudo, como alguém que sofre e que necessita da sua ajuda, mas antes um mero e simples meio de sobrevivência. O que traria mais do que nefastas consequências à prossecução da verdadeira missão dos supostos discípulos de Hipócrates, bem como constituir-se-ia num insanável atropelo à ética e à deontologia profissionais, que deveriam antes permanecer respeitadas, como se intemporais fossem para a eternidade.

Seria, ainda, como já está a acontecer, um estímulo à prática generalizada da medicina dita "defensiva", na qual se privilegia a requisição acrítica, descontextualizada e incoerente de um rol interminável de exames auxiliares de diagnóstico cujos resultados, frequentemente, não sabem interpretar, acima da utilização primeira da semiologia e da anamnese cuidadosamente exercitadas, que permitisse

gizar um prévio diagnóstico diferencial assertivo, a ser, então, confirmado ou infirmado por exames criteriosamente requisitados, e, que, por via disso, possibilitasse a prática de uma medicina imbuída de verdadeira cumplicidade entre os dois atores da tão peculiar relação: o médico e o seu doente. Em vez de acarretar um aumento exponencial dos seus custos, dificultando ainda mais a necessária sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados, deixando o doente, numa primeira fase, iludido, ou, mesmo, inebriado, mas, por fim, descrente e insatisfeito.

Não será, assim, por mera coincidência ou acaso que as médias para entrada no curso de medicina estão a baixar, que uma percentagem crescente de estudantes ou de internos assume querer fugir o mais possível das desgastantes atividades assistenciais, designadamente ao nível da urgência, que implicam um contacto direto e prolongado com o doente, em condições de grande adversidade, sobrevalorizando a hipótese de se virem a dedicar antes à investigação, à docência, à gestão, ou, em último caso, às especialidades que permitem sobretudo o acesso à realização de técnicas e à utilização de meios tecnológicos. Pelo que o fenómeno verificado no último concurso, de terem existido, pela primeira vez, vagas por ocupar nas Faculdades de Medicina, não terá sido fruto de uma circunstância meramente fortuita, mas, antes, um primeiro sinal objetivo desta enorme crise vocacional. Então, deve perguntar-se, para quê fomentar a criação de mais Faculdades, quando Portugal é já, quase, um recordista europeu? E o que dizer do enorme atrevimento e despropósito do anterior Ministro do Ensino Superior pensar em promover a criação de uma especialização em Clínica Geral, logo a partir do início da Faculdade, com uma formação pré-graduada mais curta e com um currículo académico mais "aligeirado", quase à semelhança dos famosos "médicos de pé descalço" da era maoista na China. Ou será que pretenderão substituir, a prazo, os médicos por outro tipo de profissionais, ou, quiçá, por robôs?

Terminaria esta dissertação, afirmando que existem vários dramas em todo este infernal enredo. O primeiro é que também noutros setores estruturantes da Sociedade, tais como a defesa, a justiça e o ensino, a situação é igualmente muito preocupante. O segundo é que este Governo é efetivamente o maior culpado, mas APENAS porque é o que está agora em funções. A evolução do último quartel e as propostas da oposição que são conhecidas faz-me concluir que existem muitos outros responsáveis, e, num futuro próximo, temer que escassas alterações venham a existir, caminhando o SNS lentamente para uma morte inevitável por asfixia. O terceiro é que, infelizmente, a opção pelos seguros existentes e pelos grandes grupos privados de saúde em atividade está muito longe de conseguir ser uma

alternativa confiável para a maioria dos cidadãos e dos profissionais, sobretudo quando os primeiros padecerem de algumas áreas específicas do vasto universo nosológico, ou forem vítimas de cataclismos, de pandemias, ou acometidos por uma denominada doença rara e necessitarem de medicamentos órfãos.

Finalmente, que, no atual contexto, é uma pura fantasia lírica exigir-se uma qualquer forma de exclusividade (que não um horário completo, entenda-se), tenha ela a denominação que tiver, a qualquer um destes "patrões", por uma mera questão de bom senso e de realismo: É que não aconselho nenhum colega a entregar o seu futuro nas mãos de pessoas e de estruturas não dignas de crédito suficiente e não totalmente confiáveis, como as que enunciei. Tão somente porque tudo se encaminha, como já uma vez antevi, para que o primeiro dia da reforma venha a ser o primeiro dia de uma progressiva caminhada para a "quase indigência", se cada um for viver exclusivamente da pensão a que irá ter acesso, já não contando com a hipótese de poderem ver goradas, *a posteriori*, as suas legítimas e naturais expectativas, como anteriormente referi, por via de uma qualquer lei com aplicação retroativa que possa vir a ser aprovada, por este ou por outro qualquer Governo que venha a entrar futuramente em funções, seja ele de que partido político for.

E também porque o Sistema, encarado na sua globalidade, se não houver uma verdadeira reforma, caminhará, inexoravelmente, para algo que se assemelha mais com o modelo latino-americano, ou seja, com um largo número de indigentes, nos quais se incluem alguns dos que vivem do seu salário, um contingente imenso de uma classe média cada vez mais empobrecida e escravizada pela necessidade de recorrer sistematicamente ao pluriemprego para sobreviver, a quem não resta outra alternativa possível a não ser ter de recorrer a Serviços de Saúde públicos, que estarão, então, degradados e sem capacidade de providenciar uma adequada resposta, assegurados por profissionais quase nas mesmas condições dos seus doentes. E uma minoria de endinheirados que ou se tratam no setor privado do próprio país, devotado às elites locais, ou vão para o estrangeiro. Não será disto um exemplo paradigmático constatar que alguns dos "tarefeiros" de que fiz referência estão na sétima, ou, mesmo, a rondar a oitava década da vida, tendo voltado a fazer urgências, quando delas estavam afastados há muito? Será, então, este o modo pelo qual se pretende dar dignidade aos últimos anos de vida útil dos médicos, pergunto?

Terão os partidos políticos representados na Assembleia da República, designadamente os que integram o denominado "arco governativo", a genuína vontade de promover reformas consensuais que permitam evitar este anunciado

cataclismo social, ou iremos continuar a caminhar até ao precipício, persistindo em ignorar o trágico final que nos irá aguardar daqui a pouco? Pretenderão ouvir mesmo o ensurdecedor ruído da esperada derrocada final, para então acreditarem que aconteceu mesmo? Ou quererão efetivamente resolver este imenso problema, fundando um novo Sistema de Saúde, no qual o SNS (Serviço Nacional de Saúde) se funda que o outro SNS (Sistema Nacional de Saúde), promovendo verdadeiras sinergias e complementaridades, baseadas num único seguro público de saúde (complementado ou não por um privado), no qual a nenhum cidadão com qualquer problema de saúde seja vedado o tratamento que necessita, em que a verdadeira inovação terapêutica e tecnológica seja justamente premiada, mas sempre comportável pela riqueza gerada no país, e no qual o direito de opção do doente seja respeitado sem necessidade de artificial duplicação de exames auxiliares de diagnóstico.

À Ordem dos Médicos caberá fazer uma regulação eficaz da qualidade da formação dos seus associados, orientada para o respeito pelos princípios éticos e deontológicos, na defesa intransigente do interesse dos doentes, e regulando aquilo que me parece ser o exagerado pluriemprego, por vezes nada conforme com os valores que aqui defendo.

Uma coisa é certa. Pretender resolver todas as insuficiências referidas, só atirando dinheiro para cima, nada resolverá a prazo. É eminentemente preciso ter determinação e coragem para reformar e reorganizar o Sistema na sua globalidade com seriedade. Mas, certamente, sem mais dinheiro investido é que nada se resolverá, como penso ter demonstrado cabalmente. Por tal, jamais deixarei de partilhar as minhas reflexões e este texto irá integrar o meu próximo livro que se intitulará, algo como *Sistema de Saúde: Ascensão, Apogeu e Queda*, tal como prometi publicamente aquando da derradeira apresentação do último que publiquei e já referido no início deste texto, cerimónia que decorreu em Setúbal. Para que nunca ninguém venha a argumentar com o desconhecimento da realidade. Com a certeza de que estarei "muito bem acompanhado" nessas reflexões.

SETÚBAL, 2022/07/12

Observador *online* em 2022/07/18



Hospital São João de Deus de Elvas do século XVII,
2024, Fernando Correia



Antigo Hospital da Misericórdia do século XV e atual Museu de Arte Contemporânea de Elvas, 2024, Fernando Correia



Janela, 2024, Alice Poças Rias
(Nota: Prenda de anos da minha netinha no 66º aniversário da avó Ana Mendes)

DA ADOLESCÊNCIA ATÉ À DESPEDIDA DO CHS E DO SNS

Contextualização

A infância e a adolescência de cada ser humano tem uma grande influência no que cada um irá ser quando adulto. De igual forma, a história da nossa família, ainda que de modo indireto, não deixa também de ter uma acentuada influência ao nível da nossa personalidade. Algo que, por vezes, só muito mais tarde conseguimos tomar verdadeira consciência, designadamente quando entramos na denominada fase "reflexiva" da nossa existência, como já referi antes.

Esta consciencialização, bem como as recordações que episodicamente fazemos, não raramente sem motivo subjacente aparente, fazem parte daquilo que as gerações transmitem umas às outras, constituindo-se como um conjunto valioso de valores e de tradições que assumem uma dimensão identitária que jamais se devem perder, sendo um desígnio de cada pessoa e de cada família ou comunidade tentar salvaguardá-los do esquecimento, mantendo-os bem vivos.

Eu não sou exceção, e se há coisa que cultivo é esse sentimento alargado do conceito de "família", pois nele englobo os meus amigos, alguns deles a quem quero como se do "meu sangue" fossem, com os quais tenho uma relação afetiva fraternal indestrutível. No fundo, esta é outra das mensagens fundamentais deste livro. A consciência desta cumplicidade relacional fez com que suportasse com muito menos angústia as "despedidas" que tive de fazer e nas circunstâncias dramáticas em que aconteceram, como se pode verificar nos dois textos seguintes. Tal como, ainda, o facto de ter passado por um angustiante e recente período de dúvida acerca da hipótese de poder padecer de uma doença oncológica que já tinha acometido, por mera coincidência, vários familiares, colegas e amigos.

De igual forma, não é só às pessoas que nos agarramos nesses momentos de nostalgia, mas também aos lugares onde habitamos. Assim, o lugar onde vivemos a infância e a adolescência, sobretudo na fase em que já temos consciência

suficiente para interpretar o mundo que nos rodeia e de o memorizar, é também parte importante do nosso património imaterial pessoal, tendo sido fundamentalmente por isso que decidi organizar nesta fase da minha vida o Simposium de Coina, fazendo ainda a edição de um livro que considero ter atingido plenamente o que havia ambicionado e imaginado, razão pelo que aqui incluí o texto do respetivo discurso de apresentação, tal como o fiz relativamente ao livro *Despedidas que Jamais Esquecerei*.

SETÚBAL, 2024/05/31

As despedidas

Neste livro que está hoje a ser aqui apresentado, escrevi num dos textos introdutórios: "Se para os filhos, quase sempre, e como me aconteceu, é verdadeiramente impossível dizer se gostam mais de qualquer um dos seus progenitores, tal como o inverso deve ser verdadeiro, logicamente quando existe mais do que um filho, e isso senti desde sempre, quer nessa qualidade, quer como irmão, pai ou avô, a ligação à mãe tem algo de muito próprio que nenhum pai deve deixar de reconhecer intuitivamente sem ponta de ciúme, mas antes com a maior naturalidade possível".

"Essa particularidade advém do facto de ser sempre no interior do corpo das mães que os Seres Humanos são gerados, é do seu corpo que nascem, é do leite que brota do mesmo que são primeiramente alimentados, é das suas mãos que recebem os primeiros carinhos, é da sua voz embevecida que ouvem as primeiras palavras e é o seu odor que permanecerá na sua memória para sempre. Não ficando isso alguma vez registado conscientemente na memória de algum Ser Humano que tenha existido até hoje, estes factos interiorizam-se no inconsciente de todos, e, por isso, tais marcantes acontecimentos são decisivos para moldar esta relação de uma forma indelevelmente única para todo o sempre. Inúmeras vezes assisti a doentes, mesmo quando de provecta idade, por vezes obnubilados, a gritarem pela sua mãe em certos episódios de grande sofrimento e dor, não raramente numa repetição incessante. Jamais pelo seu pai".

"Da minha Mãe, herdei alguns traços de caráter, tais como a sensibilidade para com a criação artística, o gosto pela escrita, a queda para o improviso comunicacional, a generosidade para com o nosso semelhante. Do meu Pai, o sentido de família, o culto da amizade verdadeira, a coerência no raciocínio e a

importância suprema dos valores civilizacionais. Não sei, sinceramente, qual deles terá sido mais importante. Possivelmente, todos em simultâneo, e, sobretudo, a sua mistura em proporções que desconheço e dependente das circunstâncias".

Os meus livros são essencialmente a transcrição de um sentido acervo de emoções baseado em histórias verdadeiras e nas reflexões que estas me suscitam, embora, por vezes, apenas quando as recordo a propósito de algo que me interpela emotivamente a consciência. Confesso que tenho muito mais queda para contar as histórias reais do que propriamente para criar cenários e enredos fictícios, na senda do que lapidarmente deixou dito o grande escritor lusófono, Mia Couto, que afirmou "a realidade é a mais ousada das ficções". Por isso, como disse quando apresentei o último livro de um colega de profissão, Jorge Paulino Pereira, amigo de adolescência e escritor, que convidei para estar presente, texto que é o primeiro deste livro, jamais me verei a escrever romances como ele o faz, pois considero-me, acima de tudo, como aí afirmo, "um simples pensador e um dedicado repórter do drama humano que rodeia a saúde e a doença".

Por tal, ir-me-ei servir de mais umas quantas histórias para contextualizar adequadamente o futuro leitor e os presentes nesta cerimónia, permitindo que entendam melhor o autor, a sua criação literária e as respetivas motivações.

Começaria por dizer que este é, na sua génese, à semelhança dos dois livros que anteriormente escrevi, uma verdadeira improbabilidade, pois nenhum deles foi preconcebido, mas antes fruto de circunstâncias furtuitas acerca das quais uma torrente incontrolada de energia anímica emergiu das minhas profundezas. O primeiro seguiu-se a umas férias de sonho que passei com a Ana no paraíso idílico da Ilha de Príncipe no arquipélago de S. Tomé. O segundo foi como que uma tábua de salvação para não sucumbir ao avassalador impacto da pandemia. Este resultou de uma série de coincidências que tiveram como pano de fundo os últimos seis meses de vida da minha Mãe, onde a sua escrita me impediu de ter sido trucidado pela incerteza do momento em que iria efetivamente falecer, bem como pelo sofrimento que testemunhei que a acompanhou nesse longo calvário, onde, para além dos opiáceos, só a minha assídua presença, a intermitente visita de alguns familiares e amigos chegados, e, decisivamente importante, a competência e o humanismo de quem dela tratou e cuidou impediu que isto se tivesse tornado em algo completamente insuportável. Para ambos. Pessoas que também convidei para estarem presentes, que ao verem-me a escrever dia atrás de dia e ao som de música me perguntaram se não seria um livro sobre a minha Mãe, a que respondi, nessa altura, que não, pois tal consciência só depois adquiriu forma.

Todos estes acontecimentos, a par do facto de ter generosamente oferecido o seu corpo ao teatro anatómico da Faculdade de Medicina onde eu e Ana estudámos e nos licenciámos, bem como de ter deixado escrito que não pretendia nenhuma cerimónia fúnebre presidida por alguma autoridade eclesiástica, fez com que organizasse a primeira cerimónia de apresentação em Gaia, de onde é a origem de ambos os ramos da minha família e onde se situam as caves de Vinho do Porto de uns primos direitos do meu pai. Também fiz com que coincidisse com a iniciativa de poder levá-la comigo, no intuito de ficar junto do meu pai, naquilo que vulgarmente é conhecido como "a nossa última morada". No fundo, é uma forma algo alegoricamente inédita de fazer as suas exéquias. Na lápide que mandei fazer, coloquei a capa deste livro, tal como a do primeiro, pois a história do meu pai aí aparece, dado isso simbolizar que pretendo deixar gravada para memória futura este conjunto doloroso de recordações.

Passando agora às histórias, começaria por lembrar o meu avô Severo Martins, pai da minha mãe. Faleceu em sua casa com grande sofrimento, vítima de uma neoplasia da próstata, agonia que acompanhei à distância e com a consciência própria de um adolescente no final da primeira década da sua vida. Antes da doença que o vitimou, lembro-me de ter vindo ficar uns dias na casa dos meus pais, em Coina, para ir consultar um neurologista a Lisboa, no intuito de tentar aliviar a sua neuralgia pós-herpética consequente a um zóster do nervo trigémeo, dado que não encontrava alívio com o tratamento que recebera dos médicos que consultara no Porto.

Soube, recentemente, pelo meu primo/irmão João Nuno, que convidei, que depois disso, como a situação clínica não tivesse ficado resolvida, certamente na esperança de buscar algum alívio algures, foi ainda consultar um médico a Londres, embora nem assim se conseguisse ver livre daquele terrível mal. Lembro-me perfeitamente que exibia um fácies deformado como consequência das sequelas dessa infeção que tivera alguns anos antes. Bem como de ter sempre um semblante carregado, certamente revelador da dor permanente e muito incomodativa de que nunca mais se veria livre. Recordo-me, ainda, que não tinha dois dedos da mão esquerda, dado que tivera um acidente com uma arma de caça uns quantos anos antes de ter tido a zona, o que era sempre uma coisa que impressionava muito uma criança, ao ponto de ser a sua característica física de que me lembro desde que tenho consciência de existir.

Uma certa altura, penso que numa das festas de Natal na casa da Margarida, a sua filha mais velha, onde toda a família tinha o hábito de ir festejar esta quadra, virou-se para mim e surpreendeu-me de uma forma que jamais esquecerei,

ao perguntar-me, não sei com que intuito ou por quê motivado, qual a razão de eu ter, segundo a sua avaliação, uma cara sempre tão triste. Não me recordo se lhe respondi, nem o quê, sendo possível que apenas o entreolhasse com um ar surpreendido, mas dou comigo, volta e meia, a pensar neste episódio, concluindo, como muitas vezes me voltou a acontecer depois, que não raramente sou mal interpretado, dado que a minha natural postura de relativa reserva ao primeiro contacto com alguém leva os outros a tomarem-me pelo que vêm posteriormente a verificar que não sou na realidade.

Sem nunca o ter consciencializado, a não ser quando estava a começar a escrever este texto há umas quantas semanas atrás, talvez que ter tido este contacto com o sofrimento do meu avô tenha contribuído, de uma forma indireta, para ser a pessoa e o médico que sou, nunca indiferente a quem necessita de ajuda e de solidariedade, buscando incessantemente meios de o minorar, bem como em refletir acerca da capacidade de resposta dos serviços de saúde, tal como no próprio Sistema em si mesmo.

Foi certamente imbuído desse espírito que decidi organizar há dois anos uma Vigília Ecuménica a favor das vítimas da guerra da Ucrânia, tal o impacto que este acontecimento teve em mim, bem como de me ter espontaneamente disposto a receber uma família na minha casa durante quase meio ano, e, ainda, de doar cento e cinquenta livros, cuja venda reverteria integralmente para ajudar os refugiados, como contei no Discurso que aí proferi e que integra este livro. Postura que mereceu todo o apoio incondicional da Ana. A família Rodzeri, que convidei a aqui vir e de quem me tornei amigo para o resto da minha vida, faz parte do conjunto de pessoas a quem o dedico.

Mais recentemente, aquando de um encontro propiciado pela iniciativa de um amigo/irmão, o Artur Esteves, que também foi convidado, voltei ao contacto telefónico com um amigo comum, o João, ao fim de quase quatro décadas de interregno, e de ter ficado a saber, no dia seguinte, que passara parte dessa madrugada num *bunker*, dado o soez ataque de que alguns compatriotas da sua esposa e filhas, coincidentemente de passagem por Portugal nesse dia, foram vítimas em Israel, onde vivem nas imediações da cidade capital há alguns anos. Comecei imediatamente a escrever um texto na minha cabeça, passado ao papel alguns dias depois e transformado numa carta aberta ao Primeiro-Ministro do meu país, que publiquei, pois, foi a forma que encontrei de expelir a minha revolta pelo facto de ter assistido, à distância, a mais um ato inqualificavelmente bárbaro entre povos vizinhos e irmãos, tal como da reação a que todo o Mundo passou a assistir depois, atónito, penso eu. Como disse nesse texto, escrito enraivecido de rajada,

embora me considere ateu, mas nunca negando, porém, a minha matriz educacional cristã, considerei, e considero ainda, que um dos dois contendores, para sair vitorioso deste interminável conflito, perante a Humanidade, terá que abdicar de responder, oferecendo a outra face, como na lenda bíblica se diz que Jesus Cristo terá feito perante os seus algozes.

É que, enquanto à violência se responder com violência, ou se pensar que é possível exterminar por completo uma etnia, um povo, uma religião, ou um grupo político, usando essa mesma tática, nunca mais será possível implementar a PAZ em qualquer país.

Para quem pensa que isto é uma mera e inconsequente tontaria lírica apenas, aconselho que leiam as declarações de um jovem israelita que perdeu os seus pais nesse ataque, onde o mesmo declarou, em entrevista recente ao jornal *O Público*, que a melhor forma de se homenagear a memória desses seus entes queridos seria suspenderem o processo de invasão a Gaza. Vem, a propósito, neste momento, evocar a escritora norte-americana e Prémio Nobel da Literatura, Toni Morrison, que um dia deixou escrito "nós morremos. Esse pode ser o sentido da vida. Mas nós fazemos a linguagem. Essa pode ser a medida das nossas vidas".

Só alguns anos depois do falecimento desse meu avô fiquei a saber, sobretudo pela minha mãe, que afinal o seu pai fazia jus ao nome Severo. Se na aparência era uma pessoa reservada e meio austera, até tendo sido capaz, contudo, de deixar um livro de poemas a todos os seus netos, onde se perscruta ser possuidor de alguma sensibilidade humana, antes de ser acometido pelas doenças que o afetaram na segunda metade da sua vida, tinha uma outra faceta da sua personalidade que não tinha qualquer relação com as causas do grande sofrimento que o acompanhou, sobretudo na última década, e que ficou conhecida entre a família como o "mau génio dos Quinteiros", como tive oportunidade de esclarecer o meu saudoso primo Fernando Martins, minha alma gémea neste mundo, quando tal me perguntou, estava eu a chegar pela primeira vez a Terras de Vera Cruz havia escassos instantes apenas. Razão invocada pelo meu pai para me ter registado com o nome de família da sua mãe, Poças, como se isso fosse um obstáculo intransponível a tal "pérfida" herança.

Quando ouço outras pessoas dizerem-me, com alguma frequência, para não me enervar tanto, explico sempre que isso é uma mera questão de linguística apenas. A realidade, esclareço de imediato, é que há que saber distinguir entre nervosismo e exaltação ou revolta. A que acrescento de imediato: nervoso, nunca; exaltado e revoltado, infelizmente, muitas vezes.

Contra as injustiças. Contra as meias-verdades. Contra a inoperabilidade dos obsoletos meios informáticos que nos impingem no local de trabalho e sem os quais até parece que já não somos médicos, nem estamos autorizados a exercer clínica. Contra as dificuldades quase inultrapassáveis para nos disponibilizarem os meios necessários para o melhor tratamento dos nossos doentes. Contra a obscena burocracia supérflua que nos faz perder diariamente muito tempo e imensa paciência. Contra as hierarquias que não respeitam os profissionais e os doentes. Contra a destruição inapelável, mas nunca explicitamente assumida, do SNS, levada a cabo por sucessivos governos ao longo de várias décadas.

Daí que, espontaneamente, eleve de imediato uns bons decibéis no meu discurso. Por isso tenho escrito tantas cartas abertas aos Ministros e às Administrações, tal como penso publicar um novo livro para o próximo ano, alusivo a esta temática, e exibo, nessas alturas, um semblante bem carregado, talvez como o desse meu avô. Concluindo: até parece que, afinal, algo do alegado "mau génio dos Quinteiros" me foi transmitido, embora, certamente, não pelo nome ou pelo escasso convívio que tive, como o meu pai temera...!!!

A minha Mãe sempre teve uma veia artística muito marcada. Cantava fado de uma forma que a confundiam frequentemente com a sua diva Amália Rodrigues dos tempos áureos, representava num grupo de teatro amador com invulgar desenvoltura, desempenhando sempre os papéis principais, e recitava ainda poemas com uma entoação invejável, ao ponto de um empresário da capital do reino ter-se dirigido propositadamente ao seu pai, para que este autorizasse a sua ida para os palcos dos teatros de Lisboa. Também tentou aprender piano, seu instrumento favorito, mas de tudo foi proibida pelo seu progenitor. O mesmo que, apreciando música, pedia aos outros para lhe irem dizer para cantar no andar de cima da sua grande casa de lavoura, contudo, sem estarem autorizados a revelarem que fora sua a iniciativa, no intuito de ele ficar a deliciar-se no seu escritório situado no rés-do-chão. Ao passo que, se ela o fizesse distraidamente de moto próprio à sua frente e sem ser a seu pedido, imediatamente era reprimida, quando não esbofeteada.

Não assistiu à cerimónia do seu casamento, porque o pai do meu pai era seu sobrinho e ele tinha a mania que alguns dos seus filhos, que não a minha Mãe, não eram seus, sendo um deles do meu avô José Martins com a minha avó Lucinda Guerra, sua esposa, o que estava longe de ser verdade, pois que quem deixou, ao que se saiba, alguns filhos de várias empregadas domésticas da sua irmã mais velha, Ana Martins de seu nome, uma das minhas bisavós paternas, e mãe do meu

outro avô, que ainda conheci, foi ele. Era possuidor, pois, de um ciúme doentio e muito castrador, que felizmente não herdei.

Por tudo isto, concebi as duas cerimónias desta forma, uma vez que os seus filhos e netos, de alguma forma, vingaram essa enorme frustração, só atenuada, não só pela harmonia da família e dos amigos, mas também pela sua grande capacidade de abnegação. O meu irmão Jorge seguiu a via do ensino musical, sendo diplomado no conservatório em guitarra clássica, tendo-nos brindado na primeira parte desta cerimónia com um sentido concerto. E eu virei tardiamente um escritor e um catalisador cultural. Isto, para além de ambos também termos participado, na adolescência, numa "tosca" companhia familiar de teatro que representava na época estival peças sem qualquer guião escrito e de temática revolucionária, sendo nosso ensaiador o nosso primo-irmão João Nuno.

