

A Paróquia e o Hospital

Lisboa, 19 e 20 de Abril de 2008

As pessoas e os problemas no que à saúde diz respeito

*Alexandre Laureano Santos **

1 – Introdução

Encontro apenas uma razão para que a Comissão Organizadora destas jornadas da Pastoral da Saúde me tenha dirigido o honroso convite para tratar do tema que me foi proposto: “***As pessoas e seus problemas no que à saúde diz respeito***”. Tenho um longo trajecto de vida como médico de um grande hospital durante o qual participei activamente por dever de ofício nos problemas das pessoas doentes e das suas famílias, muitas vezes em situações-limite de doença e de risco de vida.

Como sociedade contemporânea organizada temos obrigação de nos preparar para acolher as pessoas na doença, por vezes mesmo em crise existencial com a sua vida ameaçada por uma enfermidade ou um acidente, com as respostas prontas e adequadas, tendo preparados os meios de que é possível dispor. As técnicas biomédicas podem intervir em praticamente todas as enfermidades pelo conhecimento dos mecanismos que as provocam, prevenindo-as, tratando-as no seu início e, secundariamente, prevenindo as suas complicações, nomeadamente as incapacidades definitivas e a morte.

A maior parte das sociedades de economia evoluída, a partir dos finais do Século XIX, organizou serviços de saúde como resposta a necessidades das populações que serviam, assim assumindo implicitamente que os cuidados com a saúde de cada um dos seus membros, sendo uma tarefa de responsabilidade pessoal, é também uma responsabilidade colectiva. Esta ideia constitui uma conquista da nossa civilização. Na verdade, não é possível em nenhuma sociedade contemporânea que os doentes e as suas famílias, isoladamente e fora de um contexto social, tenham acesso apenas por si próprios aos meios humanos, organizativos, técnicos e financeiros que a medicina actual hoje pode dispor para prevenir e tratar adequadamente as doenças. Mais e por outro lado: não é possível juntar todos os meios técnicos e humanos adequados para tratar os doentes fora de um enquadramento cultural, social, organizacional,

económico e financeiro que é próprio das sociedades evoluídas. O isolamento constitui, até e por si só, um factor de doença e de agravamento das doenças. Ao inverso, a integração social e cultural, a participação activa no bem colectivo e no desenvolvimento constituem um dos elementos importantes da saúde e do bem-estar.

Estas reflexões poderiam conduzir-nos por outros caminhos, mas importa nesta oportunidade reflectir sobretudo nas pessoas, nas comunidades e nas doenças que as afectam. Até ao terceiro quartel do Século XX, no nosso país e na mais larga medida, a prestação dos cuidados ditos sociais e de saúde nas comunidades locais estava fundamentalmente centrada em torno de actividades directa ou indirectamente ligadas à Igreja Católica. Ainda hoje, mais de 90 % das instituições que no nosso país e no nosso ordenamento jurídico se dedicam às actividades de solidariedade social (de bem estar social e de saúde), que na Lei se designam por IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) tiveram origem, organizaram-se e ainda hoje funcionam no âmbito das actividades da Igreja Católica, com o expesso objectivo da prestação de apoio, sustento e prestação de cuidados de saúde aos seus destinatários. O estado, nos seus explícitos propósitos de tentar fazer chegar a todos os membros da sociedade os cuidados de saúde prontos e adequados (que lhos deve porque lhos prometeu) tem encontrado suporte para os seus objectivos de solidariedade e de coesão social em instituições criadas no seio da Igreja. Ao longo dos anos, desde a Idade Média, na verdade, no seio da Igreja tem sido criadas muitas instituições para o cuidado dos doentes, sobretudo dos mais pobres e dos mais desprotegidos. Estas instituições nasceram da iniciativa e da obra das comunidades naturais onde foram insubstituíveis e não raramente modelares no seu funcionamento, na sua organização e na sua adequação às condições da vida das populações que serviam.