Este estava nessa época a frequentar a Universidade de Coimbra em plena crise estudantil dos finais dos anos sessenta e início da década de setenta do passado século, cidade onde integrava uma companhia universitária de teatro amador, o CITAC, e habitava numa República de estudantes gerida pela minha tia Maria Lucinda, sua mãe. Casa que visitávamos sempre à ida e à vinda das diversas viagens que anualmente fazíamos de Coina para o Porto, e vice-versa, e que era, nessa época de intolerância, malvista pela polícia política do regime ditatorial, ao ponto de o meu primo, tal como o nosso avô Severo e a sua filha Olívia Guerra, minha tia materna, terem tido curtas passagens pelos seus calabouços.

Sei o quanto a minha mãe apreciava com incontido orgulho as peças de teatro em que os meus filhos Joana e João participaram na sua adolescência, uma delas que resultou de uma adaptação de um texto escrito por um doente meu já falecido, ou, mais recentemente, nas que a Joana ensaia com os seus filhos, Simão e Alice, meus netos, na noite de Natal, a que sempre assistiu com incontida, mas discreta, felicidade estampada no seu rosto, até há dois anos atrás. Certamente que conjeturaria, no seu íntimo, como teria sido a sua vida se, acaso, tivesse vindo para a ribalta artística da capital...!!!???

Mais alguns esclarecimentos se impõem que sejam dados a esta plateia de ouvintes, tal como aos leitores, no sentido de melhor entenderem o título do livro. Qualquer despedida implica um sentimento de perda, de onde frequentemente emerge uma nostálgica saudade. Intuo que não serei exceção a esta regra. Não obstante, as que farei proximamente foram conscientemente assumidas, não tendo retrocesso algum possível. Depois da despedida da minha mãe, que culmina com as duas cerimónias de apresentação deste livro, farei proximamente a despedida definitiva dos meus doentes do CHS, hospital onde trabalho há mais de

quarenta anos, com exceção do triénio em que frequentei estágios do internato complementar de especialidade em diversos hospitais de Lisboa. Mesmo que estivesse muito realizado e satisfeito, seria algo que me sentia impelido a fazer, pois pretendo dedicar-me a outros projetos e a ter uma vida que não me obrigue a ter de trabalhar muito mais do que 12h por dia, incluindo fins de semana, como a Ana é disso soberana testemunha.

Em parte, para satisfazer uma espartana rotina implementada pelas sucessivas hierarquias desprovidas de sentido humanístico algum, segundo as quais só conta o que fazemos pontualmente a menos, mas quase nunca o que fazemos tantas e tantas vezes a mais.

Como escrevi num artigo que publiquei e que integra este livro "...pretendo ainda dedicar-me a outros projetos... onde destaco a vontade de escrever alguns livros que vou acumulando na minha cabeça sem os poder passar ao papel, porque outras tarefas supostamente mais 'urgentes' se vão incessantemente sobrepondo; aprofundar alguma investigação em aspetos da História, da Medicina e não só, que me interpelam desde há muito e ainda não devidamente explorados por outrem; ousar pretender erigir dois Museus a eles alusivos; exercer a minha atividade privada numa pequena clínica da cidade sem ter de ser ao final de um dia de trabalho extenuante; ter mais tempo para dormir, para descansar, para desfrutar da companhia dos amigos e dos familiares, para viajar, para ler, para ir mais vezes ao cinema, ao teatro, a concertos e a exposições; para retomar a prática de algum exercício físico que não o de estar amarrado imensas horas a fio à secretária, um dia atrás de outro; tal como a acompanhar mais de perto o crescimento dos meus netos e a vida dos meus filhos, que já estiveram ambos a viver no estrangeiro, é algo que sinto que, ou o faço agora e na companhia da Ana, também médica e em idênticas circunstâncias às minhas, ou isso jamais se tonará possível".

"Daí, interrogar-me cada vez com maior frequência: será que ainda haverá quem tenha a coragem de condenar, por analogia, um comandante de um navio que, após ter salvado todos os membros da sua embarcação e a respetiva carga que lhe foi possível, no último momento, não o possa fazer à sua própria pessoa também, pergunto? É por isso que muitas vezes acrescento, com um sentimento misto de perplexidade e de revolta: o suor, deixo todos os dias no meu local de trabalho; o sangue, até já deixei, pois, numa certa madrugada em que chefiava o SUG no HSB, há cerca de trinta anos, eu e toda a equipa médica demos sangue para permitir que um doente fosse operado na manhã seguinte e se salvasse, como veio, de facto, a acontecer. Mas os meus ossos eu vou deixá-los onde muito

bem me apetecer... Será isto fruto de um condenável egoísmo, ou, antes, algo que deve ser entendido como perfeitamente natural pelos outros, pergunto de novo?"

Como escrevi recentemente em duas cartas dirigidas, primeiramente, ao Ministro da Saúde (que lhe entreguei em mão pouco tempo depois), e a outra, ao Primeiro-Ministro, a que já aludi, e tal como disse na Conferência acerca da "Viabilidade do SNS" que fui proibido de fazer no Hospital onde trabalho, mas que a acabei fazendo antes na Faculdade de Economia, a convite do Professor Pita Barros, existem dois pilares de relacionamento humano transversais a todos os tipos de atividade que foram sendo postos em causa de forma cinicamente irreversível, sem os quais não haverá médicos suficientes (e outros profissionais) que aí queiram trabalhar com gosto: o respeito e a confiança.

A consequência daquilo que se vai constatando é a de que os doentes serão cada vez mais encarados como uma fonte de subsistência dos médicos e a transmissão dos saberes e da experiência às novas gerações secundarizada perante outras supostas prioridades da vida de cada um, ou seja, não como uma das maiores e intemporais missões do Médico, mas antes como uma ajuda à formação dos nossos hipotéticos "concorrentes" de amanhã!!!

Por este facto apresentei o meu pedido de demissão das funções da Direção do Serviço que dirigi até há dias no CHS. Não só para salvaguardar a minha dignidade, mas também a da Ana, a segunda pessoa a quem dedico este livro, por partilhar comigo a mesma ética na práxis clínica, por respeitar os mesmos ditames da deontologia profissional que nos foram incrustados pela educação que ambos tivemos, tal como durante os estudos universitários, onde isso era uma prioridade assumida que descobrimos em conjunto. E, finalmente, ainda, por ter sido antes também desconsiderada ao limite do absurdo pelo mesmo Presidente do CA que me provocou esta tomada de posição.

Devido a tudo isto se poderá depreender que, se não está em causa o *timing* desta despedida, a forma como ela foi levada a cabo, tal como o enorme sentimento de frustração que se apoderou de mim, é que é completamente diferente, não tendo sequer sido imaginado, e muito menos desejado. É que quem assim age revela desconhecer a verdadeira essência do denominado "Poder Médico", uma vez que este não deriva de qualquer *status* social exorbitado e desconforme, mas antes do reconhecimento espontâneo e genuíno dos doentes por aquilo que lhes fazemos quando lhes minoramos o sofrimento, lhes atenuamos a dependência, lhes ouvimos os desabafos e lhes fazemos sentir a nossa compaixão, tal como da cumplicidade dos colaboradores que connosco formam a denominada "equipa terapêutica".

As outras "despedidas", aqui definidas de forma alegórica, não posso garantir de todo que o sejam ou antecipar como e quando eventualmente ocorrerão, como explico em diversos textos. Como será feita, futuramente, a candente simbiose entre a tecnologia e o humanismo? Como irá ser a prática da Medicina Clínica na era da Inteligência Artificial? Irão continuar a ser respeitados os valores fundacionais da nossa civilização e da profissão médica? A quantas guerras fratricidas ainda iremos assistir e com que consequências? Que Pandemias ainda iremos enfrentar? Estas e outras angustiantes dúvidas são objeto de reflexão, na convicção de que este livro é um contributo que espero seja reconhecido como genuíno, oportuno e frontal, feito por alguém que se preocupa não só em criticar, mas também em dar o exemplo de entrega incondicional às boas causas, cultivando desinteressadamente um notável acervo intemporal de valores que lhe foram sendo transmitidos e que se preocupa também em passar a outros, o que jamais deveria ser questionado por alguém ou por qualquer governo ou organização.

Chegou a altura de deixar umas quantas mensagens genéricas de agradecimento, tal como digo no livro, em especial a quem colaborou na organização das duas cerimónias de apresentação e a quem foi determinante na concretização deste projeto editorial. Correndo o risco de ser eventualmente injusto por não referir explicitamente algumas das muitas pessoas disso merecedoras, como realço ao longo do livro, não poderia deixar de referir algumas de uma forma personalizada.

Primeiramente, os meus doentes, alguns deles aqui presentes. Reafirmar-lhes que o que estou a fazer não foi para os prejudicar, pois estou certo que continuarão a ser muito bem seguidos pela minha colega Evelise Ramos, que também convidei a aqui estar presente. Espero que compreendam que, depois do que aqui expliquei e do que ficou escrito no livro, seria fundamental sair agora para me salvar enquanto pessoa. Levo-vos no coração a todos e espero que continuem a viver, por muitos anos, o melhor possível, para o que, como vos dizia em cada consulta, será fundamental saberem ser vocês mesmos, os primeiros a cuidarem da vossa própria saúde.

Aos meus colaboradores do Serviço de Infeciologia, desejar que a liderança recentemente designada, que recaiu sobre o colega Nuno Luís, que igualmente convidei, saiba congregar de forma consensual e determinada todas as vontades, necessariamente através de uma voz própria, de forma a conseguir dar seguimento ao que eu iniciei e protagonizei até agora, possibilitando a continuação de padrões de qualidade no desempenho das obrigações assistenciais, na formação de novas gerações de especialistas e no desenvolvimento de novos projetos de diferenciação que, estando pensados há muito, nunca tiveram condições para serem iniciados.

A todos os que se ocuparam em cuidar da minha mãe durante os mais de cinco anos que viveu na delegação de Setúbal da Casa dos Professores, sobretudo nos últimos seis meses e, em especial, à Leonor Machado, que também convidei expressamente, pessoa que a minha mãe adotou como uma verdadeira filha, tal a mútua cumplicidade afetiva que souberam edificar.

Aos membros das Mesas de ambas as cerimónias, Castro Ribeiro, Carlos Cortes, Mário Moura, Kamal Mansinho, Susana Magalhães, Ramalho de Almeida, Eugénio Fonseca e António Domingos, tal como aos músicos Jorge Poças, meu querido irmão, e Helena Madeira, pela importância decisiva da vossa presença.

À By the Book, na pessoa da Ana Albuquerque, pela competência e cumplicidade neste projeto editorial, bem como no que se perspetiva em termos de colaboração futura daqui em diante.

Às firmas Poças Júnior e Ermelinda de Freitas por terem sido uns anfitriões sem par. Em especial, ao meu querido primo Manuel Pintão, pela sua adesão fraterna a esta iniciativa, e à Leonor Campos (e restante família), por ser(em) de uma simpatia única e por ter(em) aderido quase sem reservas a uma proposta que fiz de passar(em) a ter uma atividade regular de mecenato cultural que auguro poder ter, se vier a ser concretizada, como espero, um impacto muito positivo, não só na Sociedade em geral e na Região, mas igualmente para a firma que dirige(em) com invulgar capacidade de iniciativa.

Finalmente, à Ana, minha esposa e colega, por Tudo. Sem a sua companhia e compreensão de quase meio século, eu não seria o que sou, não faria o que tenho feito, e não teria força anímica para as iniciativas que pretendo ainda vir a desenvolver. Aos meus filhos e netos, porque estou certo que saberão transportar estes valores aqui expressos aos vindouros, dado serem a melhor herança que nós lhes deixamos.

Post Scriptum: Este discurso era suposto acabar aqui, mas não... É o risco de o ter escrito com muita antecedência e da minha vida estar sempre eivada de peripécias imprevistas e de coincidências inexplicáveis. Creiam que quando escrevi o que acima vos li e falei do meu avô Severo, não sabia o que me viria a acontecer. Sempre pensei, disse e escrevi que, a dúvida, por vezes, é mais angustiante do que uma (má) certeza. Não é pelo que vos irei contar de seguida que mudei de opinião.

O meu avô José Martins teve uma neoplasia do cólon. A minha mãe, uma da mama. O meu pai, uma do pulmão. Curiosamente, ou talvez não, quando, como internista, me comecei a diferenciar nalguma das suas subespecialidades, a primeira foi a Oncologia, onde trabalhei dois anos e frequentei um Curso avançado

de formação pós-graduada que me poderia ter dado acesso, nessa altura, a ter ficado com o título de oncologista. Depois, o mesmo aconteceu com os Cuidados Intensivos, onde trabalhei três anos. Por fim, acabei dedicando-me à Infeciologia, arrebatado por uma nova doença, a infeção VIH, que partilhava com a oncologia o facto de ser de natureza crónica e de propiciar ter de lutar contra o seu caráter estigmatizante. Tal como com o intensivismo, onde muitos doentes iam parar às UCIs, quando a sensibilidade do residente o permitia, por representar a possibilidade de interferir positivamente perante uma ameaça séria à vida. Todas as três, tal como a Medicina Interna, ela própria, necessitam de ter os seus quadros médicos sensíveis a todos os aspetos que concernem à decisiva importância do relacionamento humano.

Tenho tido, ao longo da minha vida, a oportunidade de tratar muitos colegas, sem nunca abdicar de respeitar estes intemporais ditames. Quando com eles converso, digo sempre que, tendo sido sempre saudável, é natural que um dia me aconteça ter de estar do outro lado. Noção de elementar bom senso e realismo que é bom que ninguém a perca.

Quis, assim, o acaso, que tenha tido necessidade de recorrer recentemente aos cuidados clínicos de um colega, perante quem me coloquei na posição de doente e que me aconselhou fazer uma RMN, para esclarecer umas dúvidas relativas aos resultados analíticos e à ecografia que realizara, efetuada pelo meu colega e amigo Daniel Batista, aqui presente, e que, por coincidência, passara por idêntica situação há escassos meses apenas.

Fi-los nas vésperas de ir de férias em novembro último, tendo os resultados aconselhado a realização de uma biópsia dirigida, que ficou aprazada para quando voltasse ao serviço, ou seja, há pouco mais de duas semanas atrás, conforme tive a oportunidade de antecipar que me iria ser proposto, perante um colega e doente, Nelson Duarte, também aqui presente, quando o consultava poucos instantes depois de ter acabado de ler o relatório da RMN que me tinha sido remetido por *mail*. Colega que também passou, mas há uns quantos anos, pela mesma experiência.

Tentei encarar a situação com a maior tranquilidade possível, sem nunca ceder à ameaçadora e destrutiva desesperança, lembrando-me sempre daquilo que tenho dito aos imensos doentes que tenho tido por incumbência tratar ao longo das mais de quatro décadas.

Quis de novo o acaso, quero crer, que tenha recebido o resultado através de contacto telefónico de um colega de curso, que me havia efetuado a dita biópsia, no primeiro dia em que não teria de ir ao Hospital, após ter sido oficialmente aposentado uma semana antes, estava eu a escrever a informação curricular do

meu sucessor a seu pedido e com todos os elementos da Unidade de Ambulatório à minha espera para celebrar antecipadamente a ceia de Natal, o que para todos simbolizava a minha despedida efetiva do Serviço.

No improviso que fiz, no final, disse que tinha de me ausentar por motivos pessoais urgentes, pois antes de ir para o consultório, sem adiantar mais pormenores, tinha ficado de acompanhar a minha grande amiga, Helena Costa, na cerimónia de entrega das cinzas do seu esposo, Jacinto Costa, ao mar, falecido exatamente um ano antes. Casal que faz parte do rol daqueles a quem faço sentida dedicatória neste livro. Terminei, depois de ter comido algo apressadamente, explicando que esse era um dos dias mais importantes da minha vida, mas que só aquando desta cerimónia revelaria a verdadeira razão. Apenas esclareci que não tinha nada a ver com o que ali celebrávamos em são convívio, que fiz questão de desejar que se mantivesse sempre com idêntica alegria.

Para minha sorte e tranquilidade, extensiva a quem aqui me está a ouvir, o resultado não revelou nenhuma doença da mesma natureza que vitimou quatro dos meus familiares já referidos, ao contrário do que tinha acontecido com o meu primo/irmão e colega, António Guerra, há alguns anos atrás.

Confesso que sou hoje uma pessoa ainda mais consciente da importância do valor da Humanização dos cuidados médicos. Não soçobrei, como poderia ter acontecido, porque tenho estes valores bem interiorizados, como atrás destaquei, mas igualmente porque nunca estive sozinho, pois sempre tive por perto e no pensamento a solidariedade e o amor da Ana e dos meus filhos, tal como o dos meus amigos/irmãos, Fátima Bacellar e Artur Esteves, com quem celebrei a boa nova nesse mesmo dia ao jantar, sem esquecer, como é óbvio, os meus colegas Amaral Canelas e José Venâncio.

As dúvidas que me assaltam são estas: Como seria se o resultado fosse outro ou os não tivesse ao meu lado? Como será da próxima vez, se tal vier a acontecer?

A terminar, dizer-vos que há uma última coincidência que não poderia, jamais, omitir. É que hoje é o dia do aniversário de um amigo e doente, Jorge Santana da Silva, que teve a última consulta comigo há uma semana, e que é o protagonista deste livro, tal como o seu irmão o foi do anterior. Com eles aprendi o que é resistir a algo que nos ameaça de morte. Terei dado, contudo, como é suposto acontecer sempre, algum contributo para isso. Um não resistiu, o Fernando. O outro, o Jorge, continua a viver a vida com a intensidade de um adolescente. O que ajuda, e muito, ao prognóstico de qualquer doença, como deveria ser mais interiorizado, quer por médicos, quer pelos doentes.

O impacto destas duas cerimónias é, assim, como se pode constatar, proporcional, tanto ao meu empenhamento na Medicina Clínica e na Ética, como à retribuição que recebi de TODOS VÓS. Por tal, brindemos daqui a pouco todos à Vida e à Fraternidade, tal como a minha filha Joana nos motivou a celebrar os meus 65 anos de idade, uma semana depois do falecimento da minha mãe, na qual homenageou comoventemente a sua avó, porque essa foi a melhor forma de nos despedirmos dela. A mim, coube-me, aqui e agora, resgatar a sua memória.

Obrigado por me escutarem. Abraço-vos a TODOS com as minhas reflexões, as minhas memórias e as minhas palavras. Bem-haja quem aqui esteve.

GAIA, 2023/12/15 – PALMELA, 2023/12/22

Nota: Discurso de apresentação do livro *Despedidas que Jamais Esquecerei*



Representação pictórica de um parto, século XII, Gerardo de Cremona, 1114-1187, cientista e tradutor italiano de livros árabes, *in Codex Series Nova*

Reflexões em torno da minha adolescência e da prática profissional nas últimas quatro décadas, a pretexto da evocação de uma vila portuguesa cuja história deve ser recordada, vendo o seu rico património identitário devidamente reabilitado

A sabedoria humana consiste em saber tolerar

CARLO BINI
Escritor italiano, 1806-1842

Viver é a coisa mais rara do mundo –
a maioria das pessoas apenas existe

OSCAR WILDE
Escritor irlandês, 1854-1900

AS REFLEXÕES QUE A EVOCAÇÃO DA MINHA ADOLESCÊNCIA ME PROVOCOU

As citações que escolhi para iniciar este discurso de encerramento do Simposium sobre Coina, que está prestes a terminar, corporizam importantes ensinamentos que, não só devem presidir ao relacionamento dos Seres Humanos entre si, mas também servir de guião à sua existência quotidiana. Levar a bom porto esta realização fez-me confrontar com interpelantes memórias, quer de um passado longínquo, quer com outras bem mais recentes, assim como com surpreendentes constatações do presente que importa saber contextualizar para uma mais correta interpretação dos factos e das inerentes motivações.

Jamais poderei ficar indiferente quando recordo amiúde que, por via da profissão que abracei com precoce vocação, vi muitas vezes, na paragem do autocarro que ficava em frente da minha casa na reta de Coina, as mulheres que aí ficavam a aguardar pelo transporte público serem imediatamente tomadas como prostitutas por quem passava de carro ou de motorizada na estrada. A minha mãe, que faleceu recentemente, a quem eu dediquei o meu último livro, intitulado *Despedidas que Jamais Esquecerei* e que decidi ofertar aos intervenientes no programa desta realização, viveu na casa do engenheiro técnico responsável pela Central de distribuição da EDP, mais concretamente, o seu marido e meu próprio pai, até alguns meses depois da sua trágica morte, foi tomada muitas vezes por

tal condição. Também a minha colega e namorada da altura, hoje minha esposa e mãe dos meus filhos, a Ana, aqui presente. Igualmente a mãe do meu amigo Fernando Fialho, que presidiu à cerimónia precedente.

Tal como todas as que, episodicamente, ali entravam ou desciam dos autocarros para nos visitarem. Revolta que nos fez (a mim, ao meu irmão e aos nossos amigos e vizinhos) eivado(s) naturalmente com tal estado de espírito, transgredir ao normativo da moral vigente. Não querendo entrar em pormenores que deixariam os ouvintes a corarem de incredulidade, e, quiçá, a esboçarem um sorriso matreiro, ou, ao invés, a colocarem um semblante carregado de reprovação, confesso que fiz(emos) umas quantas tropelias, muito próprias do espírito irreverente da juventude, que visavam desmotivar os frequentadores do mal afamado Pinhal de Coina, hoje em dia quase todo ocupado por indústrias à beira da estrada, que se deslocavam maioritariamente em veículos motorizados de duas rodas, de voltarem a colocar ali os seus pés e muito menos de tomarem as mulheres que viam nas imediações como sendo todas aquilo que erradamente conjeturavam. Experiência que quem vivia no centro da vila, alguns aqui presentes também, nunca verdadeiramente sentiram como fazendo parte do seu quotidiano.

De igual forma, nunca poderei esquecer o espetáculo aviltantemente degradante que se vivia no seu interior, que observei de longe nas poucas incursões que ali fiz. O céu era o teto, a terra o chão e os muretes, compostos por sebes e papel higiénico que se ia acumulando hora atrás de hora, eram as paredes que resguardavam a suposta privacidade daqueles que praticavam relações sexuais ao ar livre e sem as mínimas condições de dignidade ou de higiene, tentando buscar a proteção dos olhares indiscretos dos restantes frequentadores, e, desse tosco modo, iludirem-se com o suposto direito à intimidade que julgavam possuir.

Fiquei recentemente a saber, pelo meu grande amigo Artur Esteves, aqui presente e autor do comovente texto da contracapa do livro que foi apresentado no primeiro dia deste evento, escrito em homenagem à sua mãe, Elisa Esteves de seu nome, que este viu, quando ainda criança, a perseguição movida por elementos da autoridade policial dirigida sobretudo contra as mulheres que se prostituíam e que corriam ofegantemente em desespero à frente dos cavalos por si montados, na tentativa de evitarem ser espoliadas dos seus pertences ou que lhes rapassem o cabelo, para assim serem mais facilmente identificadas, pois eram essas as ordens que recebiam dos seus superiores, no estrito cumprimento da lei vigente nesses tempos de intolerância e de falso puritanismo. Nessa correria desenfreada, já sabiam que podiam contar com a cumplicidade discreta dos seus pais, que apanhavam o dinheiro auferido e as exíguas peças de joalharia que

traziam e atiravam para o quintal de sua modesta casa, pois davam como certo que os poderiam reaver depois, em dia menos turbulento, como de facto aconteceu algumas vezes.

A grandeza de espírito dessa grande Senhora ficou exemplarmente demonstrada quando um certo dia decidiu acolher na IPSS que fundou, com visionário espírito de cidadania solidária, a filha adolescente de uma das prostitutas que foi informada que ali exercia regularmente o seu mister, no sentido de evitar que esta continuasse a assistir diariamente às atividades da sua mãe que, contudo, apesar de lhe serem certamente muitíssimo traumatizantes do ponto de vista psicológico, não deixavam, em simultâneo, de lhes garantir o indispensável ganha pão!!!

Soren Kierkegaard, um grande filósofo dinamarquês do século XIX, deixou dito que, para memória futura, "sem pecado, nada de sexualidade e sem sexualidade, nada de história" o que só atesta a decisiva importância que esta assume para a História da Humanidade, a par da sua conotação desafiadora da moral vigente ao longo dos tempos. Porém, sabemos todos que esta não é vivida da mesma forma por todos os Seres Humanos, nem em todas as circunstâncias. Diversidade que tem de ser reconhecida e aceite, dizendo apenas respeito a quem está diretamente envolvido, desde que não haja coação à liberdade de ninguém. O que não é nunca admissível, é a subjugação, a exploração ou a violência sobre qualquer um dos parceiros envolvidos.

Na minha visão meramente pessoal, entendo que deve idealmente supor uma recíproca troca de prazer imbuído de um sentimento de comunhão e de dádiva, qual extensão ou corporização de um amor que se pretende tão duradouro quanto for assim sentido e desejado pelos intervenientes. Contudo, reconheço que não se pode obrigar a que todos pensem e ajam da mesma forma e para sempre, embora tenha sido com estes valores, que reputo de eticamente importantes, que fui educado, com que eduquei os meus filhos e que gostaria que estes o fizessem aos meus netos que aqui estão a escutar agora o seu avô.

Quando se afirma que alguém é dono do seu próprio corpo, e sem que eu discorde minimamente dessa proposição, deverei esclarecer que, em complemento, considero que em termos de ética relacional no domínio da temática da sexualidade, há que reconhecer também o direito a que os outros pensem de igual forma, e, ainda mais importante do que isso, que o que verdadeiramente interessa ser valorizado é a interação dos corpos de quem está diretamente envolvido, independentemente do sexo, da orientação sexual ou do seu número.

Convidei para os debates a que assistiram pessoas que, com idêntica e respeitável convicção, defendem a legalização da prostituição, bem como outras que

a ela se opõem visceralmente. O que as une, deve reconhecer-se, é considerarem que o que é mesmo inaceitável e tem de continuar a ser legalmente sancionada é a exploração, a coartação da liberdade individual, tal como a violência exercida sobre qualquer Ser Humano. Aqueles últimos entendem que não é lícito haver pagamento por tal ato, por considerarem que isso desumaniza de forma intolerável aquilo que deveria ser apenas e só algo idêntico ao que atrás defini como sendo o meu conceito de ideal, pois as mulheres não podem ser apenas encaradas como um simples objeto cuja função se resume a aceitar pacífica e acriticamente serem usadas como mero meio de outrem buscar o prazer que deveria ser antes de ambos. Para além de entenderem que a sua legalização acabaria por funcionar como uma promoção daquilo que considerei ser intolerável e que, no fundo, como disse, une afinal, os dois grupos de opinião.