De facto, seguindo o movimento dos hospícios anterior à própria fundação da nossa nacionalidade, muitas vezes ligado aos conventos e mosteiros, a Rainha D. Leonor, sendo a regente do reino, criou as Misericórdias a partir de 1498 com o apoio eclesiástico e um amplo movimento popular e dos municípios. O *Compromisso das Misericórdias* pode definir-se como a *Magna Carta* da sua vida institucional. Nele se fixavam os objectivos gerais e específicos das suas fundações com as obrigações que recaíam sobre os oficiais eleitos para orientar a actividade diária. O espírito do compromisso estava de acordo com o dos actuais conceitos de direitos humanos, visto que nas regras estava inscrita a ideia de todos os homens serem iguais e filhos do mesmo Deus Criador, conforme o espírito da época, estando portanto unidos na vivência fraterna das actividades comuns e no empenhamento da luta contra o sofrimento, a pobreza, a doença e a amargura. Em 1499, seguindo o Prof.

Veríssimo Serrão, já o Rei D. Manuel enviava carta para o Porto com a notícia do Compromisso de Lisboa pedindo “*que em todas as cidades, vilas e lugares principais do nosso reino se estabeleçam confrarias, pela forma que no dito regimento se contém*”. Tais foram os primeiros passos para que em todo o reino se generalizasse o movimento das misericórdias, no território do continente, nos Açores, na Madeira, e ulteriormente nos territórios da Índia e do Brasil. No ano da morte de D. Leonor, em 1525, segundo as mesmas fontes, já existiam 61 misericórdias; no termo do Século XVI estavam instituídas mais de uma centena, o que bem demonstra a excelente cobertura do movimento nos territórios onde existiam comunidades portuguesas, cumprindo os desígnios de fraternidade, de espiritualidade e de assistência aos desvalidos que estavam expressos nos seus princípios fundadores.

A vida destas instituições de voluntariado social ao longo da história não ocorreu sem a existência de uma longa dialéctica, em largos períodos não isenta de conflitos institucionais e pessoais com os poderes instituídos, que bem mereceriam aprofundada e actualizada investigação histórica e jurídica. Estas instituições, criadas e mantidas no seio da Igreja, em geral com vasta implantação e apoio na agora denominada “*sociedade civil*”, organizadas nomeadamente como misericórdias, como centros paroquiais e como outras formas de cooperação institucional, foram e são ainda mantidas pelo amor que a fé em Cristo e na Sua Igreja inspiram nos homens. Estas instituições, criadas por cidadãos de uma pátria e membros de uma comunidade, destinam-se em primeiro lugar ao serviço fraterno dos mais pobres e dos mais carenciados. Mas põem, ainda hoje, também ao serviço de toda a sociedade cuidados de saúde que de outro modo não poderiam existir, de um modo personalizado, humanizado e fraterno.

Nos documentos actuais propostos pela Igreja encontra-se abundante inspiração para todas estas actividades. Na primeira encíclica que Sua Santidade Bento XVI quis dirigir a todos os homens, os cristãos podem encontrar a inspiração e o caminho para as reflexões que se seguirão. A Carta Encíclica “*Deus Caritas Est*” constitui um notável documento que convida, enquadra e envolve toda a nossa acção nestes domínios. E permito-me citar o texto a partir do número 19 - “*O Espírito é a força que transforma o coração da comunidade eclesial para ser no mundo testemunha do amor do Pai, que faz da humanidade uma única família no Seu Filho... Toda a actividade da Igreja é manifestação dum amor que procura o bem integral do ser humano, comprometendo-se na elevação nos vários sectores da vida e das actividades humanas... É manifestação da caridade fraterna o serviço que a Igreja exerce para acorrer às necessidades materiais e físicas dos seres humanos*”.

Diz-se frequentemente que vivemos num mundo em crise de humanidade. Confesso que desde que tenho alguma consciência do mundo me recordo que de ouvir dizer que estamos em crise. Parece-me que vivemos, de um ou outro modo, permanentemente em equilíbrio instável. Talvez seja mesmo esta uma característica da nossa humanidade. E, na época de hoje, de todos os quadrantes, não faltam sinais preocupantes de tensão, de hostilidade e até de terríveis manifestações de ódio e de violência nas relações entre as pessoas, as famílias, os grupos e as nações. Nem é necessário invocar exemplos nas sociedades de hoje porque todos os temos presentes. Permitam-me, no entanto citar os exemplos de catástrofes naturais como as do *tsunami* no Oriente, ou dos acontecimentos de 11 de Setembro de 2001 na cidade de Nova Iorque os quais pessoalmente presenciei, que se viveram lá como se viveram aqui através das imagens televisivas simultâneas. Pude testemunhar como as igrejas de várias confissões religiosas subitamente se encheram de fiéis, sobretudo de jovens, nomeadamente a Catedral de S. Patrício, que, perante o terror dos acontecimentos, se dirigiam a Deus pedindo a Sua Misericórdia. Ao mesmo tempo, toda a cidade se mobilizou no sentido de prestar socorro, solidariedade e apoio às vítimas da catástrofe.