Os outros, em contraponto, consideram que não se pode deixar de respeitar quem queira encarar essa atividade como algo passível de se constituir como uma mera troca comercial, onde não pode ser proibido o seu pagamento sob a forma pecuniária, corporizando uma profissão como qualquer outra, pelo que seria necessário a sua legalização, no intuito de proteger os direitos de quem a essa prática se quisesse dedicar de livre vontade e sem qualquer coação, por considerarem que isso seria a melhor forma de proteger essas pessoas da violência e da exploração de terceiros, bem como de garantir a sua proteção social, tal como em todas as restantes atividades nas sociedades modernas.

Os do primeiro grupo atrás referido conhecem sobretudo a realidade da prostituição ligada à miséria social como a que já referi anteriormente, pelo que clamam, com toda a razão, que a missão de instituições como "O Ninho" é de grande importância, como neste Simposium e no seu livro foi tão bem demonstrado, e, que, numa Sociedade ideal, ninguém deveria ter de tomar a iniciativa de recorrer a esta atividade como sendo a única maneira possível, ainda que eventualmente transitória, de ver garantida, no imediato ou a prazo, a sua mera subsistência ou a da família direta que dela dependa economicamente. E ainda que muito menos o fizesse por mero logro de alguém sem escrúpulos e mal-intencionado.

Os do outro grupo conhecem sobretudo a realidade da prostituição ligada a outros contextos sociológicos bem diversos, cada vez mais sofisticados, argumentando, também com razão, que a proibição que vigorou durante séculos em quase todo o Mundo, e em Portugal durante a última década do Estado Novo e até um pouco depois da Revolução dos Cravos, jamais conseguiu exterminar a sua prática, pois existem sempre pessoas que a vão querer praticar por autónoma e livre iniciativa.

Para além do que, como existe legalmente em alguns países europeus, o reconhecimento das denominadas "assistentes sexuais" seria a forma mais digna e humanizada de garantir o acesso à satisfação de naturais impulsos e desejos, por vezes incontroláveis e socialmente inconvenientes na sua ausência, por parte dos que, pela solidão afetiva, pela idade ou pela deficiência, sobretudo quando institucionalizados, têm uma vivência que é, muitas vezes, altamente frustrante, deixando os seus cuidadores embaraçados sem saberem o que fazer perante aquilo a que assistem e que certamente sentem que seria mais cómodo para as suas consciências, poder continuar a crer que não existem.

Não querendo, porque nem sequer é o meu objetivo, continuar a desenvolver este tema, uma vez que existem outros aspetos que devem ser também objeto da minha reflexão nesta intervenção, confesso que não tenho como certo que a resposta a certos problemas que existem nas sociedades contemporâneas e que não vale a pena continuar a fingir que são ou apenas realidades do passado, ou existentes, mas meramente excecionais, ou, mesmo, apenas fruto da imaginação de uns poucos, como sejam os casos do aborto, da eutanásia, ou da prostituição, seja a sua simples legalização a solução ideal e definitiva de tudo o que daí decorre, ou sequer que é possível fazer uma lei que não dê azo a interpretações e aplicações menos consentâneas com os valores da ética e da humanização.

Mas, contudo, há também que indagar se a Sociedade e os Cidadãos ganharão mais em não ter qualquer lei, do que em possuir uma que se possa ir aperfeiçoando, embora se saiba que jamais será imaculada ou perfeita! Sobre a eutanásia, já publiquei a minha opinião num texto que integra o meu livro *Reflexões em Tempos de Pandemia* que alguns de vós sei que já tiveram a oportunidade de ler, tal como o estou a fazer agora em relação a esta problemática que é quase sempre envolta em profunda polémica.

Estas são, no meu entender, matérias que, numa Sociedade Democrática evoluída e madura, como já será supostamente a nossa, depois de uma reflexão baseada num confronto, sério e sem tabus, de opiniões e de ideias, quer entre entendidos, quer envolvendo o cidadão comum, sem esquecer obviamente as instâncias oficiais do poder político eleitas, deveria, contudo, ser antes objeto de um processo decisório através de sufrágio, por ser matéria de consciência mais do que apenas política, ou seja, jamais por imposição ou decorrente da cínica hipocrisia de alguém ou de algum órgão coletivo da sociedade, por mais legítimo que este possa ser do ponto de vista legal.

Em complemento, referir que a abordagem apenas da temática da prostituição feminina neste Simposium e no livro surge somente como uma forma

exemplificativa desta realidade, por ser a mais antiga, a mais numerosa e aquela sobre a qual me tenho mais deparado em termos profissionais. Há que realçar, porém, que existem também outras interpelantes realidades com as suas naturais especificidades, como sejam os casos ligados à homossexualidade masculina ou das pessoas transgénero que mereceriam certamente uma atenção própria que aqui não teve lugar, apenas pelas razões que aludi, bem como por existirem outros temas de candente importância que seria completamente utópico pretender abordar em apenas dois dias e meio, e muito menos em alguns minutos no texto que vos estou agora a ler.

Jamais poderei esquecer, a propósito, um doente que não era clinicamente seguido por mim, mas que observei em consulta não agendada, um certo dia, na Unidade de Ambulatório do Serviço que então dirigia, tendo-o internado de imediato, tal a gravidade do seu quadro clínico. Nessa altura disse-me que era prostituto homossexual e que não poderia suspender por muito tempo a sua atividade porque tinha de sustentar a família. Era portador de uma imunodeficiência adquirida por infeção crónica pelo VIH não controlada, dado não a tratar e vigiar adequadamente, a par de uma proctite fistulizada cuja natureza necessitava de apuramento etiológico urgente. Apesar deste contexto muito difícil que indiciava ter algo de potencialmente muito grave e, mesmo, talvez transmissível, teve alta clínica passados alguns dias a seu pedido, só voltando à consulta do seu médico assistente muito episodicamente, mas sem o necessário esclarecimento cabal do ponto de vista clínico da sua situação de saúde, razão pelo que lhe perdi completamente o rasto.

AS REFLEXÕES QUE A EVOCAÇÃO DA MINHA PAIXÃO PELA ARTE PICTÓRICA ME PROVOCOU

Uma das questões que gerou alguma incomodidade foi a que concerne à ilustração do livro, tal como o facto de ter optado por abordar neste Simposium as questões relativas às doenças que estão ligadas à prática da prostituição e das doenças de transmissão sexual, a partir da evocação da vila de Coina. Também não querendo desenvolver demasiado esta temática, invocarei aqui o que o escritor e jornalista irlandês, Prémio Nobel da Literatura em 1925, George Bernard Shaw pretendeu transmitir-nos ao dizer lapidarmente que "os espelhos são usados para ver a cara, a arte, para ver a alma", razão para considerar que as obras que escolhi na qualidade de editor deste livro, tal como os motivos que estiveram na base dessa opção, como expliquei no meu texto, pretendem somente deixar

aos leitores a mensagem que a sexualidade sempre foi e será, para além de outros atributos, uma fonte inesgotável de inspiração artística, tal como de reflexão vivencial.

Na verdade, convém dizer que um dos meus divertimentos prediletos de criança era o de colecionar cromos com a representação das principais pinturas dos mais conceituados artistas mundiais, o que justifica nunca ter perdido o deleite de as contemplar ao vivo nos muitos museus que já visitei por esse mundo fora, ou nas representações que constam nos muitos livros e revistas que regularmente vou comprando e lendo, ao ponto de já ter realizado por várias vezes conferências que abordaram a aliciante temática da "Pintura e Medicina", tendo vontade de, num futuro próximo, editar um livro a ela alusivo, tal como consta do meu *site josepocas.com*.

E, ainda, que muitos dos grandes pintores que são admirados, quer pelos entendidos, quer pelo público em geral, tiveram experiências de vida muito ligadas à prostituição, sobretudo numa certa época da história da Humanidade, como na denominada *Belle Époque*, de que o expoente máximo é o genial Henri de Toulouse-Lautrec, que os influenciaram decisivamente enquanto pessoas e artistas. O que nos deve fazer recordar que a sexualidade é, também, algo que estimula a criatividade, para além de ser um pouco enigmática também, e que, não raramente, vive de contextos de obscuridade e de transgressão de certos parâmetros morais, por ser, para algumas pessoas e em certas circunstâncias, a sua verdadeira opção de vida, embora que, para parte delas, nem mesmo à proteção de qualquer legislação estou convicto que pretenderão aderir. Não é por acaso que se denomina geralmente a "mais velha profissão do Mundo", realidade que só complexifica ainda mais tudo o que anteriormente referi acerca de dicotomia da sua legalização versus clandestinidade.

AS REFLEXÕES QUE A MINHA LONGA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ME PROVOCOU

Como não poderia deixar de ser então, por via da natureza da minha formação enquanto médico especialista, bem como das responsabilidades que tive até data recente, enquanto Diretor de um Serviço de Infeciologia de um Hospital Público da rede do SNS, o HSB em Setúbal, a luta por minorar o impacto das doenças transmissíveis associadas à sexualidade na saúde pública e individual dos cidadãos não poderia, em coerência, prescindir de as ver aqui abordadas, como o foi e com pertinência e adequação, por duas minhas ex-colaboradoras.

Certa vez, ao perguntar numa consulta, não há muito tempo atrás, a uma das minhas doentes que desenvolveu, durante um certo período da sua vida, a atividade de prostituição nas imediações de Coina, quantos "clientes" atendia em média por dia, ouvi dizer, um tanto ou quanto atónito, "qualquer coisa entre dois e vinte, doutor"!!! Esta e muitas outras situações vividas enquanto clínico, de que a que referi anteriormente é outro pungente exemplo, jamais me poderiam deixar de provocar aturadas reflexões, como as que aqui decidi trazer-vos, tanto mais que sei que esta mulher tem vários filhos de vários pais a serem criados algures no Minho pela sua própria mãe, pessoa de modesta condição social, vivendo hoje a tentar reerguer-se na sociedade com o apoio da Cáritas Diocesana de Setúbal.

Algo muito idêntico ao que se passou com muitos outros meus doentes que, ao longo destas quatro décadas, não fora a existência deste tipo de apoios promovidos por esta e por outras instituições afins, a sua tragédia de vida refletir-se-ia ainda com muito maior impacto negativo na sua saúde e na sua própria dignidade enquanto Seres Humanos, que o são tanto quanto eu ou vocês. Perante quem não devemos então assumir um papel meramente paternalista eivado de julgamentos moralistas que não devem ser invocados em tais dramáticos contextos. O que não obsta a que, como muitas vezes o fiz, apele com muita convicção à sua responsabilidade social de cidadãos e à importância dos valores fundamentais da nossa civilização, onde os direitos e os deveres têm de ser evocados e vivenciados a par.

É decisivo, pois, saber transmitir uma verdadeira educação sexual às novas gerações, quer no seio da família, quer no da escola, bem como de dar acesso generalizado aos meios que impeçam a disseminação dos variados agentes infeciosos que representam um impacto sanitário e económico de grande magnitude. Assunto que muito recentemente voltou a encher as páginas dos tabloides informativos a que os anónimos cidadãos têm livre acesso, dada a constatação da sua subida vertiginosa em termos de novos diagnósticos reportados. Tal como, e não menos decisivo, dado estar firmemente convicto que é de candente atualidade, saber transmitir também um conjunto de valores que reputo de civilizacionais nos mesmos contextos, tal como já antes referi, tanto de pai para filho, como de professor para aluno. "Máxima liberdade e máxima responsabilidade" foi o lema com que eduquei os meus filhos e disso nunca me arrependi até hoje

A par de reforçar ainda a importância do papel fundamental que as ONGs e as IPSSs podem ter na ajuda a concretizar esta importantíssima missão, tal como ficou bem demonstrado neste Simposium. A que deverei acrescentar ainda, como foi aqui igualmente bem evidenciado, que a diversidade dos microrganismos que podem ser objeto de transmissão sexual vai muito para além dos que

classicamente eram referidos nos compêndios de venereologia. Mas, também, que alguns deles podem ter transmissão vertical da mulher grávida para o seu feto, com reconhecidas implicações potencialmente gravosas na sua vida futura, quando não na própria viabilidade dos recém-nascidos.

Veja-se o caso do recente surto pelo vírus da hepatite A, que apesar de não causar danos graves conhecidos ao RN e de não ser transmitido pelas secreções genitais, pode, em certos contextos, ter transmissão por via sexual. No anteriormente ocorrido há não muitos anos atrás e que teve grande impacto a nível europeu durante vários meses, fez esgotar num ápice as vacinas disponíveis para os viajantes, uma vez que tiveram que ser desviadas *in extremis* para o seu combate.

As magnânimas implicações epidemiológicas das pandemias da infeção por VIH e das hepatites víricas (B e C) só poderão ser verdadeiramente vencidas com uma atitude de permanente preocupação pela identificação dos seus portadores, quer por parte dos médicos, quer pelos próprios cidadãos, dado que muitas vezes cursam sem qualquer sintomatologia associada relevante por longo tempo. É que se sabe que a terapêutica farmacológica e os planos de vacinação que dispomos, sendo eficazes e muito importantes, não eliminam completamente a sua disseminação. Até porque existe cada vez mais um incremento da diversidade de realidades sociológicas que importa conhecer e caracterizar, que deixam inúmeros cidadãos fora do circuito habitual da rede de cuidados de saúde convencionalmente institucionalizados, que se sabe constituírem bolsas importantes de reservatório deste tipo de agentes infeciosos. Se eles continuarem a ser marginalizados, serão antes um enorme obstáculo ao atingimento dos objetivos definidos pela OMS e pela ONUSIDA, ou seja, a sua erradicação enquanto problema generalizado de Saúde Pública até 2030.

Só para ilustrar aquela preocupante realidade, citaria que estudos epidemiológicos recentes, nos quais o Serviço que dirigi colaborou, demonstram que cerca de metade dos novos diagnósticos de infeção por VIH em Portugal nos últimos anos ocorre entre a população migrante, uma parte idêntica dos quais adquiriu essa infeção já em Portugal. Tal como se sabe que, por exemplo, uma percentagem muito significativa dos casos dessa mesma infeção no Luxemburgo, país onde tenho alguns doentes, é entre a população portuguesa aí residente, uma vez que a sua seroprevalência é muito superior à dos naturais desse país comunitário.

Todas estas estratégias, contudo, só poderão dar frutos consistentes, se houver um escrupuloso respeito pela confidencialidade e se não pactuarmos, nunca, com qualquer forma de discriminação. É o que se passa precisamente quando abordamos esta problemática no âmbito da prostituição. Se formos tornar o seu

despiste compulsivo e deixarmos de fora o outro lado da equação, ou seja, os vulgarmente denominados "clientes", não só estaremos a perpetuar o incremento da clandestinidade e a da fuga dos doentes infetados a recorrerem às instituições prestadoras de cuidados de saúde, como também a sermos ineficazes a atingir os objetivos que todos pretendemos e já previamente referidos.

Cabe aqui evocar mais uma citação, desta vez do jornalista e escritor Gabriel García Márquez, Prémio Nobel da Literatura em 1982, que deixou dito algo que é infelizmente muito atual, tendo em consideração o fosso cada vez maior entre os que têm demasiado e os que não têm quase nada, ou os que para ter algo têm quase de se escravizar diariamente: "A vida não é mais do que uma contínua sucessão de oportunidades para sobreviver". O que vem a propósito do convite que enderecei ao meu amigo Rui Nunes, para integrar esta mesa de cerimónia de encerramento. Trata-se de um empresário e ex-emigrante na África do Sul, como tantos outros nossos compatriotas, que retornou recentemente a solo pátrio. O que para aqui importa destacar é que teve a coragem e a clarividência de nunca se ter eximido à sua responsabilidade enquanto Homem, Cidadão e Empregador, perante os seus inúmeros funcionários, ao vê-los adoecer diariamente às catadupas, vítimas da Imunodeficiência Adquirida e da Tuberculose. Realço que nunca hesitou em tornar-se num dos baluartes na defesa do seu acesso aos tratamentos antimicrobianos eficazes, tendo dado um notável contributo para que o Governo daquele país africano reconhecesse finalmente a necessidade de abandonar as suas teorias infundadas, segundo as quais essa desgraça sanitária se devia a outros fatores que não aos da mera disseminação de microrganismos, quando já havia, nessa época, tratamento disponível no resto do Mundo, pelo que seria irresponsável, e até mesmo criminoso, persistir em negar essa factual e comprovada realidade.

Relembro aqui que, num dos primeiros Congressos Mundiais de SIDA, que se realizou em Durban no ano 2000, uma das minhas colaboradoras da altura, a colega Paula Proença, foi aí apresentar uma comunicação acerca da nossa experiência com o primeiro regime de terapêutica oral passível de ser feito numa única toma diária de antirretrovirais, embora nunca coformulado num único comprimido (Lamivudina/Didanosina/Nevirapina), trabalho científico que posteriormente publicámos e que envolveu mais de meia centena de pessoas. Tratava-se maioritariamente de doentes em programa de substituição opiácea que iam tomar as refeições à Cáritas de Setúbal, local onde a metadona e os antivíricos lhes eram dados sob observação direta pelos funcionários daquela IPSS, na altura presidida pelo meu amigo Professor Eugénio Fonseca, aqui presente.

O mesmo que, no início da década de 90 do século passado, corajosa e oportunamente, tomou a iniciativa de organizar um Simposium intitulado "SIDA: um Desafio às Famílias e à Sociedade" onde fiz duas conferências a seu convite, uma delas a ler um texto de um doente que pretendeu ficar anonimizado, mas que assistiu comovido a esse evento acompanhado pela sua esposa, pessoa que ainda acompanhei em consulta até à minha aposentação no início deste ano, já que o autor do texto há muito que faleceu, antes de existir a terapêutica de alta eficiência que hoje dispomos. Texto que foi posteriormente publicado e dramatizado numa peça teatral em que a minha filha Joana, também aqui presente, desempenhou o papel principal. Realização que deu um contributo inicial decisivo no candente combate à discriminação, até por ter sido participada por algumas centenas de pessoas que lotaram o Cineteatro Luísa Todi da cidade de Setúbal, no intuito de satisfazerem a sua natural curiosidade acerca desta nova enfermidade.

Sabe-se hoje que quem está com carga viral negativa, como aconteceu com quase todos aqueles doentes, deixa de transmitir a infeção de que padece, pelo que as implicações a prazo daquela iniciativa terão sido certamente incomensuráveis para os próprios e para a comunidade envolvente, até porque essa estratégia se prolongou por vários anos. Conhecimento científico que revolucionou verdadeiramente a maneira como a dinâmica epidemiológica da infeção pelo vírus VIH passou a ser encarada em todo o Mundo. Ou seja, o tratamento do indivíduo infetado passou a ser encarado, a partir daí, não só como um desígnio de estratégia individual, mas também coletiva, ao ponto dos casais sero discordantes poderem hoje procriar sem o esmagador estigma de sentirem ser eventuais veículos de transmissão da infeção entre si, ou aos seus filhos (neste caso, logicamente, se for a mulher a pessoa infetada).

Aquelas duas referências só podem fazer-nos concluir pela extrema importância de termos uma atitude permanente de encararmos os problemas de frente com estratégias coerentes e que numa Sociedade digna desse nome, aqueles que são marginalizados económica e socialmente devem ser objeto de uma atenção solidária muito particular por parte dos restantes estratos da população. Mais concretamente, no âmbito da problemática sanitária, existe uma particular responsabilidade dos profissionais de saúde, designadamente dos médicos, mas também das instituições, sejam elas oficiais, públicas, ONGs ou IPSSs, porque todos colheremos, afinal, os inerentes benefícios a prazo. Mas, também, que qualquer cidadão tem, no fundo, a obrigação ética de proceder como o Rui Nunes, porque teria sido para ele muito mais "fácil" ter fingido que ignorava a desgraça alheia, optando por aquilo que muitos empresários fariam (e continuam diariamente

fazendo) na sua posição: proceder à mera substituição dos funcionários doentes por outros que estivessem saudáveis, para continuar a lucrar com o negócio.

AS CONCLUSÕES POSSÍVEIS QUE SE IMPÕE SEREM DITAS

No fundo, as razões pelo que decidi organizar este Simposium, para além dos aspetos já referidos, foi também lançar aqui o repto aos responsáveis pela edilidade Barreirense, aos seus munícipes, que não só aos de Coina, mas igualmente aos governantes, aos legisladores e às denominadas forças vivas da sociedade civil, no intuito de não se limitarem a encolher os ombros perante a degradação do notável património histórico que, mais do que ser aqui recordado, tem é que ser reabilitado para fins que se entenda serem úteis para a comunidade local, regional, e, mesmo, nacional. É este o meu mais genuíno propósito em prol da terra onde vivi a minha adolescência. Jamais o de denegrir moralmente qualquer um dos seus habitantes, ao evocar aqui a problemática da prostituição e das doenças de transmissão sexual.

Deverei então afirmar convictamente que não me furtar a encarar os problemas de qualquer índole, por mais incómodo que tal possa ser, é aquilo que tenho feito, sempre que estão em causa questões de consciência e de dignidade. Não é por acaso que, até ao momento, as duas únicas doentes que estão a fazer ARVs injetáveis no nosso país, uma delas desde há cinco anos, foram por mim introduzidas nessa estratégia de tratamento inovador e acompanhadas até à data da minha aposentação em janeiro último, depois de ter passado todos os meus doentes, um a um, à minha colega Evelise Ramos, que também participou neste Simposium. Ambos os casos são verdadeiramente exemplificativos da necessidade de se cultivar essa postura, pois estou convencido que muitos outros existiram até hoje no nosso país, sem que a solução encontrada tivesse sido a que teria sido mais lógica e adequada.

Embora ambos sejam muito mais complexos do que a seguir direi, já tendo sido objeto de explanações mais pormenorizadas noutras ocasiões, poderia resumi-los da seguinte forma: O primeiro referia-se a uma jovem que estava grávida e que nunca tinha conseguido engolir quaisquer medicamentos, pelo que havia que procurar um meio que lhe propiciasse ter o seu filho já com controlo da sua carga viral, no intuito de reduzir à insignificância a hipótese de que lhe transmitisse a infeção por via vertical. O segundo era a de outra jovem com um atraso comportamental e cognitivo consequente a uma anoxia cerebral pós-parto que se prostituía, filha de imigrantes ucranianos, e que, em função disso, era eminentemente

necessário encontrar uma forma de, para além de a tratar individualmente, lhe permitir que deixasse de poder transmitir o VIH aos seus contactantes. Um deles apareceu-me poucos dias depois, de rompante, na Unidade de Ambulatório do Serviço em estado de verdadeiro pânico, não tendo, felizmente, ficado contaminado, pois fez PEP dentro do prazo estipulado.

Apesar de cerca de metade dos nossos doentes, tal como de outros centros do país, à semelhança do que acontece por esse Mundo fora, dizerem explicitamente desejar passar para esta estratégia terapêutica, uma vez que tal implica que apenas passem a vir ao Hospital uma vez a cada dois meses para lhes ser administrada a medicação que necessitam, em vez de terem de tomar todos os dias comprimidos que não raramente se esquecem, temendo naturalmente as nefastas consequências que daí possam advir, o Infarmed e o Ministério da Saúde só na semana passada anunciaram terem resolvido o problema da sua comparticipação, quando já lá vão mais de três anos de reuniões, em algumas delas participei, e nas quais nenhuma argumentação tinha conseguido até agora terminar com um atraso que foi muito superior à quase totalidade dos países comunitários. Inadmissível, terei de constatar, quando nem sequer é mais onerosa. Suspeito, legitimamente, que de alguma coisa terá valido as duas cartas abertas que escrevi no espaço de um ano apenas, dirigidas ao Ministro da Saúde agora cessante, até porque as entreguei em mão aquando da publicação da última, no derradeiro trimestre do ano anterior, numa reunião a que fui convidado a assistir.

O que evidencia que, tal como o meu amigo Rui Nunes com quem partilhei com imenso orgulho esta mesa, nunca cedi ao facilitismo, encolhendo os ombros a exclamar cinicamente: "lamento, mas nada mais posso fazer". Êxito que infelizmente não pude colher noutras circunstâncias, embora tal não me fizesse recuar na chamada insistente de atenção para outras realidades de idêntica índole, às respetivas autoridades hierarquicamente competentes. Assim, cito: a questão do internamento compulsivo por doença infeciosa transmissível e potencialmente fatal, sem tratamento eficaz disponível, com capacidade de induzir pandemias e que se possa contagiar por via de contacto corporal íntimo ou por via de secreções corporais (o que não abrange, logicamente, as de natureza sexual). A questão da desadequação do fornecimento dos antirretrovirais nas farmácias de oficina, sobretudo nos centros urbanos de pequena e de média dimensão demográfica, porque revela um desconhecimento gritante em relação às problemáticas da discriminação e da autodiscriminação que persistem na nossa Sociedade e nos infetados, pelo que há que reconhecer-lhes o direito de se quererem proteger ao máximo possível perante terceiros.

Nunca mais poderei esquecer, a este propósito, uma doente que acompanhei até ter falecido, com o diagnóstico efetuado durante a sua quinta década de vida, que suspeito que se terá eventualmente prostituído durante um certo período da sua vida, que decidiu anunciar-me conscientemente que iria deixar de vir à consulta quando esta deixou de se realizar nas instalações da Consulta Externa Geral do Hospital, tendo sido deslocada para um espaço que partilhámos durante anos com o Serviço de Pneumologia. Preferiu efetivamente deixar de vir, arcando conscientemente com todas as consequências nefastas daí decorrentes, pois considerava-se antes protegida por um certo "anonimato" de que jamais quereria prescindir, uma vez que, para ela, isso tinha um valor superior ao da sua própria vida. Na última consulta em que a observei, apesar de ter um grau de instrução muito básica, surpreendeu-me com a leitura de alguns tocantes poemas por si escritos.

E, por fim, a questão da implementação das iniciativas conhecidas pelas expressões de "Fast Track Cities" e "Focus" que visavam colocar em prática metodologias de rápida identificação dos infetados por VIH, numa primeira instância, tal como das hepatites B e C, como objetivo secundário.

A primeira daquelas é de natureza internacional, sendo promovida pela ONU-SIDA, tendo como condição a de ter de ser liderada pelas edilidades. Não foi possível fazê-lo em Setúbal, apesar de eu ter elaborado um Plano detalhado, porque a descentralização de responsabilidades na área da Saúde não foi bem acolhida por muitas das Câmaras do país, como foi o caso vertente. Foi alegada, como justificação, a falta de descentralização de meios por parte dos órgãos do poder central, tal como ausência de experiência neste âmbito. Mas, também, porque se consciencializaram que o seu êxito deveria supor a massificação da realização dos testes rápidos ditos *point of care*, para o que a única forma de obter financiamento que eu tinha imaginado seria a de fazer um concurso de doadores, coisa que as ditas autoridades não aderiram, por recearem que parecessem coniventes com a estratégia do *lobby* da indústria farmacêutica. Razão que também foi invocada para não ter conseguido levar a cabo a segunda dessas iniciativas.

Sem entrar em mais pormenores, direi apenas que ambas as recusas são reveladoras da pequenez de espírito que tem infestado o país, sendo um dos exemplos em como há coisas que se anunciam só para dizer que ficamos bem perante a opinião pública, mas, depois, o que foi imaginado e apregoado nunca acontece de facto, essencialmente por falta de efetiva vontade política, mesmo sabendo-se do seu enorme potencial impacto positivo a prazo. Mais do que simplesmente lamentável, enfatizo.

DEDICATÓRIAS, MENSAGENS E AGRADECIMENTOS

As memórias da juventude não possuem ordem ou fim

DYLAN THOMAS
Poeta e escritor galês, 1914-1953

A escolha do Barreiro para a realização deste evento não teve só a ver com o facto de ser a sede do Concelho onde a Vila de Coina está integrada. Seguindo o espírito daquele que é considerado um dos maiores expoentes das letras galeses, casa-museu que visitei na semana passada na cidade de Swansea na companhia da Ana, de onde o mesmo é natural, recordo aqui que frequentei os primeiros seis anos de escolaridade obrigatória no extinto Colégio Diocesano Manuel de Mello. Instituição de ensino vanguardista do ponto de vista pedagógico à época e que foi frequentada, entre outros, pelos meus amigos irmãos Fachada, que aqui estiveram presentes. Nele pontificaram, entre outros, os professores Cristóvão, que posteriormente foi para assessor do Vaticano e Álvaro Quintas, que veio a resignar a essa condição, pois casou-se depois com a Professora Ilete que ensinou o meu irmão a ler e a escrever. Casal que teve filhos e netos e que reencontrei décadas depois no HSB onde trabalhei praticamente quatro décadas, aquando da doença prolongada que a vitimou. Tal como Francisco Fanhais, que posteriormente viria a ser um dos cantautores de abril mais emblemáticos. De todos e de tudo o que aí vivenciai, guardo muitas e boas recordações da minha infância.

Dedico então este discurso a várias pessoas. Primeiramente aos meus pais, por serem a vida de onde provém a minha vida. Também à Maria do Céu e à Sr.ª Umbelina de Jesus, suas empregadas domésticas, por terem amparado de forma muito terna a minha infância em Coina. A primeira já vinha da nossa casa em Pego do Altar, perto de Alcácer do Sal, onde vivemos dois anos, pouco tempo depois de a malária ter sido dada como extinta em Portugal. Foi para mim uma segunda Mãe, tendo acabado por acompanhar muitos anos depois o seu dramático final de vida enquanto médico, tal como consta do meu primeiro livro, intitulado *Ode ou Requiem*. Sobre aquela doença, organizei também um Simposium internacional no início do presente século, uma exposição itinerante com a ajuda de várias pessoas, uma delas aqui presente, e coordenei ainda pela primeira vez um livro que visava ser o embrião de um Museu que infelizmente nunca viu a luz do dia, pelas mesmas nefastas razões já aqui antes referidas.

A segunda por ter sido como que uma segunda avó, já que as que o eram pelo sangue moravam a várias centenas de quilómetros. Também acompanhei o seu final de vida enquanto médico, vítima de um acidente vascular, dado ela ter

explicitado ser essa a sua última vontade. Ainda hoje recordo, sempre que me desloco ao Porto, as inúmeras viagens que fez comigo, já octogenária, na companhia da minha mãe, da Ana e da Joana, esta ainda antes de iniciar o ensino primário, mas a tentar afanosamente ensiná-la a ler e a escrever, sentadas as duas no banco de trás do automóvel. Tal como deverei acrescentar que os meus dois filhos, ainda crianças, se deleitaram em Coina nos denominados "bailes da cueca" durante a quadra carnavalesca, como eram conhecidos na gíria popular local, sempre acompanhados por uma das suas filhas, a Helena Costa aqui presente, tendo aí ganho o gosto pela iniciação aos impagáveis "assaltos" com que tanto se divertiam durante vários anos, o último dos quais, já jovens adultos, à casa do no nosso grande amigo Fernando Magalhães, também aqui presente, um barreirense de gema que frequentou o mesmo Colégio já referido.

Por fim, à D.ª Elisa Esteves, mãe dos meus grandes amigos Francisco e Artur, que integraram o quadro de intervenientes deste Simposium, pelo eloquente exemplo de dádiva ao seu semelhante, pois teve de acabar de criar os seus filhos sozinha, depois de ter ficado viúva muito precocemente. Mesmo com uma condição social relativamente modesta, o seu notável espírito de altruísmo ultrapassou aquele "pequeno" obstáculo, arranjando forma de se dar aos ainda mais necessitados, indo de casa em casa a fazer curativos e administrando medicação, muitas vezes gratuitamente e a qualquer hora do dia ou da noite, no cumprimento do seu desígnio profissional de enfermeira de uma pequena comunidade rural. Foi também minha doente, sobretudo depois de ter sido intervencionada, já na oitava década da vida, a um aneurisma da artéria aorta. Teve a sorte que infelizmente não bafejou o seu esposo, pois estava para ser o primeiro português a ir ser operado na África do Sul pelo famoso cirurgião cardíaco Christian Barnard, uma vez que também padecia da mesma doença que veio a acometer a sua esposa. Nunca o tendo conhecido sequer, pergunto-me muitas vezes, em surdina, se a origem do seu mal não terá sido luética. Especulação que nunca verei confirmada, bem sei, mas que me assalta sempre que me recordo da dramática história de ambos. Enigma que nem o meu amigo Agustín Muñoz será capaz de esclarecer, estou convencido.

Aos meus colaboradores de muitos anos, sobretudo aos meus colegas, e, em especial, ao meu sucessor na Direção do Serviço de Doenças Infeciosas que criei, colega Nuno Luís, espero que entendam este texto como um "legado" de alguém que nunca temeu poder ser criticado por dizer o que pensa ou de agir em consonância com os valores que convictamente defende, privilegiando acima de tudo a ética do relacionamento humano, como ficou bem expresso no livro da Ordem dos Médicos *A Relação Médico-Doente* cuja edição coordenei. Mas, também,

desejar que não deixem de reconhecer o meu direito a um "virar a página" e a "mudar de vida", como explicarei no meu próximo livro que apresentarei ainda este ano, intitulado *Sistema de Saúde: Ascensão, Apogeu e Queda, Perspetiva Baseada num Longo Percurso Profissional e em Histórias Clínicas e de Viagem*, onde este discurso e muitos outros textos irão constar. Postura que me faz nunca desligar do contacto dos meus colegas, doentes, amigos e família, o que permitiu ontem ter sido informado hoje, à boca da madrugada, da trágica morte de um outro barreirense que frequentara o mesmo colégio, colega João Branco, que em tempos trabalhou comigo no HSB em Setúbal e de quem era muito amigo.

Uma derradeira palavra de agradecimento a quem colaborou comigo na concretização desta iniciativa. Não pretendendo deixar ninguém de fora, citaria a ByTheBook, na pessoa da Ana de Albuquerque, responsável pela edição e publicação do magnífico livro que aqui foi apresentado. À empresa ADMEDIC, na pessoa da Paula Cordeiro, pela maneira sempre competente com que exerce o difícil papel de ser responsável pelo Secretariado. Aos membros da LACPEDI, em especial aos incontornáveis Cândido Teixeira e Rui Monteiro, pela constante presença solidária. À CMB e à Junta de Freguesia de Palhais-Coina, nas pessoas que hierarquicamente as dirigem, pela ajuda nos aspetos organizativos. A todos os autores dos textos do livro, pela qualidade dos mesmos, especialmente ao Orlando Fachada, por ser o único verdadeiramente coinense, tendo-o feito e de uma forma tão única e sentida. A todos os intervenientes no Programa do Simposium, em especial ao meu amigo e colega Agustín Muñoz, pela profundidade das suas intervenções. Aos intervenientes no momento musical, sobretudo ao meu querido irmão Jorge Poças, pelo magnífico concerto com que nos brindou.

Aos meus colegas e amigos, José Barata, fotógrafo tão emérito quanto o é enquanto clínico, e, sobretudo, aos Presidentes Honorários, Barros Veloso, David Morais e Rui Proença, por serem, para mim, uma fonte constante de inspiração e por terem ajudado decisivamente a iluminar o meu percurso profissional. Porém, lamentar a ausência de alguns dos convidados por estarem doentes, desejando que se restabeleçam, tal como compreender a ausência dos que tinham outros compromissos familiares ou profissionais anteriormente assumidos, como o caso de Álvaro Quintas.

Também aos Laboratórios ViiV, Johnson&Johnson e Gilead Sciences, sem os quais tudo não passaria de uma mera intenção inconsequente. Deverei esclarecer que sempre tive com estas entidades e com todas as restantes da Indústria Farmacêutica uma relação de grande respeito mútuo, transparência e independência que não quereria deixar de aqui assinalar, naquela que será, certamente, a última vez

que colaboraremos numa iniciativa desta índole e cuja preparação iniciei há cerca de um ano. Finalmente, à interessada assistência que aqui esteve no tempo que durou este Simposium. Estou certo que todos saímos daqui muito mais enriquecidos.

Que se cumpram então os desejos que aqui formulei é o meu mais sincero anseio. Bem-haja os que me ouviram durante estes minutos. Foi para mim um raro gosto em ver aqui presentes familiares e amigos muito queridos, colaboradores de anos e doentes, bem como outros ilustres intervenientes que conheci pessoalmente pela primeira vez. Mas, sobretudo, os diversos visados neste texto e os seus descendentes, mesmo aos que a ética me fez não os referir explicitamente, mas que se reconhecerão citados no texto como se o seu nome aí tivesse sido colocado.

A terminar, permitam-me que ofereça estas páginas a alguém muito especial para mim, como sempre faço em circunstâncias semelhantes. Desta vez, ao meu querido mano, Jorge Poças, cuja música que tocou vos terá certamente impressionado mais do que as minhas palavras, pois também ele partilhou muito do que vos contei ao longo destas páginas que acabo de vos ler com muita emoção.

BARREIRO, 2024/04/06

Nota: Discurso da Mesa de Encerramento do Simposium "Coina, da Medicina à História, uma realidade que importa divulgar e debater"



Capela do Espírito Santo dos Mareantes do Século XV, 2024, Fernando Correia. Esta igreja alberga atualmente um núcleo museológico de um Hospital Medieval, eventualmente do século XIV, espaço visitável ao público geral



Antigo Hospital da Misericórdia de Almada, 2024, Fernando Correia. Hospital cujas origens remontam ao século XV, tendo garantido a assistência à população de Almada antes da inauguração do Hospital Garcia de Orta e onde o meu pai foi assistido quando teve a convulsão inaugural que motivou o diagnóstico de neoplasia do pulmão com metástases cerebrais que o vitimou cerca de meio ano depois. Atualmente ocupado por serviços camarários

A MEDICINA, SEMPRE, MAS... MUITO MAIS DO QUE ISSO

Contextualização

Se é vulgar muitos citarem a frase que pensam ser da autoria do insigne Abel Salazar, mas que é antes efetivamente do médico catalão José de Letamendi, onde se diz que "quem só sabe Medicina, nem Medicina sabe", deve reconhecer-se que, em sentido contrário e não menos importante, é o facto de que podemos encontrar no exercício da Medicina grandes ensinamentos para a edificação do nosso acervo de valores e de experiências, porque aquilo que vivenciamos com os doentes, se bem aprofundado, pode ser algo de imensamente enriquecedor. Mais ainda, se a praticarmos de uma forma que dê lugar a um saudável intercâmbio de sentimentos e de cumplicidades que se materializam nos diálogos que estabelecermos, isso ir-nos-á permitir encontrar analogias e relações com o que se passa no Mundo exterior à própria Medicina, entendida em sentido estrito apenas, que jamais suspeitávamos ser antes possível.

De igual forma, algo de idêntico podemos encontrar quando viajamos, embora não tanto como quando "apenas" fazemos turismo, como o expliquei bem num texto intitulado "Reflexões com espírito natalício em tempos de pandemia sobre a medicina e as viagens: Uma evocação da memória de seis colegas, em estilo de dedicatória a um doente especial", do meu livro *Reflexões em Tempos de Pandemia*. Aliás, uma prova da importância que atribuo ao que se pode colher de enriquecedor quando se viaja é o que "receito" frequentemente aos meus doentes, a quem recomendo algo próximo do que se pode depreender do que o filósofo português Agostinho da Silva nos quis deixar como mensagem, quando escreveu com muito propósito que "o que interessa na vida não é prever os perigos das viagens, é tê-las feito".

Estas são as mensagens que tento transmitir nos dois textos seguintes, não sendo por os ter colocado no derradeiro capítulo que lhes atribuo menor importância relativamente aos restantes. Antes pelo contrário.

SETÚBAL, 2024/05/31

Carta Aberta ao Primeiro-Ministro de Portugal, ou a história de um país fechado

Um Homem morre como nasce, sem ilusões

VOLTAIRE
Escritor e filósofo francês, 1694-1778

Nem todos os futuros são para desejar, porque há muitos futuros para temer

PADRE ANTÓNIO VIEIRA
Prelado jesuíta, orador e escritor português, 1608-1697

INTROITO: DUAS HISTÓRIAS

A voz da consciência e da honra é bem fraca quando as tripas gritam

DENIS DIDEROT
Filósofo e escritor francês, 1713-1784

Um escritor escreve o que tem dentro e vomita porque já não pode mais

ISABEL ALLENDE
Escritora chilena, 1942-

Sr. Primeiro-Ministro António Costa

V.ª Ex.ª é conhecido como sendo um "otimista incorrigível". Pelo Presidente da República, e, ao que tenho lido na imprensa, até por si mesmo. Reconheço-lhe inegáveis capacidades de oratória e constato ser aquilo que vulgarmente se denomina de um verdadeiro "animal político". Com as inerentes qualidades, mas, também, com as correspondentes "manhas". O meu propósito não é outro senão o de dar seguimento à última carta aberta ao Ministro da Saúde recentemente publicada e que tive a oportunidade de antes entregar ao próprio, a par de uma exposição ao Presidente do CA do CHS, do pdf de uma Conferência acerca da viabilidade do SNS, tal como de um convite para o mesmo ir assistir à apresentação do meu próximo livro, intitulado *Despedidas que Jamais Esquecerei*, que também lhe estendo à sua pessoa, ciente que é necessário continuar a alertar suficientemente as consciências, quer de governantes, quer de cidadãos. Nessa carta disse, no seu título, estar a escrever como se de "um grito de alma se tratasse".

É, assim, com o mesmo registo anímico que me dirijo ao Primeiro-Ministro do meu país, na esperança de ser finalmente ouvido. É que nesse "encontro" com o meu colega Manuel Pizarro, ao darem-me apenas dois minutos para a minha alocução, terminei o curto improviso que fiz, dizendo-lhe que ele estava afastado da prática médica há mais de duas décadas, e que, pelo que julgava saber dele e até pelo que tinha acabado de ouvir na intervenção com que abriu a reunião, na qual demostrou ser um profundo conhecedor das estatísticas, estava convicto que, se por acaso tivesse continuado a ser um clínico, como foi nas duas décadas anteriores, dirigir-se-ia agora ao eventual responsável governamental do setor nos exatos termos em que eu me estava a dirigir a ele. É que os números estão bem longe de traduzir o atual caos que se vive no setor da Saúde em Portugal, como tenho abundantemente escrito em diversas publicações, de cuja coleta farei um novo livro, a editar possivelmente para o final do próximo ano, intitulado *Sistema de Saúde: Ascensão, Apogeu e Queda*, onde esta carta irá também constar. Começo por lhe contar duas histórias verídicas, ambas passadas comigo e que ilustram bem a razão de ter escolhido o título que decidi dar a este texto.

A primeira passa-se há mais de duas décadas. A minha filha Joana iria estudar nos EUA por um ano letivo, razão pelo que lhe perguntei onde pretendia ir passar as duas semanas de férias no verão desse ano, como costumávamos fazer. Não esperou muito para me responder que pretendia ir para um país com uma cultura diversa da dos que já havíamos visitado antes, e, sobretudo, da que iria encontrar no país onde iria viver os próximos meses. A escolha recaiu, desse modo, na Tunísia, viagem que ainda hoje recordamos com saudade, pois permitiu-nos visitar a sua capital, Tunes, Cartago, o deserto, diversos vestígios da sua ocupação pelo império romano, tal como passar ainda a última semana a descansar numa praia da ilha de Djerba. Nesta última, foi possível visitar a sinagoga mais antiga do Continente Africano, erigida cerca de cinco séculos antes de Cristo, numa localidade onde ninguém distingue quem é judeu ou quem é árabe pelo seu aspeto e onde os dois povos, culturas e religiões, coabitam em paz há mais de dois milénios.

Escassos seis meses depois de lá termos estado, na sequência dos ataques às Torres Gémeas de Nova Iorque em 11 de setembro de 2001, aquele local de culto foi objeto de um bárbaro ataque à bomba que destruiu parte desse antiquíssimo monumento, tendo ainda vitimado mais de duas dezenas de pessoas, sobretudo turistas alemães. Infelizmente, voltou a sofrer mais dois atentados posteriormente, embora de menor impacto.

Quando ocorreu o terrível ataque ao coração financeiro daquela que considero ser a cidade capital cultural do Mundo e que já visitei por diversas vezes

tinha a minha filha chegado ao estado de Michigan cerca de duas semanas antes. No dia seguinte comunicou-me, muito apreensiva, que as autoridades oficiais tinham disperso por toda escola onde estava matriculada cartazes do Tio Sam e que os seus colegas do sexo masculino do último ano tinham começado a pensar em vir proximamente alistar-se nas forças armadas, pois ninguém era capaz de antever o que se iria passar a seguir.

Como era de calcular, tive de organizar uma viagem para a ir visitar na companhia da Ana, a minha esposa e mãe da Joana, pois era necessário saber como a poderíamos evacuar de emergência se acaso fosse necessário, uma vez que quando telefonei para o Consulado Português de Chicago, para o número que o Ministério dos Negócios Estrangeiros tinha fornecido a um amigo nosso que era diplomata da Comunidade Europeia, o Orlando Fachada, apenas consegui falar com uma funcionária que tinha sotaque brasileiro e que fazia a limpeza dos dois Consulados, de Portugal e do Brasil, embora me tivesse esclarecido que eu jamais conseguiria falar com o Cônsul Honorário Português, porque o mesmo já havia falecido há muito.

Quando me desloquei à casa da família onde a Joana tinha sido acolhida, no intuito de verificar as condições objetivas em que estava a viver, tive a oportunidade de ter longas e calorosas conversas com os Drooger, ao ponto de nos visitarmos ainda hoje mutuamente com uma certa regularidade, e de a Joana ter decidido ir aí celebrar a sua cerimónia de casamento numa praia do grande lago que dá o nome ao Estado desse imenso país de grandes contrastes. Expliquei-lhes que o pior ódio é o que nasce entre irmãos ou vizinhos. Pouco sabiam da história da Palestina e da tradição de convívio relativamente pacífico entre as três religiões do Livro na Andaluzia antes da reconquista cristã e da expulsão de árabes e dos judeus da Península Ibérica, bem como do facto de muitos dos crentes no Velho Testamento terem preferido refugiar-se nos países islâmicos, sobretudo no da "Sublime Porta", onde reinava uma tolerância religiosa e étnica bem maior do que a que existia na Cristandade dessa época negra da História, onde imperava a Inquisição. A prenda de Natal que a Joana decidiu oferecer aos seus "Pais americanos", como lhes passou a chamar, uma vez que a trataram sempre como uma verdadeira "filha", foi um Corão traduzido para inglês, o que não lhes causou qualquer repulsa ou inspirou a mínima revolta, apesar de serem cristãos protestantes.

A segunda história ocorreu muito recentemente quando estava a passar uns dias de férias em Sines com a minha mulher e acompanhados por um casal de amigos, ele um coinense de gema, e, ela, a Elisabeth, uma cidadã norte-americana, mãe da filha mais velha do meu grande amigo Artur Esteves com quem

convivemos muito há cerca de meio século. Num dos jantares que tivemos, este resolveu fazer um telefonema para o nosso amigo comum, o João, que mora em Israel há muitos anos e com quem eu não falava há cerca de quatro décadas. Como foi bom recordar velhas aventuras em comum, algumas delas nada apropriadas para aqui serem contadas. Trocámos contactos telefónicos e disse-lhe que estava a organizar um Congresso sobre Coina, agendado para abril do próximo ano, vila onde nasceu. Convidei-o logo para vir assistir ao mesmo, acrescentando que seria tratado com todas as honrarias devidas. Disse-me que as três filhas e a esposa (todas israelitas e suponho que judias como a mãe, pessoa que conheci em circunstâncias bem inusitadas, numa festa organizada pela mãe do meu amigo, que consistiu numa matança de um porco, tal era o empolgamento de voltar a ter o seu filho de volta e de surpresa, o qual não via há muitos anos, e, certamente também, por ser desconhecedora das tradições culinárias do povo judaico, de resto, muito idênticas às dos árabes, com exceção do consumo de vinho, que está vedado aos últimos, tal como do jejum anual que os mesmos fazem).

Mal imaginávamos, todos, que o João iria passar parte dessa madrugada num *bunker*, pois mora nos arrabaldes de Tel Aviv, uma vez que poucas horas depois de termos falado, o Hamas iniciou a invasão do território de Israel, tendo causado a horrenda mortandade que toda a imprensa noticiou na manhã do dia a seguir, no qual voltámos a falar de novo ao telemóvel, tendo-nos o nosso amigo esclarecido que a razão pela qual a sua família tinha vindo a Portugal tinha sido para tratar da renovação do passaporte, dado que nunca tinham conseguido obter informações de qualquer responsável pelos serviços diplomáticos, mesmo apesar das múltiplas insistências ao longo de vários dias. O porteiro da embaixada portuguesa em Israel foi a única pessoa com quem tinham falado, que lhes respondeu sistematicamente para enviarem *mail* para tentarem resolver o problema em causa.

O livro que levei para ler nestes dias foi, por grande coincidência, o Diário de Viagem de Albert Einstein, onde existem muitas referências à sua passagem pela Palestina. Acerca do critério que presidiu à escolha deste, referi aos meus companheiros de viagem aquilo que muitas vezes repito: ninguém pode fazer juízos assertivos acerca dos eventos políticos que nos assolam diariamente, se não fizermos duas coisas: Viajar e conhecer a História.

Quando fiz uma viagem de duas semanas a Israel nos finais de 2019, em que visitei também a Jordânia e fiquei os últimos três dias a calcorrear todos os cantos possíveis da mítica cidade velha de Jerusalém, tal como a visitar os seus inúmeros monumentos e museus, disse ao Frei Miguel e aos companheiros de viagem que

era muito fácil nós estarmos a discutir as razões de cada um dos contendores desta guerra fratricida que dura há décadas, confortavelmente sentados à volta de uma mesa de um restaurante ou de um hotel. Outra coisa bem diferente, seria estarmos lá a viver permanentemente e carregar todos os dramas que foram sendo acumulados ao longo da história daqueles dois mártires povos irmãos e vizinhos.

"Em Israel o povo judeu nunca poderá dormir com os dois olhos fechados, porque no dia em que isso acontecesse, deixaria imediatamente de existir", disse inúmeras vezes nessas amenas cavaqueiras aos meus simpáticos convivas. O que é certamente causa de um enormíssimo stresse vivencial propício a exageros e contrário à serenidade do dia a dia que ninguém deve prescindir. Pergunto-me como foi possível, pela primeira vez na história, que o que então disse ser impensável jamais acontecer tivesse mesmo agora ocorrido?

Como comentei depois de ter tido conhecimento destes terríveis acontecimentos, enquanto nenhuma das duas partes tiver a coragem e a clarividência de, perante uma agressão da outra, ficar quieto sem ripostar, como a Bíblia diz que Jesus Cristo terá feito, ao oferecer a face contrária a quem o tinha antes esbofeteado na outra, não haverá nunca paz, porque a uma agressão, se seguirá sempre uma atitude idêntica do oponente. Até quando e com que consequências?

Enquanto iniciativas como as da West-Eastern Divan Orchestra, protagonizadas por Daniel Barenboim (judeu argentino) e Edward Said, (cristão palestiniano) formada por jovens músicos de Israel, do Irão, do Egito, da Jordânia, da Palestina e da Síria, que ensaiam na Andaluzia e tocam por todo o mundo, não se estender a todos os domínios e para todo o sempre, jamais haverá Paz na terra de onde é originário Abraão, pai das três religiões do Livro.

O NOSSO PAÍS: A SAÚDE E... O RESTO

Não há nada mais difícil do que demonstrar o óbvio

ARTHUR SCHOPENHAUER
Filósofo germânico, 1788-1860

Aos governos, como aos homens, chega tarde o uso da razão

VOLTAIRE
Escritor e filósofo francês, 1694-1778

A maioria das repartições oficiais onde os cidadãos podem tratar dos seus problemas de vida continuam inadmissivelmente encerradas, apesar das medidas implementadas pela COVID-19 já terem terminado há muito para todos os setores privados, o que acarreta consequências muito nefastas para a grande maioria dos cidadãos e o demonstrei nas duas histórias com que decidi começar esta carta.

A título de exemplo, informo V.ª Ex.ª que no final de janeiro do corrente ano o meu advogado, Dr. Jorge Mata, solicitou ao CHS (no meu caso) e ao ACES Arrábida (no caso da minha esposa) a elaboração de uma Nota Biográfica que só no final do mês seguinte ficaram prontas, pelo que apenas no início de março foi solicitada a Contagem de Tempo à CGA. A partir daí, como não conseguíssemos obter quaisquer informações desse organismo público, o nosso advogado decidiu passar a remeter mensalmente, por *mail,* um pedido de informações que sistematicamente é respondido de modo automático a informar, num texto já pré-concebido para o efeito, dizendo que a resposta será dada logo que possível. Ao *mail* remetido em setembro, contudo, a resposta foi diferente, pois esclarecia que a ordem pela qual irão responder é determinada pela ordem de entrada dos processos, a que o nosso advogado irá contra-argumentar esta semana que não pode ser, pois o Estado tem de cumprir com os prazos tal como o exige aos cidadãos, uma vez que isso é condição para se poder considerar que existe um verdadeiro Estado de Direito, dado que ninguém, nem nenhuma entidade, se pode considerar acima da Lei que rege o resto da Sociedade. Ou não será assim?