As catástrofes e as tragédias, que hoje se nos impõem de um modo avassalador e imperioso, existiram sempre no mundo e fazem parte da nossa condição de seres vulneráveis e contingentes. Mas hoje temo-las presentes em imagens de grande sofrimento e angústia quase todas as semanas nas nossas casas. Os meios de comunicação da imagem e da palavra que nos trazem os anúncios trágicos serão eles próprios os meios que poderemos utilizar para nos aproximarmos de outras maneiras de sentir e de viver e das pessoas dos nossos irmãos de todo o universo com os quais estamos solidários.

Mas os meios de comunicação também nos trazem outros sinais dos tempos! Os temas de Deus, tratados algumas vezes, é certo, com superficialidade e alguma fantasia, povoam de uma forma ou outra a literatura contemporânea e ocupam os escaparates das ruas e das livrarias. Muitos filmes e peças de teatro têm referências a Cristo e à história da Igreja, como que demonstrando que na nossa cultura, exausta de tantos trajectos que conduzem a aos caminhos sem fim e a lado nenhum, os homens fazem novos apelos à misericórdia de Deus.

A Igreja de que fazemos parte, pela voz do Santo Padre, dos nossos Bispos e de tantas vozes pacificadoras que se têm feito ouvir de todos os modos, tem feito apelo às mulheres e aos homens de todo o mundo, onde quer que estejam e qualquer seja a sua posição, às razões da concórdia e da paz. O Santo Padre Bento XVI é nestes mesmos dias que hoje vivemos e uma vez mais, um caminheiro da Paz.

2 - Conceitos de saúde e doença. A epidemiologia

Os epidemiologistas, os estudiosos das doenças e das suas manifestações ao longo da história dos homens referem-se a que todas as sociedades no seu desenvolvimento social, económico e político, nos domínios da saúde vão passando sucessivamente por quatro fases que facilmente se podem identificar no nosso país. *A primeira fase corresponde à **idade das pestes e da fome***, durante a qual vastas camadas da população são dizimadas por epidemias e por mal nutrição. Os índices de mortalidade perinatal, infantil e materna são muito elevados; as causas maiores de morbilidade e de mortalidade são as doenças infecciosas e parasitárias – a tuberculose, a malária e as outras doenças transmissíveis directamente, pelo ambiente, por vectores animais ou pelas águas contaminadas (como a febre tifóide) constituem as maiores ameaças à vida e ao desenvolvimento. A esperança de vida na altura do nascimento nestas sociedades anda à roda dos quarenta anos ou menos. O nosso país, como a maior parte dos países do sul da Europa, por volta de 1900 (há um século) encontrava-se nesta fase, como nela se encontram muitos países contemporâneos de África e muitas comunidades da América do Sul. Não se pense que a evolução histórica apenas por si permite o desenvolvimento, visto que existem numerosos exemplos de retrocessos históricos. Os territórios africanos de expressão portuguesa e a África do Sul já estiveram em fases mais avançadas do seu desenvolvimento sanitário; tiveram nas últimas dezenas de anos uma regressão (pela guerra e por políticas deficientes nos domínios da saúde e da economia) que permitiu o avanço de velhas e de novas pestes e fomes.

Nos estádios seguintes do desenvolvimento das sociedades vem a ***idade das pandemias*** – durante a qual, vencidas que foram as ameaças primordiais pelo conhecimento das doenças e do seu modo de transmissão, pelo desenvolvimento, pela educação e pela melhoria das condições de alimentação e de alojamento, muitos dos membros sofrem de doenças evitáveis e tratáveis como a hipertensão arterial e a aterosclerose, as quais por via de regra, existem silenciosamente durante décadas e se vão manifestando por erupções diversas ao longo da vida, como os acidentes vasculares cerebrais e as doenças do coração, deixando na sua esteira um vasto e oneroso lastro de sofrimento e de incapacidades. Nesta fase, da qual existem largas manchas na população em todas as idades da vida no nosso país, há muitos portadores de sequelas de acidentes vasculares cerebrais, das doenças cardíacas e vasculares, que tendo sobrevivido ao episódio agudo têm longos períodos de dependência, com sofrimentos pessoais e familiares, e com custos sociais muito extensos.