Como a espera estivesse a ser absolutamente inaceitável e eu estive em conflito com o CA do CHS desde junho, tal como adiante referirei, decidi não esperar mais e coloquei o processo na Segurança Social para oficializar o meu pedido de aposentação no início de agosto, estando a ser informado que este organismo liga semanalmente para a CGA a perguntar pelos dados solicitados, no sentido de poderem completar o processo, mas nenhuma resposta concreta têm conseguido obter.

A minha esposa irá solicitar a sua aposentação, tal como eu o fiz, mesmo que também não seja informada antes da contagem de tempo, a 26 de outubro, pois termina o tempo a 25 de janeiro e, em termos burocráticos, tal só se pode fazer com o máximo de três meses de antecedência, pois faz nessa data 66 anos e completa no primeiro dia de janeiro de 2024, 41 anos de serviço. O que, logicamente, se deveria poder deduzir ser da estrita obrigação daquela entidade responder dentro desse mesmo prazo! Ou não será assim?

Contudo, já decidimos que, se continuar a não haver resposta por parte da CGA, no dia 27 de outubro, o nosso advogado irá solicitar por escrito, que agendem uma receção presencial para que os processos possam finalmente avançar.

Se, por absurdo, chegarmos ao final desse período de três meses sem que haja resolução do problema ou resposta da CGA, avançaremos para Tribunal, nacional, ou, mesmo, europeu. É que não há direito de demorar tanto tempo e não serem respeitados os prazos que a lei consigna. Ademais, a simples consulta, quer do portal da CGA, quer da Segurança Social, já fornece as informações relativas ao tempo de Serviço e à simulação das pensões a que os cidadãos têm direito, pelo que é pertinente perguntar porque é que temos que passar por este verdadeiro calvário, para obter aquilo a que a lei já nos dá direito? Será o Estado, em Portugal, realmente, uma Pessoa de Bem, pergunto? Ou será que esta demora é, antes, propositada, porque é supostamente aceite sem grande reclamação por parte dos interessados, sendo uma maneira de reterem mais uns quantos meses os médicos no seu posto de trabalho?

Passemos agora, sumariamente, a elencar um conjunto de outros problemas que tanto afligem os nossos concidadãos. As urgências fecham todos os dias por todo o país e já de modo nem sempre controlado e em rede, e, mais recentemente, não apenas na Obstetrícia. Existem Hospitais sem Diretor Clínico em pleno exercício de funções, tal como têm existido períodos de meses em que, nalguns CDPs, não tem havido médico para assistir aos doentes com tuberculose. Há hospitais em que os médicos tarefeiros recebem um adicional por cada alta que dão aos doentes nos Serviços de Urgência, o que é um dos maiores atropelos à Ética e à Deontologia profissional que se pode imaginar, cláusula que já deveria ser imediatamente banida nos contratos que se celebram com as empresas de recursos humanos que fornecem médicos ao SNS, logo que foi publicitada. A DGS não tem Diretor em plenas funções há meses e as Coordenações de alguns dos seus Programas não estão consequentemente atuantes. Existe uma espera de mais de dois anos para a disponibilização de alguma da inovação terapêutica, como acontece com os antirretrovirais injetáveis e tal referi na Carta Aberta ao Ministro da Saúde. Os exames de imagiologia, no ambulatório de muitos dos Hospitais, demoram meses a serem realizados e, não raramente, semanas, nos doentes que estão internados nas suas enfermarias. As negociações com os Sindicatos são autênticos diálogos de surdos. O anunciado estatuto da Dedicação Plena é um autêntico embuste ao qual muito poucos irão aderir, pois, a troco de uns "míseros tostões", ficam completamente desprovidos da proteção que o ACT lhes poderia dar, podendo essa adesão ser encarada como uma verdadeira "venda da alma ao diabo".

Nas Forças Armadas a exiguidade do número de soldados é tal que algumas funções já estão a ser desempenhadas por quem tem uma graduação superior, o que só poderá semear o descontentamento e é revelador da reduzidíssima

capacidade de atratividade de tudo o que são funções públicas, o que está a deixar todos os setores mais importantes sem possibilidade de poderem responder cabalmente (saúde, educação, justiça e defesa), pois, como já acontece naqueles dois primeiros setores, uma altíssima percentagem dos seus quadros, quer de médicos, quer de professores, tem mais de sessenta anos e está literalmente em estado de *burnout.* Admite-se um pouco envergonhadamente a hipótese de podermos passar a ter, nas Forças Armadas, cidadãos estrangeiros, o que equivaleria, na minha opinião, a ter um exército de "mercenários". Por este andar, talvez venhamos a ter, seguindo a mesma filosofia, Deputados, membros do Governo, Juízes ou, até, quem sabe, um Presidente da República, estrangeiros. Porque não?

Onde chegámos!!! Como é possível estar satisfeito com este desenrolar de acontecimentos e esperançado no futuro? Como compreender que, neste cenário, alguém de bom senso, continue a ser um "incorrigível otimista"? É que, como deixou dito Albert Camus, embora "a integridade não precise de regras", tal não obvia a que não seja exigível uma relação de transparência entre quem detém o Poder Político e os Cidadãos, pois, como na Medicina, as falsas esperanças e as mentiras piedosas só semeiam uma nefasta descrença.

CONCLUINDO...

Já se disse tudo, mas como ninguém ouve
é preciso dizer de novo

ANDRÉ GIDE
Escritor francês e Prémio Nobel em 1947, 1869-1951

As reuniões são indispensáveis
quando não se quer decidir nada

JOHN KENNETH GALBRAITH
Economista norte-americano, 1908-2006

Estou demissionário das funções de Diretor de Serviço desde junho, porque fui proibido pelo Presidente do CA do CHS de fazer no Hospital uma Conferência acerca da "Viabilidade do SNS" que fiz primeiramente fora, na versão reduzida, a convite da FSNS, razão pelo que aceitei fazê-la recentemente, em alternativa, e, também, a convite, na NOVA SBE, pela amabilidade e solidariedade do Professor Pita Barros, devo frisar. Ao fim de cerca de quarenta anos de dedicação absoluta ao SNS, jamais poderia aceitar tal desconsideração, como expliquei na Carta

Aberta ao Ministro da Saúde que referi. Acabarei de passar os meus doentes a 25 de janeiro de 2024 a uma colega, Evelise Ramos, recentemente admitida ao quadro médico de especialistas do Serviço de Infeciologia. Nessa altura já terei 41 anos de Serviço e apenas me ficarão a faltar cerca de quatro meses para completar o tempo legalmente estabelecido para a aposentação. Contudo, considero que terei feito o que a minha consciência me impõe que fizesse, pelo que não pretendo ficar mais tempo num Hospital e num Sistema de Saúde que não respeita os profissionais e no qual estes, legitimamente, perderam a confiança, valores imprescindíveis a qualquer organização que se preze.

O SNS necessita de uma refundação, como defendi nessa conferência, assente nos valores que foram sendo postos em causa, pelo menos, neste último quartel, por todos os Governos e Ministérios, onde se protegem pessoas como a que ofendeu de modo indecoroso a minha dignidade, tal como já havia feito antes à Ana. O concurso para a minha substituição como Diretor de Serviço, que abriu recentemente sem o meu conhecimento prévio, ficou deserto de concorrentes, tendo sido indevidamente publicitado, não tinha nenhum médico da especialidade a integrar o seu Júri e este era composto em três dos cinco elementos (Incluindo os suplentes e o seu Presidente) por não médicos. Para além disso, o CA do CHS nunca respondeu ao meu advogado no sentido de sermos informados como estava a decorrer o processo da minha substituição, apesar da nossa insistência ao longo de mais de três longos meses.

Sr. Dr. António Costa: Tal como aprendi com a minha avó Lucinda e sabiamente dizem os aforismos populares, "quem não quer ser lobo, não lhe veste a pele", e "tão ladrão é o que rouba, como o que consente". Tenha a humildade de falar a verdade ao Povo e faça o que se impõe, aprendendo com a postura dos médicos, pois estes nunca devem deixar de dizer qual o prognóstico da doença que afeta os seus doentes, embora sem lhes retirarem a derradeira centelha de esperança. E não é por isso que os doentes se suicidam ou maldizem quem os tratou ou tal lhes disse. Bem pelo contrário. Infelizmente, tudo se encaminha para que o Poder Político tente responsabilizar a classe médica pelo descalabro vigente no setor da Saúde, como que esquecendo que o que se conseguiu no combate à pandemia se deveu muito mais à entrega incondicional dos profissionais à causa, em particular no SNS, do que à estratégia dos governantes.

Dedicatórias: Ao meu neto Simão (e a todos os doentes que estão internados nos Serviços de Urgência deste país), pois esteve hoje a ser assistido num hospital após um acidente e teve que ser transferido para um outro, por falta de

especialistas capazes para fazer face ao problema clínico que o afetou de modo imprevisto. Não fez Ecografias, mas antes dois TACs, num curto espaço de tempo, porque no primeiro dos hospitais, tal como em quase todos os outros do SNS, o que inclui o que ainda trabalho, não há médicos imagiologistas suficientes, o que impede que o exame que é requisitado seja o mais indicado e não o que é possível nas circunstâncias objetivas, o que impede aquilo que muitas vezes é fundamental, como era o caso: a troca de impressões de forma personalizada com o clínico, para que a Medicina seja exercida da forma como se aprende na Faculdade e as normas da Ética o determinam.

Ao Pedro Gil, padrinho do meu neto (e a todos os familiares que acompanham os doentes que recorrem às catadupas às Urgências dos Hospitais do SNS), pelo modo solidário de incondicional disponibilidade com que acompanhou o processo de doença do seu afilhado durante os primeiros dois dias, uma vez que os pais se encontravam no estrangeiro.

À minha colega Débora Mendes, pediatra escalada no Serviço de Urgência do Hospital de Évora (e a todos os meus colegas que trabalham em condições de grande pressão psicológica em Serviços de Urgência apinhados de doentes e, quase sempre, sem as mínimas condições logísticas adequadas), pois foi de uma competência inexcedível e de um enorme humanismo no trato, como pude verificar quando aí me desloquei na tarde do acidente. Sei que teve de ir acompanhar a transferência de pelo menos dois doentes nesse dia, para Hospitais de Lisboa, o meu neto já de madrugada, e, penso que o último deles, o que a obrigou a fazer, nas 24 horas de turno, mais de quinhentos quilómetros de ambulância. Quando me despedi dela, antes do agravamento clínico do estado de saúde do Simão, disse-me espontaneamente que gostava de trabalhar naquele Hospital, porque se sentia respeitada.

Ao meu querido e saudoso amigo João (e a todos os cidadãos portugueses que vivendo no país ou no estrangeiro) se confrontam com o inadmissível encerramento dos organismos públicos, situação da qual eu e a Ana estamos também a ser vítimas indevidas.

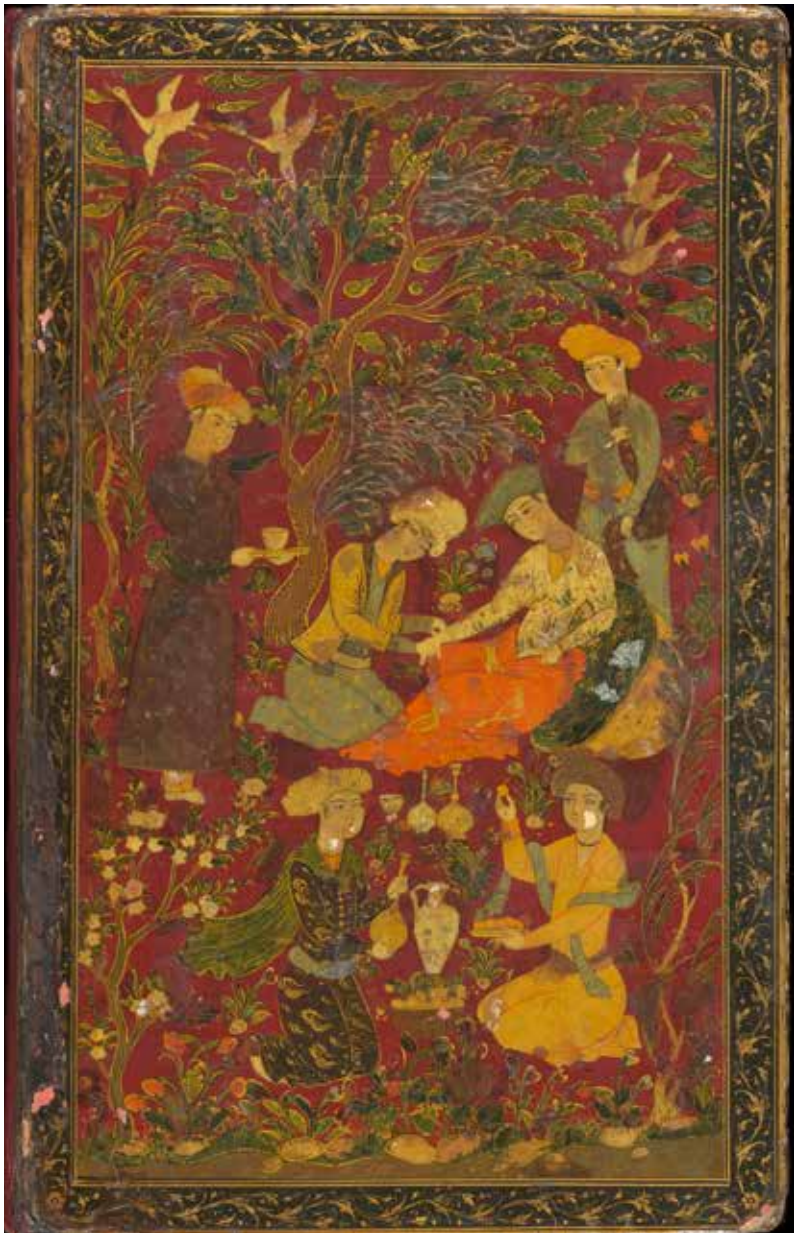
Por fim, e, de novo, ao João (e a todos os cidadãos de Israel e da Palestina, bem como a todas as vítimas das guerras fratricidas deste Mundo insano, onde se inclui a família de refugiados ucranianos que acolhi durante o primeiro semestre de 2022 na minha casa), por ser sobre si que recaem as consequências do que os políticos e governos nefastamente fomentam, pois, em vez de pensarem que o povo do vizinho tem as mesmas necessidades e os mesmos direitos que o próprio,

só sabem semear o ódio, em vez de aceitarem com naturalidade as diferenças decorrentes da etnia, do credo religioso ou da opção política.

Como seria inspirador poder assistir daqui a pouco no telejornal, aos repórteres presentes na Palestina a darem-nos nota de, quiçá muito surpreendidos, que os aviões de guerra israelitas estavam a despejar não bombas, como seria expectável, mas antes flores, em cima das casas dos "irmãos" palestinianos, e não ao som de metralhadoras, mas antes ao da West-Eastern Divan Orchestra. Seria como que a concretização da lenda Bíblica, ver o Povo Judeu abdicar do "direito" de resposta. Podia ser que esta Guerra acabasse aos abraços entre os "inimigos", tal como Nelson Mandela sabiamente promoveu na África do Sul no que concerne às vítimas e aos algozes do *Apartheid*, e não como um possível quase extermínio de um Povo pelo do seu vizinho. É que a História nos ensina que jamais um conflito bélico poderá matar todos os inimigos, mas apenas capaz de ampliar imenso um ódio sem fim dos sobreviventes e nos seus descendentes. Como alguém terá dito um dia "ninguém poderá ser alguém, sem visitar os locais do Holocausto nazi", como já fiz e jamais esquecerei. Que a Palestina não seja um novo Museu de visita alusivo a um outro Holocausto, são os meus votos.

SETÚBAL, 2023/10/14

Observador *online* em 2023/10/23



Representação pictórica da palpação
do pulso, *in Canon* de Avicenna, 1632,
autor desconhecido, Wellcome Collection

As Teias

Grande parte do que se passa com a economia portuguesa depende de fatores que não controlamos. Uma lição difícil de aprender em qualquer regime democrático

RICARDO PAES MAMEDE
Docente Universitário do ISCTE, in Jornal O Público, 2024/04/22

A autoproclamada superioridade moral do ocidente é ensombrada pelos seus crimes contra os judeus e precisa de apontar esse tenebroso espelho para outros rostos. Cala-se a crítica ao genocídio em Gaza para fazer as pazes com a História. Mas foi da indiferença perante o crime que nasceu a matança de judeus, ciganos, arménios ou palestinianos

DANIEL OLIVEIRA
in "O tabu que nasce da culpa", na coluna semanal de comentário político na Revista do Semanário Expresso, 2024/05/10

A violência, seja qual for a maneira como se manifesta, é sempre uma derrota

JEAN-PAUL SARTRE
Filósofo e escritor francês, 1905-1980, Prémio Nobel da Literatura em 1964

INTRODUÇÃO

Não irei falar de seguida, como o título poderia fazer supor, daquilo que a expressão "teia" poderia ser imediatamente relacionável, como se estivéssemos apenas a pensar em termos de biologia. Contudo, o que pretendo refletir talvez não se afaste tanto quanto isso do conceito da "verdadeira teia" que as aranhas tecem. Aliás, a Natureza é um fértil modelo que, quando corretamente observada, permite estabelecer analogias com muitas outras realidades consideradas, numa primeira instância, muito diversas e não passíveis de serem relacionadas entre si.

Se estivermos bem atentos, a verdade é que a sociedade é uma teia, tal como o nosso próprio corpo humano o é também. Teia, no sentido da interdependência dos seus componentes, onde nenhum isoladamente é autossuficiente, onde o seu conjunto vale muito mais do que a simples soma das partes que os compõe, e no qual as disfuncionalidades de uns se repercutem nos restantes.

Se nos tentarmos abstrair ao ponto de imaginarmos uma teia cheia de fios entrelaçados, numa aparente anárquica disposição, será muito difícil antecipar

o tipo de deformação exata em todos os seus detalhes que a mesma poderá sofrer se lhe puxarmos apenas uma ponta, o que será ainda muito mais difícil de imaginar se quisermos tomar em conta outros fatores em jogo, como sejam a intensidade e a velocidade como o iremos fazer, tal como a duração do gesto, a resistência dos fios que compõem essa mesma teia, e, ainda, a temperatura e a humidade do sítio onde nos encontrarmos, etc. As questões que importam então saber responder são, no fundo, estas: Será possível controlar todas estas variáveis sem romper o equilíbrio da teia e de comprometer a sua função, para que o objetivo com que foi concebida e construída não seja posto em causa? E, se tal vier a acontecer, como poderá ser reparada? Em quanto tempo e por quem? E o que acontecerá enquanto não o for, se o vier a ser de facto?

Tratemos, pois, de abordar sumariamente as duas teias que quero aqui trazer à coação. Comecemos pela sociedade e por recordar uma frase lapidar do grande pensador espanhol, Ortega y Gasset, que um dia afirmou com rara lucidez que "o passado não nos dirá o que devemos fazer, mas antes o que deveríamos evitar". Numa altura em que o Mundo se debate com insanas guerras fratricidas, em que ninguém é capaz de antecipar com segurança como e quando irão terminar, ou se não surgirá, entretanto, ainda uma outra eventualmente mais devastadora e mortífera, bem como a ordem mundial que irá emergir das mesmas, não será que, conforme nos avisou aquele filósofo, deveríamos estar a revisitar o passado para aprendermos a não o repetir? É que, se tomarmos em consideração que o Mundo é uma teia, no sentido em que todos necessitamos uns dos outros e cada um de nós tem uma estreita interdependência dos demais, porquê só se considerar que é reprovável o que uns fazem num contexto, mas isso já não o ser quando os papéis se invertem?

A TEIA DA SOCIEDADE

O que seria de uma empresa sem funcionários e apenas com gestores, de um exército sem soldados e só com comandantes, de um país somente com governantes. mas sem cidadãos, ou vice-versa? O que é que o Mundo ganharia em ter apenas pessoas de uma só etnia, de uma religião só ou em ser governado somente por membros do único partido político legalmente existente? Não será a complementaridade entre partes distintas a chave do equilíbrio da sociedade e a beleza dessa coabitação pacífica muito mais profícua, do que a monotonia de sermos todos da mesma cor, da mesma altura, ou com as mesmas crenças e hábitos de vida?

O meu colega Rui Marques, ex-Alto Comissário para as Minoria Étnicas, afirmou com toda a propriedade que "o início do caminho para a paz é termos menos outros e mais nós. Precisamos de reafirmar que somos uma só raça, uma mesma família e um só destino" o que resume tudo o que pretendo transmitir. Contudo, podemos antes constatar que, como disse o diplomata e pensador francês Alexis de Tocqueville, o que assistimos presentemente é antes algo que se pode definir por aquilo que o mesmo pretendeu expressar quando escreveu que "em política a comunhão de ódios é quase sempre a base das amizades". O que é precisamente isso que verificamos diariamente quando vemos noticiarem-se alianças meramente conjunturais que alguns líderes políticos hipocritamente fazem, quando o que têm de comum não é antes nenhuma proximidade ideológica, mas apenas a animosidade perante um "inimigo" conjunturalmente comum.

Foi isso que se passou nas duas Guerras Mundiais do século XX, e é isso que se passa presentemente no tabuleiro diplomático que rodeia os países que apoiam cada um dos contendores nas guerras da Ucrânia e do Médio Oriente. Muitas vezes, as decisões nada têm a ver com aquilo que cada um acharia que é realmente justo, no sentido de não querer para os outros o que não pretendem que lhes façam a si, mas as atitudes que tomam são antes determinadas pelo grau de compromisso de quem os dirigentes dependem em termos das garantias que recebem de apoio ao financiamento da economia doméstica dos seus países ou da própria integridade territorial dos mesmos. Os princípios são, assim, subjugados à estratégia dos interesses, como se ninguém quisesse verdadeiramente romper com a teia instalada, construindo outra que a todos protegesse e passível de ser edificada e aceite pelo maior número possível de pessoas.

Reconheço que é bem mais fácil fazer uma análise destes fenómenos confortavelmente sentado no meu escritório e a ouvir música, do que efetivamente ter alguma vez que passar por aquilo que os povos mártires destes países estão dramaticamente a viver neste momento, para quem, muitas vezes, não há lugar ao luxo de perder tempo em meditações sobre conjunturas políticas ou filosóficas, mas apenas de ter bem vivo e a cada instante, o inato sentido de sobrevivência. Terreno fértil para fazer crescer o ódio que, tal como um micróbio virulento, se vai sucessivamente propagando, efeito muitas vezes ainda artificialmente alimentado e ampliado por quem lucra sem quaisquer ponta de escrúpulos, ainda que transitória e/ou impunemente, com a desgraça alheia.

Golda Meir, ex-Primeira-Ministra de Israel, afirmou um dia que "não foi a libertação do medo, mas é o equilíbrio do medo que tornou possível a sobrevivência da nossa civilização". A pergunta que devemos colocar agora é que equilíbrio

no medo pode ter um povo que habita um território minúsculo, semidesértico, completamente destruído, que vagueia incessantemente de sítio para sítio para fugir das bombas e dos tiros, sem acesso a comida, água, casa, higiene ou cuidados de saúde e que, para agravar, nenhum país limítrofe o aceita no interior das suas fronteiras, que por fim, para cúmulo, está sendo soezmente utilizado como escudo humano por quem o governa e diz ser o seu legítimo representante dos seus interesses?

Como irá sobreviver? Com que recordações irão ficar os que não vierem a morrer? Porque terão os inocentes que pagar pelo que uma meia dúzia de assassinos tresloucados fizeram a mando de alguém que está tão longe daquele horrendo cenário quanto eu? Como e quando se poderão vir a edificar relações de respeito e de confiança que garantam a paz justa e a coabitação entre aqueles dois povos irmãos que se estão a digladiar por intermédio dos respetivos exércitos, ou seja, mais a mando dos governantes, do que por própria iniciativa? Naquele contexto geopolítico, tal como na Ucrânia ou noutro qualquer ponto do globo, quer hoje, quer amanhã, a problemática não deixa, na sua essência, de ter mais pontos em comum do que de diferenças.

A TEIA DO CORPO HUMANO

Passemos agora para a segunda teia que pretendo abordar. A realidade é que este é composto não por uma teia apenas, mas antes por uma infinidade delas, afinal, tal como a própria sociedade de que falei antes. Numa perspetiva apenas macro, teremos primeiro de considerar todos os órgãos que se agregam em sistemas, como pode ser facilmente constado num simples exame necrópsico, tal como, por exemplo, foi passado ao papel pela pena do genial Leonardo da Vinci, o grande arauto do Renascimento, nos magníficos desenhos que nos legou para a posteridade. Mas a verdade é que as inter-relações meramente estruturais, sendo sem dúvida importantes, só parcialmente explicam o global do seu funcionamento, uma vez que apenas através do conhecimento da teia de moléculas que aqueles produzem é que podemos começar a compreender verdadeiramente esses complexos fenómenos.

A que teremos ainda de acrescentar a decisiva importância de outros fatores, quer internos, como os que decorrem do património genético de cada um, sabendo-se que não há dois seres humanos completamente iguais, com exceção dos gémeos homozigóticos, mas que, mesmo assim, a sua interação com fatores externos faz com que estes acabem por ter uma identidade própria que é, na sua

essência, irrepetível e única, porque o meio ambiente envolvente acaba sempre por diferir.

Deste modo, podemos individualizar, no primeiro grupo, uma infinidade de "micro teias", tais como a dos circuitos neuronais, a do sistema endócrino, a do sistema da coagulação, ou a do sistema de vigilância imunológico, a par de muitas outras, sobre as quais estamos longe de saber tudo.

Neste último domínio referido, ganha cada vez mais importância tudo o que se relaciona com o denominado microbioma, que alguns consideram como que um verdadeiro metagenoma do nosso organismo, que abarca todo o conjunto de microrganismos que literalmente nos invadem no ato do nascimento (na pele, no trato intestinal, etc.), e que constituem uma massa celular cerca de dez vezes superior ao número de células de que cada organismo humano é composto. Se bem que este conhecimento esteja ainda nos seus primórdios, sabe-se já do seu enorme contributo para explicar muitas das doenças que nos afetam, incluindo, admite-se, até as do foro psíquico também.

Quando se fala que a medicina caminha no sentido da sua "personalização" e de uma maior "precisão", ou seja, não apenas como classicamente era entendida até data recente, ou seja, na que atribuía uma importância decisiva ao modo como as pessoas do médico e a do doente interagiam num dado contexto e num dado momento concretos, e que entendo nunca dever ser jamais posta em causa, onde a ética é respeitada, a empatia é cultivada e a compaixão permanente, esta nova perspetiva visa, através do conhecimento concreto das supostas alterações ao nível molecular e na sua interação com o genoma de cada indivíduo, administrar terapêuticas cada vez mais adaptadas e específicas para essas condicionantes, como se fossem desenhados de propósito para cada doença que afete a pessoa numa determinada altura concreta da sua vida.