Sublinhe-se que muitas destas pessoas são jovens que sobreviveram aos acidentes de viação (que têm sido a primeira causa de morte no nosso país entre os 5 e os 25 anos) e também aos graves acidentes de trabalho, com largos e sofridos períodos de hospitalização, muitos deles permanecendo com incapacidades e dependências permanentes para toda a vida.

A terceira idade é a das doenças degenerativas, como o são em larga medida as doenças reumáticas crónicas como as artroses e as doenças inflamatórias crónicas, as demências, em certa medida as neoplasias, e também as sequelas permanentes das doenças agudas, das doenças vasculares cerebrais, das doenças do coração e dos acidentes traumáticos, de que acabámos de falar.

Finalmente, *a quarta e última fase é a idade das doenças degenerativas adiadas*, na qual o conhecimento aprofundado dos mecanismos das doenças – da hipertensão arterial, da diabetes, das doenças degenerativas do aparelho locomotor e do sistema nervoso – nas quais com uma intervenção racional, precoce e preventiva nas pessoas e nas comunidades que serão os mais prováveis alvos dessas doenças, é possível diferir as suas manifestações para idades posteriores. Contraria-se a eclosão precoce das doenças, reduzem-se as múltiplas faces das suas apresentações e, não raras vezes, evita-se o seu aparecimento.

Os indicadores sociais e os indicadores da saúde actuais no nosso país demonstram que globalmente ultrapassámos as primeiras três idades para atingir a quarta idade tal como a maior parte dos países da Europa. Pelo desenvolvimento dos últimos trinta anos, temos hoje uma esperança de vida ao nascer que se aproxima dos oitenta anos e a mortalidade infantil e perinatal decresceu de uma maneira notável. Mas existem na nossa sociedade muitas bolsas nas quais são evidentes as manifestações características de todos os outros períodos da evolução no desenvolvimento epidemiológico, sectores nos quais é muito importante um trabalho profundo, estruturado, planeado e orientado, no qual todos os sectores da sociedade têm que estar comprometidos, nomeadamente os sectores ligados à saúde, à educação e à cultura.

Este quarto período do desenvolvimento epidemiológico, o das doenças degenerativas adiadas, exige da parte dos cidadãos, os alvos e os destinatários de todas as intervenções na saúde, cuidados e empenhamentos particulares, onde necessariamente têm um lugar primordial as actividades do voluntariado social em que todos somos convidados a participar. A participação activa e organizada dos cidadãos no voluntariado social é fundamental no bom êxito das intervenções na saúde por ordens diversas de razões:

a) Primeiro, porque, de facto como dissemos, no seio da nossa sociedade existem numerosos núcleos sociais que mantêm os problemas de todas as idades anteriores: existem devastadoras endemias muito activas que ameaçam vastos

sectores da sociedade – como as toxicofilias, o alcoolismo, SIDA e a tuberculose. Esta apresenta-se agora com formas particularmente agressivas e mortais em portadores imunodeprimidos, com as suas defesas imunitárias enfraquecidas e com dificuldades acrescidas de tratamento, porque frequentemente recusam as formas mais eficazes de intervenção, pela sua marginalidade activa e pelos seus comportamentos. Recordemos, nomeadamente, as atitudes do Sr. Dr. Jorge Sampaio, antigo Presidente da República, o qual pessoalmente se compromete, em nome do nosso país e das instâncias da Nações Unidas, na luta activa contra a tuberculose. Também os acidentes de viação e os acidentes de trabalho são largamente evitáveis se houver uma intervenção adequada. A hipertensão arterial, a aterosclerose, a diabetes, as toxicomanias permanecerão largamente prevalentes por muitos anos em largas faixas da nossa sociedade apesar de a educação, as alterações nos hábitos de relação interpessoal, nos comportamentos e na alimentação, poderem prevenir e minorar os seus efeitos.

b) Por outro lado, admite-se que durante a última centena de anos a esperança média de vida aumentou consideravelmente nos países de economia e civilização ditas evoluídas, pela melhoria das condições de vida, da prevenção das doenças evitáveis e do tratamento adequado das doenças, mas a esperança máxima de vida apenas aumentou muito ligeiramente. Muitas doenças e muito sofrimento foram evitados, as alterações de muitos órgãos puderam ser reparadas e mantidas, alguns órgãos têm mesmo podido ser substituídos mantendo-se a sua capacidade funcional, mas o corpo como um todo vai envelhecendo. Não apenas o meio interno envelhece, perde as suas defesas e a sua capacidade de adaptação, mas também o corpo humano diminui as suas capacidades motoras, sensoriais, intelectuais e sociais. A idade traz consigo necessariamente a deterioração e a desagregação do corpo humano cumprindo a lei da vida. Na evolução sanitária, muitas vezes apenas se acrescentaram à vida anos de doença e frequentemente anos de dependência de familiares, de amigos e da sociedade. Alguns males outrora dificilmente tratáveis puderam ser erradicados com pleno sucesso, mas, surpreendentemente, outras doenças comportam-se agora como doenças sucedâneas das anteriores sendo responsáveis por enormes dependências e pela subida nos consumos de cuidados de saúde.

Doenças tratáveis	Doenças sucedâneas dificilmente tratáveis
Cataratas	Degenerescência macular
Surdez de transmissão	Surdez de percepção
Tuberculose e cancro do pulmão	D. pulmonar obstrutiva crónica
Enfarte do miocárdio	Miocardopatias, morte súbita

Monoartrose
Aterosclerose de órgão

Poliartroses
Aterosclerose generalizada
D. neurológicas degenerativas
D. de Alzheimer e d. de Parkinson

Um doente sofrendo de uma destas doenças que agora designamos por *doenças de substituição* quase sempre tem perspectivas muito limitadas de cura. Nos sistemas actuais de saúde os médicos e os doentes sofrem pressões indirectas e directas para restringir as potenciais intervenções diagnósticas e terapêuticas que, nestas doenças, são quase sempre arrastadas, pouco eficazes e muito dispendiosas. Algumas vezes os doentes desistem, eles próprios, das possibilidades de intervenção exigindo a atenção dos serviços para as suas necessidades humanas e sociais básicas. Não admira que nalguns países este tipo de doentes tenha formas desajustadas de comportamento familiar e social, e desista de viver. Nestes domínios o voluntariado social tem, em todas as sociedades, um papel fulcral a desempenhar.

c) O desenvolvimento da sociedade exige dos cidadãos cuidados e empenhamentos particulares, ainda e também, porque vivemos em sociedades abertas, com populações migrantes, que sonhando com uma vida melhor noutros contextos, suportam os ónus das sociedades onde têm origem e os das sociedades onde se reimplantam, com os desajustamentos próprios das duas sociedades. Ao longo dos anos o nosso país tem vivido intensamente estas questões, nomeadamente nos domínios da saúde, quer se refiram à emigração dos nossos compatriotas, quer se refiram à imigração de populações que temos acolhido nos últimos anos.

d) Noutros planos da intervenção na saúde, os recursos que as sociedades podem mobilizar para objectivos sociais têm limites que não podem ser ultrapassados, sob pena de se prejudicarem gravemente outros sectores do desenvolvimento. Todos conhecemos os limites financeiros com que se debatem os sistemas de prestação de cuidados de saúde nas sociedades actuais. Diz-se que hoje investimos na saúde mais de 9 % da riqueza que produzimos no nosso país e todos sabemos que é insuficiente, embora o montante deste investimento atinja anualmente muitos milhares de milhões de euros.

e) Finalmente, porque na fase em que nos encontramos do desenvolvimento sanitário, a melhoria das condições de vida e das condições sanitárias está largamente condicionada pelos comportamentos e pelos hábitos das pessoas e estes não podem ser alterados subitamente. A cultura das sociedades não tem saltos qualitativos súbitos. Para haver modificações úteis e necessárias dos hábitos dos portugueses, nomeadamente no que se refere aos comportamentos anti-sociais e contra a própria saúde, é preciso definir

objectivos limitados e precisos, muita capacidade de organização e planeamento, muito trabalho e muita persistência. Atende-se com o que ocorre com a inalação do tabaco, com o álcool e com a condução dos veículos na estrada, apesar de, felizmente, se começarem a ver alguns resultados das intervenções programadas.