Por analogia, a diferença desta "nova medicina" para aquela que nos habituámos a praticar, e que entendo que não deveriam nunca ser encaradas como alternativas, mas antes como complementares, é a que medeia entre vestir um fato comprado numa loja de pronto-a-vestir, ou mandá-lo fazer num alfaiate competente, que mediu todas as nossas dimensões, e que em vez de fazermos apenas uma única prova antes ao ato da compra, fazemo-lo em várias etapas, independentemente da simpatia ou da competência de cada um dos vendedores em causa.

Este novo conceito parece ser, *a priori*, muito mais atrativo e intuitivamente capaz de produzir muito melhores resultados. Só que... também vamos sabendo que aquilo que supostamente é tido como específico para um determinado recetor

que se admite ser na sua deficiência que reside a origem única da doença em causa, vimos depois a verificar que não funciona na perfeição como seria expectável, entre outras coisas, porque muito poucas doenças dependem apenas de uma única alteração molecular ou genética, da mesma forma que, quando tratamos uma qualquer infeção com um determinado antimicrobiano, não deixamos, nunca, de interferir nos restantes componentes do nosso microbioma, tal como o mesmo se passa quando utilizamos um anticorpo monoclonal para tratar seja a doença que for, arriscamo-nos a induzir disfuncionalidades iatrogénicas noutros órgãos de que não suspeitaríamos *a priori*, precisamente porque interferimos numa teia interdependente de fatores que estão tão interligados entre si que nem os melhores computadores o conseguem atualmente antecipar com segurança absoluta.

Quererá isto dizer que só devemos atuar quando temos a certeza absoluta de todas as implicações do tratamento que nos propomos utilizar ou do diagnóstico irrefutavelmente estabelecido? E que não é de todo legítimo correr alguns riscos calculados ou optar conscientemente por uma de duas opções, se presumirmos que tudo aponta para uma ter maior probabilidade de êxito, em função da experiência e do conhecimento das condicionantes em jogo de que tivermos conhecimento nesse momento? Não fazer isso, equivaleria, por nova analogia similar, a deixar de comprar a roupa que nos faz falta e de que gostamos, porque se anuncia vagamente a vinda de uma outra, embora ninguém conheça ainda o modelo, a cor, o preço ou a altura certa em que virá para a loja para que a possamos comprar e vestir.

Os médicos sempre se habituaram a assim agir, sobretudo perante casos urgentes e/ou de prognóstico muito reservado, no superior interesse dos doentes. Cabe aqui recordar uma história que vivenciei com muita angústia e que exemplifica na perfeição a aplicação deste conceito. Tinha eu acabado de efetuar um estágio de um ano no IPOFGL e após ter estado o ano transato a frequentar voluntariamente a consulta de oncologia do Hospital de Santa Maria, quando, depois de ter regressado ao Hospital de Setúbal, admiti na enfermaria um jovem no início da terceira década da vida com uma doença de etiologia não imediatamente óbvia, mas que lhe havia degradado muito as condições de saúde num curto espaço de tempo. Tinha um franco atingimento do estado geral e uma hepatomegalia dura e de dimensões francamente aumentadas. Piorou muito no espaço de poucos dias e apresentava fortes indícios de ter uma doença consumptiva que admiti poder ser de natureza oncológica, pelo que após os primeiros exames auxiliares de diagnóstico efetuados propus-lhe a realização de uma biópsia hepática, no

intuito de chegar o mais cedo possível a um diagnóstico concreto, para decidir depois a melhor terapêutica a propor-lhe.

Passados escassos dias, a condição do doente tinha-se agravado ainda mais, pelo que decidi ligar para o meu tutor de estágio do IPO de Lisboa, colega Aires Fernandes, com quem também tinha trabalhado no Hospital de Santa Maria, explicando-lhe detalhadamente as minhas dúvidas e a que aceitasse a transferência do doente para a enfermaria da sua responsabilidade, mesmo antes de ficar a saber ainda o resultado da histologia. O contacto telefónico foi estabelecido numa quarta-feira, o doente foi transferido numa quinta-feira, e, na sexta-feira, soube-o depois, apesar do colega ter achado inicialmente que a situação talvez não fosse tão grave quanto eu a tinha descrito, a degradação da sua situação clínica era tal que o mesmo receou que, quando lá chegasse no início da manhã da segunda-feira seguinte, o doente pudesse já não estar vivo, se, entretanto, nada fosse feito, com todos os riscos inerentes.

Decidiu então instituir uma quimioterapia citostática para uma suposta neoplasia indiferenciada de origem desconhecida e, quando lá chegou nessa segunda-feira, o doente tinha melhorado francamente, tendo o diagnóstico de linfoma sido estabelecido no dia seguinte, como lhe transmiti de imediato após dele ter tido conhecimento. Completou o tratamento adequado para a doença que tinha e ainda hoje o encontro por vezes na cidade, cumprimentando-me sempre com grande reconhecimento. Tornou-se um empresário de sucesso, tendo casado e sido pai de duas filhas, hoje já com idade superior à que ele tinha quando foi meu doente. Não fora a teia de cumplicidade estabelecida entre mim, o meu colega e o doente, talvez este não estivesse hoje vivo.

CONCLUSÕES

Na política, e na conjuntura internacional vigente, também não é admissível que não se consiga estabelecer uma teia de estratégias sob os auspícios da ONU que ponha termo à invasão de um país por outro ou a uma resposta perfeitamente desproporcional de quem foi barbaramente agredido, mas que não se conteve em ter marcado uma posição firme, mas contida, pois a dimensão daquilo que está a levar a cabo é tal que de vítima, se arrisca a ser olhada como um algoz, tais as atrocidades que diariamente vamos vendo. Receio que a teia hipócrita dos poderosos se sobreponha, mais uma vez, à fraca teia dos inocentes. Mas não devia ser assim...

Quase a terminar, citaria ainda o filósofo francês Paul Valéry, que deixou dito que "o Homem é absurdo por aquilo que busca, grande por aquilo que encontra". O que, neste contexto, quererá dizer que quem procura reparar uma injustiça apenas através de uma vingança cega só teria a ganhar se encontrasse maneira de construir a paz. Como seria bom e tudo seria bem diferente ver as pessoas e as nações agirem como o advoga o Papa Francisco: "não deixemos que a loucura da guerra vença a sabedoria da paz". Porque essa é a única resposta válida aos gravíssimos problemas que a Humanidade enfrenta presentemente.

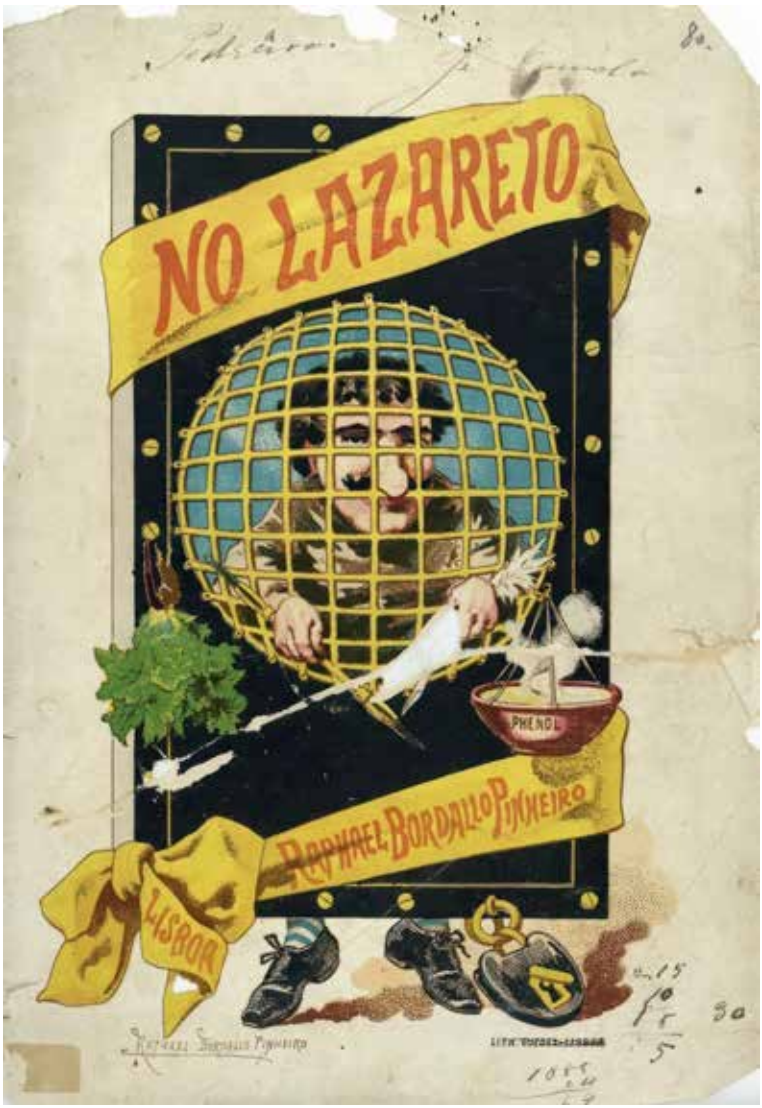
Concluindo, o que deveria ser sempre o fio de conduta perante os conflitos bélicos a que assistimos diariamente constrangidos, foi o que ficou expresso de forma lapidar pelo Rabino Hiliel, que viveu antes de Cristo: "O que é ódio para ti não o faças ao teu semelhante". Foi precisamente esse o espírito com que foi lavrado o documento que um conjunto de anciãos sobreviventes do Holocausto Nazi deixaram para a posteridade, ao escreverem: "...hoje, nós, para quem a memória está queimada nos nossos corações e na nossa carne, reunimo-nos para passar a tocha da memória à próxima geração... Não há real alternativa à coexistência entre pessoas e nações. Tudo deve ser feito para resolver as diferenças, não através do derramamento de sangue, mas através do debate e da mediação, no Médio Oriente e em todo o Mundo... Nós lutámos para extrair uma mensagem de renovado significado e aspiração para o nosso povo e para todos os povos, que é uma mensagem de humanidade, de decência e de dignidade humanas..." (excerto da Declaração dos Sobreviventes, intitulado "A nossa viva Herança", proferida em 11 de abril de 2002 em Yad Vashem, Centro Mundial da Memória do Holocausto, Monte da Memória em Jerusalém). Algo que o atual Primeiro-Ministro de Israel, Benjamin Netanyahu, infelizmente persiste em ignorar, arriscando-se a hipotecar por muito tempo a sua "alegada" superioridade moral perante a povo Palestiniano.

SETÚBAL, 2024/05/31





Lazareto de Porto Brandão do Século XIX, 2024, Fernando Correia.
Instituição que serviu para recolher refugiados da Guerra Civil de Angola, depois da independência dos PALOPS



No Lazareto, 1879, Rafael Bordalo Pinheiro, artista plástico português (1846-1905). O autor deste livro esteve em quarentena em Porto Brandão quando regressou do Brasil, devido ao receio de poder cá transmitir Febre Amarela, infeção que grassava no país onde estivera durante quatro anos e que a pudesse ter aí contraído. Deixou para a posteridade tal experiência gravada em satíricas páginas eivadas de humor, quer no texto, quer na ilustração, como era seu conhecido timbre

EPÍLOGO: AS ALTERNATIVAS QUE NÃO EXISTEM

INTRODUÇÃO

Como já por muitas vezes disse, as novidades e as modas chegam a Portugal, vindas frequentemente do estrangeiro, designadamente de Inglaterra, não raramente com um atraso de vários anos, sobretudo desde o tempo da denominada "ínclita Geração", já lá vão mais de sete séculos. Foi assim depois com o fenómeno musical do *rock&roll,* que apanhou o início da minha adolescência em vez da do meu pai, tal como com o SNS, que teve como inspiração o sistema de saúde que foi implantado a seguir ao *términus* da Segunda Guerra Mundial nas terras de *Sua Majestade*, o NHS, que só chegou às nossas bandas na segunda metade dos anos setenta do século passado, pela mão do então visionário Ministro dos Assuntos Sociais, o venerando António Arnaut.

A crise que se vive presentemente em Portugal iniciou-se antes naquele país anglófono, aquando do governo do partido conservador da Primeira-Ministra Margaret Thatcher, a meio da década de setenta do século passado. Realidade que veio a "contaminar" o nosso, volvidos cerca de uma dezena de anos, nos tempos em que a Ministra Leonor Beleza assumiu a pasta do Ministério da Saúde. Deve realçar-se que, certamente por várias razões, onde tem um peso cada vez maior a disseminação dos meios de comunicação virtuais, estes desfasamentos temporais tenderão a ser cada vez mais curtos, como foi este o caso.

A INGLATERRA

Tenho o meu filho, o João (licenciado em Portugal em Educação Física, com o Mestrado em Treino Desportivo, neste momento a fazer uma licenciatura em Fisioterapia numa Universidade do Reino Unido, que tem estado a efetuar estágios em diversas instituições de saúde públicas e privadas), e, a minha nora, a Sara (licenciada em Enfermagem também no nosso país, que já trabalhou no NHS,

quer em Hospitais, quer nos Cuidados Primários, e, presentemente, numa empresa privada que presta serviços para aquele organismo estatal). Ambos aí vivem já lá vão quase dez anos. Para além disso, tenho tido também alguns contactos com colegas que foram meus internos que imigraram para Inglaterra, tal como com doentes que são profissionais de saúde e de outros ramos de atividade, que para aquele país foram viver e trabalhar.

Vou lá anualmente visitá-los, o que me permitiu ter conhecido, por exemplo, uma família de indianos, todos eles médicos, que trabalham desde há uns anos em Clínicas convencionadas com o NHS do Reino Unido, bem como encontrar-me com enfermeiros e assistentes operacionais que partiram para a imigração e que estavam antes no Hospital onde exerci quase sempre a minha vida profissional, e que trabalham hoje, ora no NHS, ora em clínicas convencionadas ou privadas.

Tudo isto para dizer que, por todas estas razões e por acompanhar de perto a literatura científica e as informações em órgãos de informação diversos, mas que reputo de sérios e atualizados, sou "testemunha indireta", mas interessada, do que se tem passado no país que inspirou o sistema português, onde eu próprio fiz um curto estágio observacional num dos mais conceituados Hospitais onde os doentes infetados por VIH são atendidos em pleno centro de Londres, há mais de uma década.

Não havendo unanimidade, como é lógico e frequente, na avaliação do que se passa ultimamente no NHS, considerando tudo o que disse anteriormente e o que irei contar a seguir, revejo-me completamente no artigo publicado em 2023 por David Hunter, docente de Saúde Pública na Universidade de Oxford no NEJM, intitulado "At Breaking Point or Already Broken? The National Health Service in the United Kingdom", tal como disse na Conferência sobre o SNS a que já antes fiz referência. Realço que quase todos os problemas aí abordados parecem extraídos da realidade atual do SNS em Portugal.

Para se compreender melhor a maneira como vejo aquela realidade, contarei de seguida três curtas histórias verídicas, a primeira que se passa em Inglaterra com um imigrante português, e as outras duas, em Portugal, embora ambas envolvam também imigrantes portugueses naquele país.

A primeira história

Um amigo do meu filho, que muito bem conheço há anos, sentiu-se um certo dia doente e, como as suas queixas se fossem agravando, assustado que estava com uma proctalgia cada vez mais intensa, ao ponto de já quase não se conseguir sequer sentar, e, depois, por ter começado a perder sangue quando ia defecar, algo que assusta geralmente qualquer pessoa, decidiu solicitar uma consulta no Centro de Saúde da cidade onde vive e trabalha, situada entre Londres e Oxford, onde reside também o meu filho. Quando soube que iria ter a consulta, o que demorou vários dias, numa altura em que já quase não conseguia dormir ou ir trabalhar, lá se deslocou para ela a custo, onde contou a sua história clínica ao médico, explicitando objetivamente do que se queixava afinal. Quando verificou que o clínico se preparava para o mandar embora com uma receita passado poucos instantes e sem que o mesmo lhe colocasse mais quaisquer questões adicionais, perguntou-lhe se não o ia observar, ao que ele lhe disse, secamente, não ver nisso qualquer necessidade, sem que tivesse sequer levantado os olhos do papel de receita que estava a acabar de preencher.

Foi então que o doente, numa atitude cheia de coragem e de sagacidade, lhe respondeu de imediato e com um tom de voz que revelava um indisfarçável misto de surpresa e de notório desagrado, exclamou de rompante: "Vai sim senhor!" O dito médico virou-se então para o doente, um pouco atónito com o que deverá ter considerado ser um "intolerável atrevimento", e, olhando-o de soslaio, foi surpreendido com o mesmo a tirar o telemóvel do bolso e a mostrar-lhe a fotografia que tinha feito do seu próprio ânus, antes de sair de casa, o que deixou o clínico de "cabelos em pé", e, em vez de terminar de passar a dita receita, começou logo a escrevinhar uma informação clínica sumária, recomendando que o doente se dirigisse de imediato ao Serviço de Urgência do Hospital mais próximo e ali entregasse aquela carta, porque o diagnóstico era de uma trombose hemorroidária maciça. Conselho que fez o amigo do João, naturalmente muito agastado, sair à pressa do consultório, apesar das notórias dificuldades inerentes, para ir procurar encontrar a solução do seu problema de saúde no sítio onde se arrependeu de não ter ido logo que as suas queixas se tinham iniciado.

A segunda história

Esta envolve o caso de um jovem, tal como o anterior, natural de Setúbal, que tinha imigrado há pouco tempo para Londres e que começou a ficar assustado quando verificou o aparecimento, primeiro, e, depois, de um alastramento progressivo de umas lesões cutâneas que, a certa altura, já se tinham levemente disseminado por quase todas as partes do corpo, inclusive pela sua própria cara. Como nunca tinha ido antes a qualquer médico no país onde se encontrava, mesmo não tendo outras queixas clínicas acompanhantes, decidiu recorrer a um centro ambulatório para atendimento de doentes com suspeita de doenças de transmissão sexual, onde não era necessário fazer qualquer marcação prévia, por ter pensado ser a maneira mais célere e conveniente de ver o seu problema de saúde esclarecido e resolvido.

A consulta foi muito rápida e realizada por um enfermeiro, tendo-lhe sido proposto tirar sangue para análises serológicas de sangue que incluíam a do vírus VIH, das hepatites B e C, e da sífilis. Passados poucos dias, penso que dois, já não estou bem certo, recebeu um código no seu telemóvel pessoal que dava acesso a visualizar os resultados das análises que tinham sido requisitadas no referido centro onde lhe tinham tirado sangue. Quando abriu o *link*, presumiu ter ficado a saber que não tinha nenhuma das infeções para as quais lhe haviam tirado sangue, ficando, naturalmente, e numa primeira instância, muito aliviado.

Mas... logo de seguida, colocou para si mesmo uma pergunta que era bastante lógica: "Já sei o que não tenho... mas, afinal, que doença será esta?" Como na Inglaterra é muito difícil, para não dizer quase impossível, um doente ir por sua iniciativa a um especialista do NHS sem ser referenciado por um clínico geral, como não tivesse seguro de saúde para ocorrer ao sistema privado e também por não ter recebido qualquer informação do centro onde tinha recorrido primeiro, para onde se deveria dirigir depois de receber o resultado das análises, no caso de serem negativas, como foi felizmente o caso, sentiu-se meio perdido. Decidiu, então, fazer o que muitos jovens imigrantes fazem e eu o confirmei ao longo de muitos anos: Contactar a família em Portugal, a solicitar ajuda.

Foi assim e por iniciativa da sua mãe, que já me conhecia antes, que o observei passados uns dias no meu consultório, tendo consequentemente tido de se deslocar de propósito de avião de Londres para Lisboa, só para esse efeito. O diagnóstico era óbvio de "molusco contagioso" à simples inspeção visual, uma doença provocada por um *poxvírus*, muitas vezes associada a estados de imunodeficiência. Observei o doente, pedi-lhe análises para caracterizar uma possível

deficiência imunitária (que concluí depois que felizmente não estava mesmo presente), expliquei-lhe qual a origem da doença e o respetivo prognóstico, acabando por receitar-lhe um fármaco imunomodelador de aplicação tópica. Terminei a segunda consulta, concluindo que, como ia continuar a morar noutro país, deveria aí passar a fazer o necessário acompanhamento clínico posterior, evitando assim nova deslocação propositada só para esse efeito. Ficou esclarecido e agradeceu, tendo-se ido embora de volta para a sua casa, bem mais tranquilo. Não voltei a saber dele, presumindo que por ter ficado melhor, ou, quiçá, apenas mais informado e orientado, o que já não será pouco, para uma doença crónica que pode ter um caráter recidivante...

A terceira história

A última desta série, e antes de contar a que selecionei para encerrar esta exposição, por ter envolvido um doente português e que só recorreu a instituições do seu país para resolver os seus problemas de saúde, irei falar de um caso que não ocorreu muito distante do anterior em termos temporais, mas que envolveu antes um imigrante de meia-idade e a residir em Inglaterra há mais tempo do que os anteriores. A razão pelo que me veio consultar no meu consultório privado, já não me recordo bem, possivelmente por não ser de grande gravidade. Contudo, recordo-me bem que, da primeira vez, aproveitou estar de passagem por Portugal, tendo-lhe eu solicitado a realização de alguns exames auxiliares de diagnóstico. Queixou-se, tal como o anterior, que, no Reino Unido, era mesmo muito difícil poder recorrer diretamente a um especialista do NHS.

Na consulta seguinte, fez questão de me explicar que se tinha deslocado de propósito, por considerar, apesar de tudo, ser mais fácil e eficaz, do que estar a aguardar por uma consulta em Inglaterra, que não conseguia antever quando poderia ser, embora, também, para me mostrar os exames que eu havia requerido, e, finalmente, para saber a minha opinião acerca dos seus resultados. No final, fez questão de dizer que me agradecia muito, mas que talvez não voltasse tão cedo a consultar-me, se é que o voltaria a fazer alguma vez mais. Confesso que fiquei surpreendido, por não ter notado que algo tivesse corrido mal entre nós, até porque me confessara que tinha aproveitado para visitar a sua família uma vez mais, como é tão habitual em circunstâncias semelhantes, razão pelo que não me contive e perguntei-lhe, então, o porquê dessa inesperada declaração, admito que com um ar de alguma surpresa.

Fez imediata questão de me esclarecer que não tinha nada contra mim, pelo contrário, mas o facto é que iria ser em breve pai do seu primeiro filho, estando a sua esposa no sexto mês de gestação, e, como ela era australiana e as consultas que tinha tido no Centro de Saúde em Londres, tinham sido apenas com uma enfermeira, por ser essa a norma genérica do NHS, a mesma tinha decidido voltar para o seu país e aí ter o parto, porque apesar de ser saudável e tudo estar a correr aparentemente dentro da normalidade, não se sentia suficientemente segura para continuar em Inglaterra, sobretudo por saber que tinha uma idade a rondar os 35 anos, e saber das remotas hipóteses de haver um aumento percentual significativo de eventuais complicações, quer para a sua própria saúde, quer para a do feto. Inclusive, disse-me, a mesma tinha-lhe mesmo pedido desculpa, quando este ainda lhe propôs vir antes para Portugal, fazendo questão de explicitar que não seria por desconfiança do nosso sistema de saúde que não pretendia a concretização dessa hipótese, mas antes para poder estar próxima da sua família, o que o meu doente me disse ter aceitado com naturalidade, pelo que lhe restava despedir-se cordialmente de mim, levando os exames consigo, que felizmente nada de grave tinham revelado, e voltar para Inglaterra, seguindo, passados alguns dias, para o país nos antípoda do seu. Nunca mais soube dele, da sua esposa, ou do filho de ambos...

Uma viagem, o Brexit e algumas importantes ilações

Penso que estas três histórias, das quais sou testemunha direta das duas últimas, enquanto médico, ilustram bem a gravidade do momento que o NHS vive presentemente, pelo que isso nos deveria fazer refletir muito bem para onde caminha o nosso SNS, uma vez que outras graves disfuncionalidades aqui se verificam também como tenho cada vez mais constatado. Mas todas tornam também patente a necessidade absoluta de praticar uma medicina sem barreiras, desburocratizada, e em que o doente possa ter o direito de optar, porque sentir-se seguro e confiante na relação com o médico que pretende consultar nunca deve ser posto em causa, por isso ser antes o âmago do Ato Médico de qualquer sistema de saúde que se preze, sem o que este não conseguirá edificar uma boa imagem perante os doentes e os cidadãos em geral (a que acrescentaria, dos médicos também), não sendo a impessoal tecnologia que irá resolver estas ou outras eventuais insuficiências.

Mais ainda, como sou um viajante inveterado, sou testemunha que também não é só no domínio da saúde que estas deficiências se notam, em especial depois do denominado *Brexit*, que provocou um maciço abandono de muitos emigrantes qualificados oriundos de outros países europeus (que não só de Portugal), que têm vindo a ser substituídos por outros que vêm de diversos países de outros continentes (em especial da *Commonwealth,* do Extremo Asiático e de África), onde essa qualidade não é de todo equivalente, talvez com exceção da Índia e da África do Sul, o que fez com que se verificasse um *downgrade* enorme na qualidade da prestação dos serviços em vários setores. É o que acontece quando tentamos apanhar um táxi, onde, não raramente, somos surpreendidos por condutores que não dominam o inglês, não conhecem as cidades onde circulam, e chegam a não ter GPS para se orientarem, tal como algo semelhante acontece, no campo da saúde, com certos médicos e enfermeiros, que evidenciam limitações similares, facilmente notadas quando alguém se desloca a uma urgência hospitalar ou ao centro de saúde.

O exemplo máximo no setor do turismo que vivenciei numa das minhas deslocações para passar uma semana de férias com o meu filho ocorreu antes da pandemia de COVID-19, onde fizemos um périplo pelo sul de Inglaterra, em que reservei um hotel de quatro estrelas numa zona costeira sobre o Canal da Mancha, pertencente a uma cadeia muito conceituada que eu já conhecia antes e onde tinha sempre ficado confortavelmente instalado. Quando lá chegámos de madrugada, vindos diretamente do aeroporto, demos duas voltas ao edifício, para ter a certeza de que não nos tínhamos enganado. Tudo se tornou ainda muito mais patente, quando o pudemos observar à luz do dia na manhã seguinte. A sensação de logro e de deceção foi total.

Deveria ter sido construído depois da Segunda Guerra Mundial, nunca mais teria certamente tido obras de conservação, as ferragens exteriores estavam completamente pejadas de ferrugem, como seria de esperar com o desgaste da maresia e pela parca qualidade dos materiais usados na sua construção, estava rodeado por uma enorme lixeira do lado contrário ao que tinha o cais de embarque, que impedia ter a "fabulosa" vista que se anunciava nos *sites* de reserva *online*. A sua garagem privativa estava cheia de lixo nos lugares onde deveriam ficar estacionados os carros, com os tetos cheios de infiltrações, pelo que tivemos muita dificuldade em arranjar um lugar menos inconveniente para parquear o do João. Tinha um casino e um *spa*, onde nem tivemos coragem de entrar, uma vez que receámos justificadamente poder contrair algum grave problema de saúde, para além do suposto repugnante aspeto que deveria certamente ter.

Ao assistir, por mera casualidade, na segunda noite daquela estada, num salão perto da entrada, a uns minutos do degradante espetáculo que animava a noite dos hóspedes que lotavam o hotel quase por completo, pude certificar-me *in loco*, quem foram afinal os votantes do divórcio do Reino Unido com a CEE, pelas conversas que era possível escutar nas mesas ao lado da nossa, pois falavam suficientemente alto para se ouvirem sem qualquer dificuldade, estando muitos deles encharcados em *scotch*, logo, desprovidos de qualquer sentido de conveniência perante a presença próxima de estrangeiros.

O mesmo pudemos inferir do empregado da receção que nos tinha acolhido na madrugada anterior e que, casualmente, nos fez o *check-out* na manhã do dia seguinte, tal era o seu aspeto exterior absolutamente confrangedor e asqueroso. Mas o pior, é que quem via o filme que constantemente passava no ecrã gigante que estava junto à receção ou as fotos do *Booking*, completamente retocadas informaticamente, jamais suporia o que iríamos ter que nos confrontar.

Escusado será dizer que dei classificação de "0", por não ser possível dar nota negativa, até porque, no fim, ainda tiveram a coragem de nos aplicar uma multa de estacionamento!!! Pode o leitor crer que, pela experiência, que jamais teria se tivesse sido possível antecipar o que me esperaria, para além de nunca mais a esquecer, foi uma oportunidade soberana para ficar a conhecer a realidade do "inglês genuíno" (muitos eram ex-membros reformados das forças armadas e na casa da oitava década), orgulhosos sem limites do seu país e da sua veneranda História, pensando certamente que ainda estariam no tempo da Rainha Vitória, em que todos os países lhes tinham de prestar vassalagem e que não precisavam de mais ninguém para serem tidos como os verdadeiros senhores do Mundo!!!

Mas, também, para que as novas gerações que preferiram ir para uma noite de copos nos *pubs* na madrugada da véspera do plebiscito, e que não foram capazes de se levantarem da cama, no dia seguinte, para irem votar, como é bem sabido, acabaram surpreendidos com a amarga notícia da decisão eleitoral resultante dos que compareceram nas urnas. Uma lição para as eleições europeias que se aproximam, tal como disse na altura ao meu filho e à minha nora, e voltei a enfatizar este mês de novo, quando nos vieram visitar.

A derradeira história envolveu um doente que também acompanho desde há uns quantos anos em consulta privada e curiosamente com um razoável conhecimento das problemáticas da saúde e da realidade atual dos serviços no nosso país, como depreendi das muitas conversas que tivemos, ao ponto de lhe já ter passado pela cabeça, começar novamente a estudar para poder vir a ser médico ou enfermeiro, como me confessou um certo dia...

O que importa mesmo para o que quero transmitir é que estava em casa de uns familiares a passar a quadra pascal, já lá vão alguns anos, quando, no sábado à noite após o jantar, começou a ter uma dor no abdómen. Não disse nada a ninguém, primeiro por pensar que essa incomodidade se poderia ficar a dever a algo que tivesse comido que lhe estivesse a provocar uma indisposição meramente passageira, pelo que decidiu dizer aos convivas que iria deitar-se mais cedo do que seria a sua intenção inicial, sem mais explicações. Já na cama, verificou que o quadro não havia melhorado, pelo que decidiu tomar um banal analgésico por via oral. Volvidos alguns minutos, apesar de tentar adormecer, o incremento do quadro doloroso fê-lo pensar que o melhor seria recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital mais próximo. Não tentando preocupar demasiado os seus familiares, disse-lhes que não necessitava de ser acompanhado, porque estava perfeitamente capaz de conduzir, estando convicto que a ausência seria breve e que volvidos alguns minutos estaria de volta para a sua companhia, já melhorado.

Meteu-se no seu próprio carro, e, ao passar pelo hospital onde tinha pensado em recorrer (devo esclarecer que não era o de Setúbal, mas outro), sentiu-se a piorar tanto que, como o conhecia vagamente e presumiu não estar à altura de poder resolver uma eventual situação clínica de maior urgência e gravidade, como admitiu poder ser o caso, resolveu arriscar e seguir diretamente para Lisboa. A situação agravou-se, ao ponto de ter pensado ser melhor não arriscar entrar na autoestrada, pelo que decidiu, em quase desespero, parar na borda da estrada. Depois de desligar o motor do carro, receou que fosse desmaiar, pelo que, como não estava a chover, conjeturou que o choque térmico provocado pelo frio da noite poderia contribuir para se recuperar um pouco, de modo a poder conseguir seguir viagem, volvidos alguns instantes. Assim fez. Saiu da viatura a custo e deitou-se no chão da berma da estrada, pensando que alguém tivesse a iniciativa de parar para o socorrer.

Defraudou-se com a concretização daquela hipótese, pois verificou que ninguém parou, apesar de, naturalmente, nesse dia, a essa hora e naquele sítio,

o trânsito não ser muito intenso, mas sempre viu passarem algumas viaturas. Murmurou consigo mesmo que, apesar disso, tinha tido a esperança de poder haver alguma alma caridosa, quanto mais não fosse por ser véspera do dia de Páscoa!!! Não tendo sido socorrido e tendo miraculosamente recuperado um pouco as forças, encheu-se de coragem e lá voltou para dentro do seu carro, no intuito de poder chegar o mais rapidamente possível ao seu pretendido destino, já que tinha um seguro de saúde e pensou que a melhor solução seria a de ir diretamente a um dos hospitais privados da capital. Assim fez, e voltou a meter-se à estrada, embora a muito custo, arriscando finalmente entrar pela via de acesso à autoestrada.

Antes da portagem, sabia que havia uma zona de abastecimento de combustível, pelo que lhe ocorreu que o mais conveniente seria avisar um amigo próximo do que se passava, dando-lhe a sua localização pelo telemóvel ligado ao *bluetooth* do carro, supondo que o mesmo, se atendesse a chamada, poderia ir de seguida no seu encalço. Assim fez e estacionou o veículo quase a desmaiar... Quando recuperou a consciência, após um período de tempo que não conseguiu calcular, já estava num Hospital, tendo sabido que ali tinha dado entrada em choque. Tinham-lhe colocado um soro e solicitado uns exames auxiliares de diagnóstico, que incluíam análises e uma TAC abdominal. Sentia-se ainda algo obnubilado, mas a dor era bem patente e já nem com medicação analgésica endovenosa aliviava.

Ao fim de algum tempo, lá tomou conhecimento do diagnóstico concreto: Hemoperitoneu espontâneo. A sua vida corria sério perigo a muito curto prazo, pelo que não havia maneira de se salvar sem se deixar operar e o mais rápido possível. Foi isso que disse de imediato, concordando com a proposta feita pelo cirurgião que o estava a assistir. A última amarga e inesperada surpresa foi que uma funcionária administrativa o aguardava à entrada do bloco operatório, para que fizesse, com o seu próprio cartão bancário, o depósito prévio correspondente à franquia do seguro. Sem pensar duas vezes, fez o que lhe solicitaram a tremer, e lá foi conduzido pelo maqueiro, muito apressadamente, deitado na maca, para a mesa de operações.

Foi operado e recuperou, tendo voltado à sua vida profissional. Contou-me este episódio já em consulta, visivelmente emocionado, volvidas algumas semanas. Depois de o ouvir, perguntei-lhe se se importava que eu publicasse a sua história, ainda que logicamente de forma anónima, o que autorizou. Na altura não sabia bem dizer como e quando, mas aqui está.

Várias questões de candente importância se têm de colocar perante este episódio, tal como o fiz a propósito das anteriores. Essencialmente, estas: O que aconteceria ao doente se não tivesse feito o dito pagamento? O que teria sido

feito, nessa eventualidade (a sua transferência para um hospital do SNS? Mesmo com o eventual risco de perder a própria vida?). Como é possível compaginar este tipo de condutas administrativas com o superior respeito pela ética a que, quer os seus profissionais, quer as instituições estão obrigados? A que mais iremos assistir ainda no nosso país?

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE EM PORTUGAL

Como disse já por múltiplas vezes ao longo deste livro, e, creio que será impossível não concordar, quanto mais não seja por uma questão de reconhecer a realidade vigente, o sistema privado de saúde existe desde sempre e deveria funcionar, como defendo, em perfeita e transparente complementaridade com os setores estatal e social, embora todos tendo de obedecer às mesmas regras de respeito pela ética.

É oportuno, então, passar a resumir o essencial do que referi na já aludida Conferência a este respeito, para o que será também útil a leitura atenta dos livros intitulados *O Negócio da Saúde*, da autoria do meu colega Bruno Maia, que foi candidato a Bastonário nas últimas eleições, e *Mais Escolha, Mais Saúde: Os Portugueses e o Sistema Português de Saúde*, do Presidente APHP (Associação Portuguesa de Hospitalização Privada), Óscar Gaspar, tal como disse a respeito dos outros dois anteriormente já referidos. Assim, diria o seguinte:

1. As organizações privadas que atuam como angariadoras de recursos médicos para o SNS (e não só!), não cumprem muitas vezes com os seus compromissos perante as entidades contratantes (hospitais e outras). No patente desespero de serem apanhados em incumprimento, invadem literalmente a privacidade dos que, como eu, que nunca lhes forneci o meu nome ou contacto telefónico, jamais autorizaria o seu uso para esse fim e nunca me inscrevi em tais organizações, tal não me impediu de ter recebido, um certo dia, um telefonema para o meu telemóvel privado, a dizer que tinha um turno de urgência para ir fazer no Hospital de Évora, o que revela o desnorte reinante da sua organização interna, tal como de uma falta de controlo externo da sua idoneidade, que importaria ter, mediante a realização de auditorias regulares pela ERS e/ou pela Ordem dos Médicos.

2. Também é do conhecimento geral que a qualidade formativa dos médicos que "fornecem", nomeadamente às urgência hospitalares, fica muito aquém dos que se formam em Portugal, praticando uma medicina voltada quase exclusivamente para a abordagem imediata dos sintomas, solicitando inúmeros exames

auxiliares que muitas vezes são desadequados e cujos resultados frequentemente não sabem interpretar, reveladora de uma postura bastante nefasta, típica de denominada medicina defensiva, muito mais dispendiosa e pouco efetiva, não sendo ainda raro dominarem muito mal o idioma português, andando a pular, sem qualquer controlo, de turno em turno e de hospital em hospital, desgarrados de qualquer integração funcional ou hierárquica com real capacidade interventiva, e, por fim, não cuidando minimamente da sua atualização científica. Dramático;

3. A instabilidade contratual é a principal causa de insatisfação e a melhor remuneração o principal fator positivo, segundo o Novo Relatório das Carreiras Médicas da Ordem dos Médicos de 2023;

4. Nos Hospitais PPP, algumas patologias de elevada despesa associada não ficaram cobertas nos Contratos-Programa celebrados com o SNS, ou têm um teto máximo pré-contratualizado que não serve integralmente as populações adstritas;

5. Nos Hospitais privados, quando o *plafond* dos Seguros Privados se esgota, os custos deixam de estar cobertos pelos mesmos, e ou os doentes interrompem os tratamentos, ou os pagam do próprio bolso, ou são depois transferidos para o SNS, como pude verificar já na década de 90 do século XX, quando fui médico residente da UCI do Hospital Curry Cabral durante quase três anos. O que o SNS lhes paga pelo mesmo ato é muito superior ao que os próprios hospitais públicos recebem e alguns critérios de atuação são muito díspares (ex.: cesarianas);

6. Os Seguros Privados, não abrangem certas patologias com elevada despesa associada, têm frequentemente períodos de carência prolongados, excluem muitas vezes pessoas em idade geriátrica e pagam relativamente mal aos prestadores seus convencionados;

7. Os doentes operados no setor privado com o denominado "Cheque Cirúrgico" são, por vezes, enviados para centros muito distantes da sua residência, e, muito pior, onde não está assegurado o tratamento das complicações decorrentes, nem pelo mesmo médico que foi o responsável pelo ato cirúrgico, residindo de novo o problema, essencialmente, nos contratos que são celebrados com o próprio SNS;

8. Sabe-se que nos Hospitais Privados, existem alguns médicos que recebem, por vezes, proventos financeiros quando requisitam exames auxiliares de diagnóstico, mesmo em circunstâncias que estes não são realmente necessários, o que inflaciona artificialmente os custos que irão ser suportados por entidades terceiras convencionadas ou pelos próprios doentes;

9. Os Hospitais Privados não estão preparados para a verdadeira emergência médica ou cirúrgica, e têm muitas limitações em responder a situações de

emergência de Saúde Pública, como foi no caso recente da pandemia de COVID-19, o que também necessariamente remete para a qualidade de formação dos seus internos de especialidade.

CONCLUSÕES

A instituição das Carreiras Médicas (por Miller Guerra) e do SNS (por António Arnaut) de nada teriam valido sem o trabalho de quem as soubesse colocar todos os dias no terreno ao serviço dos doentes e das instituições, pelo que as homenagens que foram feitas no dealbar da Pandemia (o painel do VIHLS no Hospital de S. João, no Porto, e as estátuas colocadas pela Câmara Municipal de Lisboa, na zona ribeirinha da cidade) não podem jamais ser entendidas como uma mera e circunstancial celebração de agradecimento aos Profissionais de Saúde, mas depois, hipocritamente despida, por completo, de qualquer respeito no dia a dia de trabalho.

Atirar apenas mais dinheiro para salvar o SNS com certeza que não resolverá o seu problema, mas, também, certamente que este não terá solução, sem se reforçar o seu financiamento. O governo não pode dizer aos privados para aumentarem os ordenados dos seus funcionários e não dar ele o exemplo, quando sabe da enorme e justa contestação dos principais setores sob a sua responsabilidade direta, resultante de um desinvestimento gritante de muitos anos e que os mesmos já não conseguem tolerar mais, sob pena da existência do próprio Estado, como deve ser entendido, poder estar em causa a prazo.

O SNS pode caminhar para uma situação de inviabilidade a curto prazo, se não houver um sério investimento no mesmo. Se isso não acontecer, à semelhança do que se passa nos países latino-americanos, irá antes ser transformado num sistema "apenas" para doentes "indigentes", assegurado por profissionais a caminho dessa mesma condição.

É imperioso que o poder político reconheça que conduziu o SNS à inviabilidade por asfixia progressiva e por quase abandono, embora sempre dizendo demagógica e cinicamente o contrário, bem como refundá-lo, em conjunto com os outros setores e os seus profissionais, eventualmente com outra sigla, assente no seguinte conjunto de valores, que reputo de vitais:

- Universalidade, equidade e acessibilidade adequados;
- Respeito estrito pela Ética e pela Deontologia, tal como pela opção de cada doente;
- Humanização em vez de mercantilização;

- Financeiramente sustentável, mas garantindo o acesso à inovação tecnológica e terapêutica;
- Onde seja possível a realização profissional de quem neles trabalha;
- Onde exista uma recusa inequívoca em reduzir o exercício da atividade médica ao de um simples negócio onde cada doente é reduzido à condição de mero meio de subsistência do médico, de qualquer instituição, ou do próprio sistema de saúde;
- Onde a avaliação periódica dos profissionais não seja a que está presentemente institucionalizada, muitas vezes adiada e resumida a uma série administrativa de parâmetros completamente divorciados da primazia da qualidade, mas reduzida apenas a uns quantos índices quantitativos que são classificados, frequentemente, por quem verdadeiramente não está na posse dos conhecimentos e da experiência para o realizar com a necessária independência e isenção. Como dizia o filósofo espanhol Daniel Innerarity, "É impossível governar as pessoas sem compreender as suas razões. Em muitos casos, os que são mandados sabem muito mais do que quem governa."

Assim, o SNS só seria (será?) viável se quem o conduziu à mais do que lamentável situação de completa agonia tivesse ouvido quem devia e tivesse invertido o inexorável caminho de degradação vigente. Ainda iremos a tempo? Este é mais um contributo. Possivelmente, o último!!!

Finalizo, afirmando que, na minha opinião, o que considero mesmo mais grave do que tudo o resto é que, conforme disse, e qualquer cidadão ou profissional o sabe perfeitamente, não é propriamente acabar com o SNS. É que se acaba com algo que, a continuar assim, deixa muitos dos portugueses sem verdadeira alternativa viável e adequada. Se assim for, em vez de uma Sociedade de Paz e Prosperidade, teremos o contexto sociológico que faz com que muitos dos nossos emigrantes venham para Portugal, mas arriscando-se a deparem-se afinal, a prazo, com um cenário semelhante ao que os fez virem para outro país.

Por isso, atrevi-me a resumir noutro capítulo anterior um conjunto de propostas que, penso sinceramente, poderia permitir passar a dar uma resposta muito mais satisfatória, invertendo a degradação que está à vista de todos. Os dois SNSs têm de ser um só!!!

Será o atual governo ou os vindouros disso capazes? Bem gostaria, mas tenho, como já expliquei detalhadamente, fortes e fundadas dúvidas. Como dizem os sempre sagazes e lúcidos aforismos populares, "o pior cego é o que não quer ver" e "enterrar a cabeça no lodo como a avestruz, de nada valerá". É que neste

Mundo em que vivemos, cada vez mais vamos sentindo falta de estadistas com uma estatura capaz de antecipar cenários futuros e de saber encontrar respostas consensuais e eficazes aos reais problemas da Humanidade, como o que definiram Winston Churchill, quando escreveu, "é sempre prudente olhar em frente, mas é difícil olhar para mais longe do que pode ver-se", ou André Malraux, quando deixou dito "há algo maior do que o poder que se chama justiça". No fundo, para o que antecipou William Shakespear, quando "profetizou" que "assim que nascemos, choramos por nos vermos neste imenso palco de loucos", possa corporizar um sinal de vitalidade e de esperança, ao invés de desespero e de contrariedade como é de supor pelas suas avisadas palavras.

SETÚBAL, 2024/05/31



Antigo Hospital da Misericórdia de Palmela do Século XVI, 2024, Fernando Correia



Antigo Hospital da Misericórdia de Vila Nogueira de Azeitão do Século XVII, 2024, Fernando Correia.
Local onde algumas das histórias clínicas do livro ocorreram. O Autor e a Ana, sua esposa, realizaram o estágio de Saúde Pública no segundo semestre de 1983

POSFÁCIO

CARLOS VASCONCELOS
Médico desde 1976, Internista dedicado à área da Imunologia Clínica; doutorado na área do Lupus Eritematoso Sistémico, professor catedrático convidado do ICBAS/Hospital de Santo António, da Universidade do Porto

Conheço o Zé Poças desde os inícios da pandemia VIH, ou seja, há umas décadas. Quando o ouvi pela primeira vez, a sua voz incisiva, forte e troante levou-me a pensar que não seria uma pessoa que eu gostasse de ter como amigo. Rapidamente percebi que me tinha enganado completamente. O Zé Poças é um homem muito bondoso, leal e amigo do seu amigo!

É um homem de caráter, que transpira emoções e de uma cultura enorme que cumpre à saciedade o ditame do grande Abel Salazar "médico que só sabe medicina nem de medicina sabe!". A arte estimula-o, como o demonstram as lindas gravuras que inundam este livro. É um fã da história, mas da história a par da humanidade, e por isso escreve com clareza "a história dos Hospitais não pode estar divorciada da das pessoas que neles trabalham ou das que a eles recorrem". Sabe de música, de viagens por esse mundo e sei lá eu que mais!

Tem um percurso clínico em que me revejo bastante: médico Internista, ou seja, especialista da especialidade Mãe, a Medicina Interna, que se diferenciou na área da Infeciologia, portanto um Infeciologista como à maneira clássica. Percorreu todas as etapas da carreira médica com mérito reconhecido interpares.

Este é um livro extenso, com histórias pessoais e relacionadas com eventos clínicos muitíssimo interessantes de ler, porque são experiências reais, descritas por quem as soube viver e lembrar, e que as sabe escrever. Experiências que demonstram profundamente o que é ser médico. Ser verdadeiramente médico. Como colega agradeci-lhe todas essas histórias, porque tantas vezes tentei explicar o ser médico a pessoas que tiveram uma má impressão nos seus contactos com o sistema de saúde. Umas vezes porque tiveram más experiências com outros profissionais do SNS que não do médico. Outras porque não perceberam que a postura apressada do médico teve por base o facto de muitas vezes lhe restar pouco tempo para o que tinha para lhes dizer. Infelizmente, outras vezes, porque o médico não cultivou a empatia essencial com o doente, ou não explicou nada ("eu é que sei!"). Ou foi mesmo mal-educado. A faculdade de medicina não tem nenhuma disciplina de bom senso, nem de boas maneiras, talvez até não tenha

uma que ensine como comunicar e, sim, há médicos que deixam a desejar da sua competência clínica...

Este livro é também uma coleção de artigos publicados em diversas revistas e sob o título de cartas abertas ou outros, que poderão não ser tão fáceis de ler. Pelo menos de uma penada! São textos que repetidamente denunciam o que não está bem em diversas áreas do SNS, no geral e focados no seu hospital, da sua terra do peito, Setúbal. Mas o Zé Poças é também um homem do norte, do seu Porto. Por isso, e certamente não só, é frontal, dá a cara e não tem receio de "levar". Tem a força de gritar que o "o Rei vai nu", preferindo vestir, se necessário, a pele de "advogado do diabo", do que a de um "anónimo perante a aparente assética indiferença de uns", escreveu.

Setúbal é uma terra de gente trabalhadora, de gente que sofreu muito, com o seu esforço do dia a dia para construir um futuro viável para os descendentes. Ele, médico, e por isso privilegiado, manteve impoluta a sua consciência de homem bom, que tenta fazer o melhor pelos que tanto dele precisam, os doentes. Quando os médicos se esquecem deste pilar fundamental da nossa profissão perderam uma parte enorme do seu ser... ou talvez nunca tenham tido esta parcela de amor pelos outros. Ser bom não é "parecer ser bom", é ser-se bom para quem precisa no dia a dia, é tolerar os eventuais maus cheiros, é "aceitar" a eventual crispação das palavras, é aguentar mais umas horas para além das 24 acabadas de fazer é, em suma, ser-se MÉDICO, para além do título, para além das honrarias. Zé Poças sempre lutou pelo bom nome Médico – os que o merecem –, como o demonstra no ridículo episódio que descreve dos "Doravante designados Trabalhadores Médicos".

São muitos ao longo dos anos os textos escritos para denunciar o que vai mal, mas também para apontar caminhos. Foram tantos os diretores, ministros, sei lá, a quem dirigiu cartas. Não perguntemos quantas respostas recebeu, antes perguntemos quantos desses problemas foram resolvidos. Quem foram os maus, quem foram os menos maus ou, mesmo, os bons? Também não procuremos as respostas! É certo que devemos analisar porque estão a acontecer estas "coisas" assim no SNS. Apenas um exemplo: a exclusividade dos médicos esteve em curso entre 1988/89 e uma dezena de anos depois, creio (faltavam apenas os médicos mais velhos do quadro se irem reformando) e o sistema estaria completamente dividido entre público e privado. É certo que alguns médicos no fim da carreira aproveitaram para pedir a exclusividade para ficarem com melhor ordenado e reforma. Contudo, aquela voltou-se agora a pretender implementar. Porquê este ziguezague?

Muitos outros poderão ser trazidos à lembrança. Que quer isto dizer? Que a orientação governamental anda a oscilar ao longo do tempo! Mas será a orientação política – como tão bem Zé Poças descreve no texto intitulado "Carta Aberta ao CA do Hospital onde Trabalho" (não por acaso a palavra política aparece em 74 páginas deste livro) – ou a alternância dos partidos políticos, a verdadeira causa? Se tivermos um pacto para a definição da política de saúde aceite entre os políticos, e se retirarmos os *"boys"* dos cargos de poder a nível hospitalar (alguns com grande desconhecimento da área) nós conseguiríamos ir, devagar, devagarinho que seja, realmente (re)construir um SNS seguro, de confiança e liberto das páginas dos jornais. Que ninguém tenha dúvida, conseguiríamos sim! Não posso deixar de dizer, com toda a certeza, que apesar dos problemas, o nosso SNS ainda é muito bom, dos melhores do mundo, seguro, responsável e muito útil para quem precisa!

Todos estes textos, estas cartas, estes apelos, estas denúncias mostram a sensibilidade, a cultura, a humanidade e acima de tudo a resistência do Zé Poças. Quantas vezes perguntou e perguntou, sobre a desigualdade no SNS, no financiamento dos diferentes hospitais, por exemplo, articulando argumentos científicos e de organização.

O Zé Poças é um homem de família. São tantas e profundas as referências aos filhos e à sua companheira de sempre, a colega Ana. São o seu centro, o seu refúgio, onde renova as forças que necessita para lutar contra as injustiças, a inépcia do sistema e a favor dos que precisam. Não poupa palavras que traduzem os seus sinceros sentimentos pelos colegas e pessoas boas que foi encontrando pela vida. E deve ser assim mesmo. Não devemos poupar palavras e elogios a quem os merece ou mereceu. Quantos de nós se esquecem de o fazer?

Onde vai buscar o tempo para escrever sobre tudo isto? Tem de ser um homem muito organizado, disciplinado para que as horas lhe cheguem. Claro que tem a ajuda da música! A música embala-lhe a caneta e as letras dançam ao ritmo do seu pensamento. Aposto que a maioria das vezes é jazz a música que ouve, de que é um profundo conhecedor. No meu entender tal não é por acaso. O jazz traduz as variações que a alma do compositor, do artista, tece a partir de uma ideia base. É voar a partir de um ponto, com total liberdade, mas com a certeza de retornar ao mesmo ponto. O Zé Poças faz isso, pega numa ideia, voa pelos assuntos diretamente interessados, voa mais para longe onde o sentimento o obriga a se afastar das pequenas/grandes coisas dos assuntos em causa, e poisa o pensamento e a caneta no mesmo ponto onde começou. Às vezes é mais conciso e direto ao problema específico, mas, para mim, atinge melhor o objetivo quando mistura raciocínio e emoção no mesmo artigo.

Tenho a certeza que o Zé Poças vai continuar a perguntar porquê isto, porque não aquilo, porquê este caminho, porquê, porquê, até ao fim da sua vida, que esperamos longa na companhia da sua querida família. Mas perguntamos nós, que farias tu Zé Poças se algum ministro num acesso de zelo te nomeasse diretor de um hospital?? Ninguém tem dúvida, lutarias até ao último limite das tuas forças e nós queremos acreditar que poderias ter alcançado alguns dos objetivos porque tens lutado.

Como colega, como potencial doente, Muito Obrigado pelo que tens feito da tua vida como MÉDICO. Bem hajas Zé Poças!



Sanatório Marítimo do Outão cujo edifício primitivo remonta ao Século XIV, 2024, Fernando Correia. Local onde ocorreram algumas das histórias clínicas e de vida relatadas na obra *Despedidas que Jamais Esquecerei*





Em cima: *Convento de Jesus do Século XV*; Em baixo: *Academia Luísa Todi*, 2024, Fernando Correia. No Convento de Jesus foi ratificado o Tratado de Tordesilhas durante o reinado de D. João II; no sítio onde se situa a Academia Luísa Todi, existiu um Hospital que serviu a população da cidade de Setúbal até finais dos anos 50 do século XX. A Ana, esposa do autor, foi uma das últimas crianças a ter lá nascido, tendo posteriormente frequentado a escola primária nesse local.
Os dois edifícios ficam contíguos, o convento à direita, apenas separados pela entrada do Museu recentemente inaugurado, após obras de reabilitação de 2020

O RETRATO NUMA ENTREVISTA

PAULA FORTUNATO
Revista Ordem dos Médicos, número 226

Há prazer na planificação, mas viver é outra coisa!

O diretor do Serviço de Infeciologia do Centro Hospitalar de Setúbal é irreverente por natureza, característica que transparece em muitas das suas histórias de viagem e não só. Apaixonado por diversas artes, José Poças valoriza muito as relações humanas e, nelas, o respeito e a confiança. Possui um sentido de família e de amizade que marcam as suas atividades e que facilmente descobrimos, ao virar as páginas da sua vida, nos relatos que partilha. Se, no jazz, que adora, o improviso exige muito planeamento e conhecimento, acontece o mesmo na sua forma preferida de viajar: planear, planear, planear... Mas, depois, é preciso dar espaço a que a vida nos surpreenda.

Em criança era astrónomo que José Poças pensou querer vir a ser com o advento da chegada do primeiro Homem à Lua mas, depois de adquirir alguma maturidade, viu nascer "uma vontade inexplicável de ser médico". "Não me arrependi até hoje: a medicina nunca perdeu o seu encanto inicial. O que perde o encanto é o absurdo da prática que nos querem impor, mas à qual nunca me renderei. (...) Na prática da medicina tal como a entendo o que interessa é esse encontro entre duas pessoas. Por isso voltei, depois de tantos anos, à atividade privada, para me reaproximar daquilo que o médico deve ser através de um retorno à Medicina Interna e à abordagem do enigma diagnóstico". "O gosto de acolher o outro sem grandes constrangimentos burocráticos é um traço de união entre coisas que não têm nada a ver: o turismo e a medicina", explica-nos, numa referência a uma casa da família da esposa, colega de profissão, que precisava de reabilitação e na qual o casal Mendes Poças investiu poupanças, tempo, trabalho e muito amor. "Foi algo que nos motivou muito e que fez nascer a Carmo's Residence, um projeto familiar em Homenagem à D.ª Maria do Carmo, mãe da esposa e que ali nasceu", um alojamento local com ambiente acolhedor no coração de Setúbal.

Se um médico que só sabe de medicina, nem de medicina sabe, José Poças é o oposto: viagens, música, livros, pintura e muita conversa, fazem deste profissional um ser humano culturalmente eclético. Se fosse outro, que não médico, poderia ser advogado "para defender causas, esgrimindo argumentos". Visão excessivamente romântica, provocamos, mas a resposta não se faz esperar: "o que nos leva a escolher é sempre a visão romântica!" "Também podia ser historiador, ou, se tivesse jeito, pintor ou músico!".

O gosto cultural "foi-se desenvolvendo", enquadra, referindo-se à abrangência dos gostos. Embora não fosse propriamente uma tradição familiar, a mãe foi atriz e, ainda adolescente, o próprio participou "num grupo amador de teatro composto por familiares sob a orientação de um primo que pertencera a um grupo revolucionário em Coimbra". O gosto cultural surgiu desse ambiente propício e recorda como a família "cultivava o prazer de conversar à mesa, sobre cultura, política, etc.", tradição que mantém com os filhos. "A herança do meu pai – que começou por ser engenheiro eletrotécnico numa barragem na Serra da Estrela – foi sobretudo valores, enquanto a da minha mãe foi mais a cultura". A mãe "cantava, tinha muito jeito para a música e para o teatro, tendo sempre lido muito", o que contribuiu para torná-lo "um leitor compulsivo". A leitura só não absorve mais tempo porque a medicina é muito exigente, mas, mesmo assim, não o impediu de escrever e coordenar a edição de várias obras coletivas (uma das quais a que a Ordem dos Médicos fez para promover a relação médico-doente a Património Imaterial da Humanidade). Foi autor de *Ode ou Requiem*, onde aborda a natureza do ato médico, e *Reflexões em Tempos de Pandemia*, sobre histórias pungentes de vida, prazer, sofrimento e morte, ambos da editora By the Book. Mas o primeiro livro que editou foi uma monografia sobre o espólio de Águas de Moura, que recorda num misto de orgulho e lamento: para o levantamento do que seria um museu da Malária em Portugal, resultado do trabalho que fez com Armindo Filipe (diretor do Centro de Estudos de Vetores e Doenças Infeciosas entre 1987 e 2002), José Poças contou com o apoio do médico – e seu doente – Irineu Cruz e de duas especialistas em história, uma das quais sua cunhada, irmã da esposa. Mas esse espólio documental "de tão grande qualidade" que originou uma exposição itinerante e que até foi "emprestado para o Congresso Europeu de Medicina Tropical" está agora, em grande parte, "encerrado em caixotes"...

Vem à conversa, o poema de Nietzsche que fala do "inimigo como sendo o nosso maior amigo, aquele que nos é mais leal, porque não usa de subterfúgios, afronta-nos cara a cara e sem hipocrisia". Reconhecemos aqui a tal "herança de valores" paternos.

Marcado também por um *Admirável Mundo Novo* de Aldous Huxley, José Poças realça os seus alertas éticos tão atuais. "No limite, o homem subconscientemente quer apoderar-se dos poderes das divindades", considera, enquadrando aqui a simbologia de *A Criação de Adão*: o fresco pintado por Michelangelo no teto da Capela Sistina significa, para si, precisamente esse momento em que há uma quase transmissão do poder divino. "Note-se que os dedos não se tocam", deixando espaço entre deus e o homem e também para a imaginação de quem interpretar qual a história contada na pintura. Para José Poças, apesar do seu ateísmo, "há coisas que devem ficar reservadas às divindades". Tal como Duke Ellington, explica-nos, gosta de ouvir todo o tipo de música boa, do jazz à música clássica e até aprendeu piano entre os três e os quatro anos de idade, quando viveu em Alcácer do Sal, mas considera que não tem nenhum jeito. Na pintura também se considera "um inapto", o que lhe desperta enorme admiração pelos grandes artistas que descobriu na infância, nas coleções de cromos de pinturas do mundo. Quando viaja esses são dois dos seus principais interesses: visitar exposições e ouvir música. Recentemente visitou uma "fantástica e inovadora" mostra sobre Frida Kahlo, no Canadá. Fascinado por esta artista, já visitou, no México, uma das suas casas-museu onde ela viveu com o grande muralista Diego Rivera.

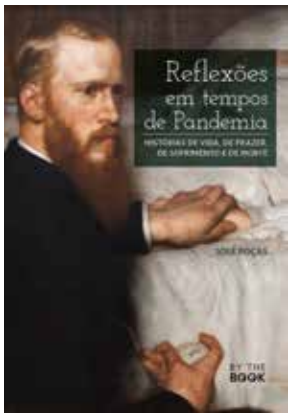
E que tipo de viagem prefere? "O planeamento é fundamental, mas depois gosto de subverter e ter espaço para improviso". Recorda um exemplo paradigmático, numa viagem que o levou de Vilnius a São Petersburgo, quando, em Riga, resolveu entrar num clube de jazz. Deliciado com o improviso e com a aprendizagem de como se faz a preparação desse mesmo improviso, fala-nos dos vários elementos da banda jazz, destacando o trompetista Ted Curson e um dueto inusitado entre ele e um músico americano de soul que entrou por acaso no bar. "No intervalo um dos músicos, o guitarrista, veio ter comigo, abraçou-me e começou a falar em turco! Tinha-me confundido com alguém que não consegui perceber. Expliquei-lhe que era um engano e continuei a ouvi-los". Por gostar tanto de jazz, acaba por ficar mais um dia do que o planeado, pelo que teve que alterar as reservas de hotel que tinha na cidade seguinte, nas imediações de Kaliningrado. Um ano depois, de visita a Istambul, descobre um clube de jazz fantástico onde vai quase todas as noites e onde reencontra, por mera coincidência, o mesmo guitarrista turco, que o reconhece, abraça e ainda autografa dois CDs que comprara. As histórias são muitas e facilmente se ficaria horas a conversar. Falamos, por exemplo, de um interrogatório a que foi submetido, durante seis horas sem interrupções, com a polícia russa, numa fronteira interior da Letónia, a mostrar papéis em cirílico e a gritar em russo, situação da qual só saiu graças à intervenção de dois estudantes... Mas essa será uma das muitas histórias que um dia talvez conte na sua autobiografia, como tantas vezes lhe é pedido.

NOTA BIOGRÁFICA

José MD Poças, médico, nascido em 1958/06/06, licenciado em 1982, é especialista em Medicina Interna, Doenças Infeciosas e Medicina de Viagem, Chefe de Serviço da Carreira Médica Hospitalar nas duas primeiras especialidades, Diretor do Serviço de Doenças Infeciosas do CHS (Centro Hospitalar de Setúbal) EPE até à aposentação em dezembro de 2023, antigo Presidente da Ordem dos Médicos de Setúbal, tendo desempenhado outras funções de Chefia e de Coordenação, onde se incluem a Direção do Serviço de Urgência, a Presidência da Comissão de Controlo de Infeção, a Presidência da Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Presidência da Comissão de Antibióticos, a Presidência do Departamento de Educação Permanente do HSB, Membro da Direção Médica, e, também, Responsável pelo Gabinete de Crise da Pandemia COVID-19 no CHS, tal como Membro da mesma Comissão na Ordem dos Médicos, além de Provedor do Doente da Liga dos Amigos do Hospital São Bernardo (LAHSB) e Presidente do Conselho Consultivo do LACPEDI (Liga de Apoio Comunitário para o Estudo das Doenças Infeciosas). Durante este período de cerca de 41 anos, teve experiência na formação pré e pós-graduada de estudantes e de internos de diferentes especialidades médicas em diversas Instituições Nacionais Estatais (FCML-UNL, INSA, DGS, ERS e ARSLVT, HPV, HSB/CHS), bem como foi consultor de diversas Organizações Médicas, incluindo a Ordem dos Médicos, o SMZS/FNAM (Sindicato Médico) e a APECS (Associação para o Estudo Clínico da SIDA). Publicou três livros (*Ode ou Requiem*, *Reflexões em Tempos de Pandemia* e *Despedidas que Jamais Esquecerei*, foi Editor, Coordenador e Coautor de outros tantos, *Memórias do ex-Instituto de Malariologia de Águas de Moura*, *A Relação Médico-Doente: Um contributo da Ordem dos Médicos* e *Coina: da História à Medicina*, organizou mais de 125 Encontros Científicos Médicos, fez mais de 350 apresentações e esteve presente em quase 300 Congressos Médicos, fez mais de 170 publicações, integrou mais de 20 Projetos de Investigação, foi Membro da Comissão Científica de três Publicações Médicas Nacionais, membro de sete Associações Médicas e premiado/homenageado por sete vezes por diversas entidades (Ordem dos Médicos, Câmara Municipal de Setúbal, Sociedade Médica dos Hospitais Distritais da Zona Sul, Liga dos Amigos do Hospital de S. Bernardo e Clube Rotário de Setúbal). Tem um *site* pessoal, *josepocas.com*, devotado ao lema "Medicina: Ciência, Cultura e Humanização", tal como tem um outro de cariz diferente, sob a denominação de *carmosresidence.com*, uma vez que é coproprietário, juntamente com a esposa, de um pequeno alojamento local intitulado *Carmo's Residence,* que se situa no coração da cidade de Setúbal.

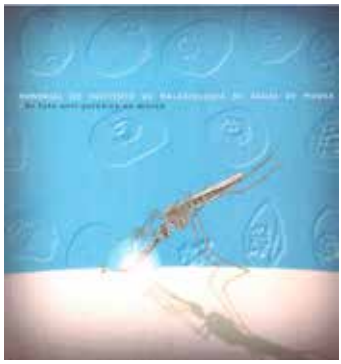
Obras editadas enquanto Autor



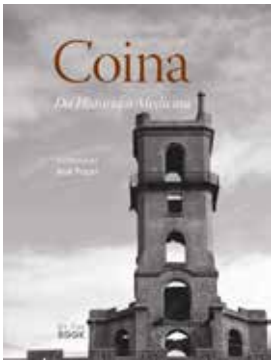




Obras editadas enquanto Coordenador-Editor e Coautor



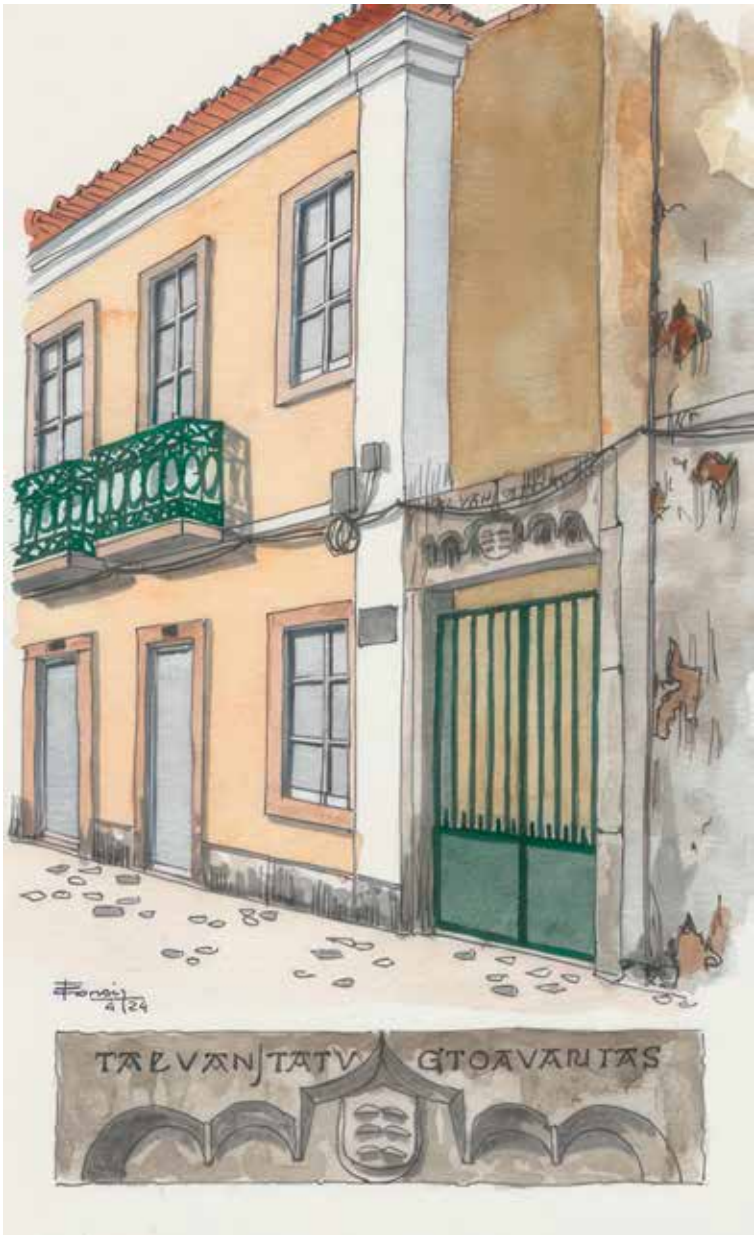




BIBLIOGRAFIA



Casa do Corpo Santo em Setúbal, 2024, Fernando Correia.
Este edifício foi sede da Confraria/Irmandade dos Navegantes
e Pescadores de Setúbal e no edifício contíguo existiu um Hospital
do século XIV, com o mesmo nome



Gafaria Medieval de Setúbal do Século XIV, 2024,
Fernando Correia. Classificada como Monumento
Nacional desde 1910

9 Agradecimentos

13 DEDICATÓRIAS A ALGUÉM MUITO ESPECIAL, TAL COMO A UM ILUSTRE DESCONHECIDO: AQUELES ABRAÇOS QUE RECORDAREI COM EMOÇÃO PARA SEMPRE

21 ENQUADRAMENTO

27 PREÂMBULO: HISTÓRIAS DE CRIANÇAS

27 Introdução

29 A primeira História

29 A segunda História

31 A terceira História

33 A quarta História

35 Conclusões

39 PREFÁCIO

45 SER MÉDICO

45 Contextualização

47 Morreu o poeta, não morreu a poesia

56 O Fosso

60 Reflexões pessoais em redor da Relação Médico-Doente

64 MEDICINA INTERNA

64 Contextualização

65 Medicina Interna: Realidades e equívocos

70 A formação em Medicina Interna: o generalista e a subespecialização

95 DOENÇAS INFECIOSAS

95 Contextualização

98 As doenças nosocomiais e os riscos profissionais da atividade médica: Deveres e responsabilidades no caso da Tuberculose

106 Testemunhos de uma Vivência

114 A assistência médica aos doentes seropositivos VIH do distrito de Setúbal: Uma realidade preocupante

121 Doenças infeciosas emergentes

125 As Doenças Emergentes na Adolescência ou a Teoria dos Dois Mundos Paralelos

130 As implicações da Crise Económico-Social: Algumas Considerações no Âmbito das Doenças Transmissíveis

147 Terapêutica da Hepatite C: Os verdadeiros desafios que se impõem ser considerados nos tempos que correm

156 Um primeiro passo

159 Ignorar ou enfrentar o problema: O dilema que impõe uma reflexão e uma decisão inadiáveis

165 Decidir ou não decidir, eis a questão

170 Quando o Simbolismo da Fotografia Desvirtua a Realidade dos Factos

176 Proposta para a execução do Programa *FAST TRACK CITIES* em Setúbal

183 Carta Aberta ao novo Ministro da Saúde em estilo de dedicatória aos meus doentes e a todos os infetados por VIH em Portugal

188 Raiva, o possível retorno de uma doença mítica?

191 Carta Aberta ao Ministro da Saúde em estilo de grito de alma

205 O HSB E O CHS

205 Contextualização

209 Carta Aberta a Sua Ex.ª a Ministra da Saúde ou Ode em Memória de George Orwell e do Admirável Mundo Novo

229 Mensagem de despedida ou Carta Aberta às Consciências Conscientes

234 Carta Aberta ao CA do Hospital onde Trabalho

240 Documento "Abaixo-Assinado"

268 Acerca do Estado de Catástrofe na Luta contra a Pandemia no CHS

274 A resposta devida a quem disse o que não devia – Carta Aberta à Ministra da Saúde, Marta Temido

282 Carta de Demissão

287 Segunda exposição ao Presidente do CA do CHS

297 O SISTEMA DE SAÚDE E O SNS

297 Contextualização

305 Ligações perigosas: Responda quem souber

318 A saga do Rei nu

345 Dos fracos não rezará a História, ou Ode em memória do insigne Ricardo Jorge

353 A saúde em Portugal, ou a eterna dicotomia entre o Ser e o Parecer

367 Primeira de uma trilogia: De 4 para 5%, ou a triste história de como com INSENSATEZ e INABILIDADE se consegue transformar uma pequena numa GRANDE DIFERENÇA

374 Segunda parte de uma Trilogia: Reformar, sim. Rentabilizar, também. Mas com diálogo e participação empenhada e esclarecida dos profissionais

385 Terceira Parte de uma Trilogia: Reflexões acerca de três aspetos fundamentais da saúde no nosso país

396 Algumas considerações acerca de uma (mera) questão de Confiança, a propósito de duas Efemérides (exemplares) e de duas Histórias (verídicas)

408 O Futuro da Medicina em Portugal: Considerações a propósito da parábola do Burro e da Cenoura

413 Doravante

419 Velhos Problemas e Novos Contextos: Uma Realidade Inversa?

433 Carta Aberta aos Colegas Diretores de Serviço dos Hospitais Públicos Nacionais

443 A equação dos impossíveis e a eterna atração pelo abismo

451 *In Memoriam* de um saudoso Prémio Nobel Português: Os ensinamentos da arte de bem viajar

474 As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança – Parte I

480 As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança – Parte II

491 As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança – Parte III

502 As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança – Parte IV

513 A montanha que pariu um rato

521 "Diálogo. Diálogo? Sim, diálogo! Hã... diálogo..."

527 Fragmentos de uma realidade, como mote de uma reflexão acerca do SNS, a partir das citações de três filósofos e de uma homenagem a quatro médicos

538 SNS: Porque é que é fundamental entender os porquês da presente situação

557 DA ADOLESCÊNCIA ATÉ À DESPEDIDA DO CHS E DO SNS

557 Contextualização

558 As despedidas

572 Reflexões em torno da minha adolescência e da prática profissional nas últimas quatro décadas, a pretexto da evocação de uma vila portuguesa cuja história deve ser recordada, vendo o seu rico património identitário devidamente reabilitado

591 A MEDICINA, SEMPRE, MAS... MUITO MAIS DO QUE ISSO

591 Contextualização

592 Carta Aberta ao Primeiro-Ministro de Portugal, ou a história de um país fechado"

604 As Teias

615 EPÍLOGO: AS ALTERNATIVAS QUE NÃO EXISTEM

617 A primeira história

618 A segunda história

619 A terceira história

620 Uma viagem, o Brexit e algumas importantes ilações

623 Portugal

631 POSFÁCIO

637 O RETRATO NUMA ENTREVISTA

640 Nota biográfica

641 Bibliografia

©EDIÇÃO
By the Book, Edições Especiais

TÍTULO
Sistema de Saúde: Ascensão, Apogeu e Queda

©TEXTO
José Poças

REVISÃO
Benedita Rolo

CAPA
As idades do Homem, século XVII, Cornelis Saftleven (1607-1681)

CONTRACAPA
Hospital Medieval João Palmeiro em Setúbal do Século XIV, 2024, Fernando Correia

IMPRESSÃO
Grafisol

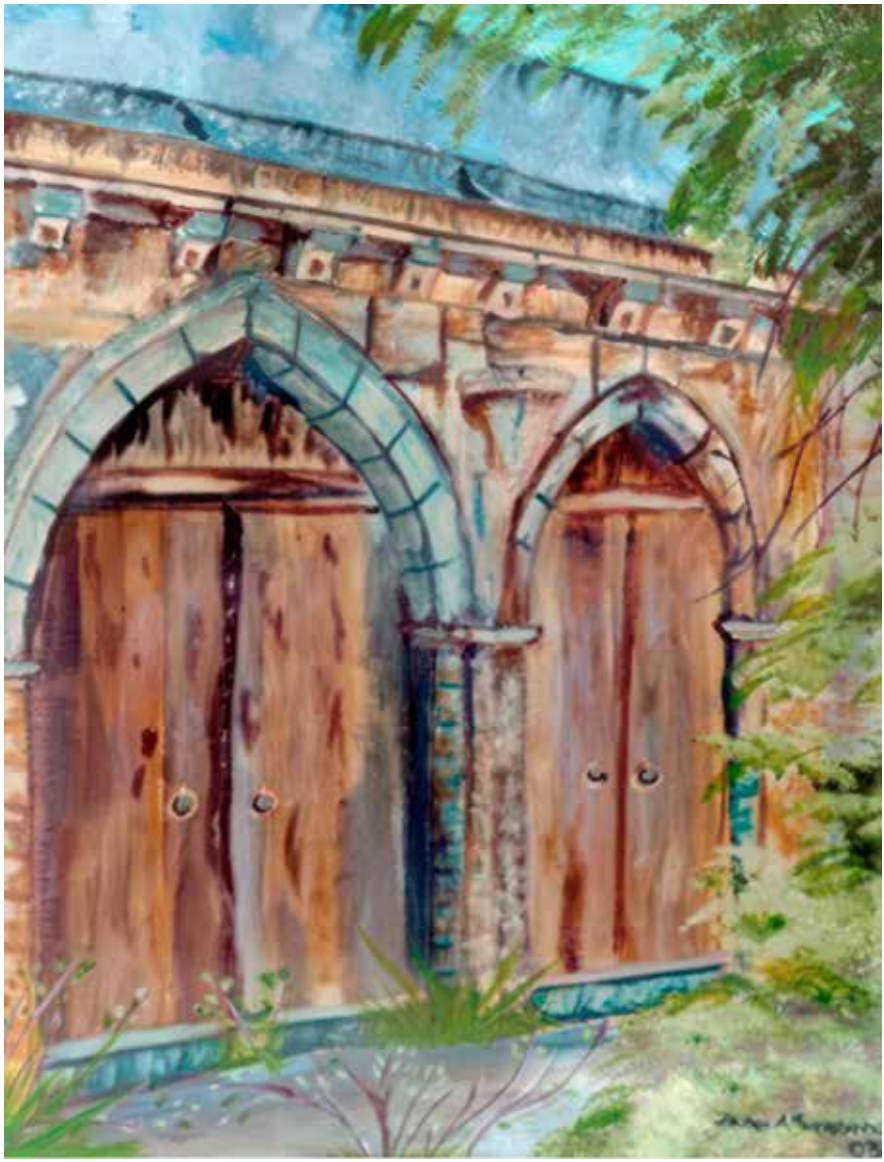
ISBN
978-989-35649-4-3

DEPÓSITO LEGAL
000/24

APOIO

BY THE BOOK

Edições Especiais, lda
Rua das Pedreiras, 16-4º
1400-271 Lisboa
T. + F. (+351) 213 610 997
www.bythebook.pt



Hospital Medieval João Palmeiro em Setúbal do Século XIV, 2003,
Isabel Alfarrobinha