3 - O sonho de uma medicina sem limites e a realidade presente

Durante a segunda metade do Século XX os cuidados de saúde comportaram-se como uma árvore que não parasse de crescer. Levou-se a tal ponto o sonho que a Organização Mundial de Saúde em 1985 pode propor um programa quase celestial: “*Saúde para Todos no Ano 2000*”, um mundo completamente irrealista cheio de saúde e bem-estar. Os serviços de saúde teriam capacidade para tratar todas as doenças a todos os homens e mulheres do planeta, prosseguindo a vida humana o seu curso sem dificuldades. O sofrimento e a morte com dor, muito próximos das pessoas de todas as gerações anteriores, desapareceriam sob o horizonte do mundo moderno. Com um passo mais, a fome e a miséria seriam erradicados do planeta. Pergunto-me como foi possível criar-se esta miragem e lançar este *slogan*?

1 - Houve um desenvolvimento espantoso da tecnologia biomédica que conduziu a expectativas inesperadas, de que são exemplos as técnicas diagnósticas pela imagem, a medicina da transplantação, as neurociências e o projecto do genoma humano.

2 - Os benefícios dos cuidados modernos de saúde estenderam-se às populações que deles sempre estiveram privados, por iniciativa das administrações estatais e de organizações não governamentais com a intervenção de múltiplos profissionais extremamente activos.

3 - Houve um desenvolvimento da economia nos países ocidentais que permitiu uma atribuição de recursos às áreas sociais que nunca ocorrera na história da humanidade.

4 - Os cuidados na saúde e na doença constituíram uma história de sucesso nas últimas dezenas de anos; os êxitos foram largamente divulgados pelos *media*, por certa indústria e pelo *marketing*, criando em certos sectores maiores necessidades e maiores consumos. Neste contexto de incentivo ao consumo e ao desejo insere-se a chamada “*medicina dos desejos*” em contraposição com o que se poderia configurar com a tradicional “*medicina das necessidades*”. Aquela envolve um tipo de medicina que é utilizada não para prevenir e tratar as doenças ou cuidar das pessoas ou mesmo para assegurar um bom nível de saúde, mas para satisfazer os desejos pouco ou nada relacionados com a saúde. Referimo-nos a medicina dedicada fundamentalmente ao fascínio físico, à aparência, a certas intervenções cosméticas destinadas a esconder a

passagem do tempo, que também envolve em muitos casos a esterilização, a contracepção, a alteração do sexo, o aborto, o ter filhos a qualquer custo e, numa certa extensão do conceito, à própria eutanásia. Este tipo de exercício da medicina é não só estimulado pelos desejos das pessoas, muitas vezes irrealistas, mas ainda pelo *marketing* e por certas ideologias utilitaristas.

No entanto, é evidente que as capacidades da medicina moderna têm sido sobreavaliadas. A medicina constitui apenas um dos componentes determinantes da saúde das populações. Mas é muito menos eficiente do que generalizadamente se pensa. Muitas técnicas biomédicas têm efeitos secundários que são menosprezados. Alguns órgãos do corpo humano têm podido ser substituídos mantendo-se a capacidade funcional, mas o corpo como um todo não se renova. O exercício actual da medicina impõe que os doentes e os serviços de saúde avaliem em conjunto as necessidades reais e programem os tratamentos mais adequados. As solicitações devem ser realistas devendo evitar-se o excessivo consumo de cuidados de saúde. As propostas devem ser adequadas e proporcionais devendo evitar-se a utilização de cuidados supérfluos e desnecessários. A difícil arte médica tem que incluir a adequação dos cuidados a prestar a cada doente e a cada situação de doença. O que é correcto é adaptar-se a medicina ao doente presente e, do mesmo modo, considerar-se a existência de todos os outros doentes, estabelecendo-se as prioridades adequadas. Numa sociedade organizada, se os doentes e os médicos por si próprios não forem capazes de estabelecer as fronteiras entre o que é correcto e o que não é correcto têm que ser ajudados a descobrir as suas responsabilidades. A escassez dos meios exige a atribuição adequada dos recursos, coordenação, orientação, descentralização, responsabilização e a existência uma rede de comunicações eficiente.

De que morrem os Portugueses? De que adoecem os Portugueses? Quais os meios que devemos dispor para os tratar? Como devemos organizar o nosso Sistema Nacional de Saúde?

Estas perguntas são fundamentais para conhecer os factores que contrariam o bem-estar e a saúde de todos nós, para a capacidade de trabalho e de produção de bens, de contribuição para o bem comum, e, evidentemente, para a organização dos cuidados de saúde. As estatísticas de mortalidade elaboradas a partir dos boletins de óbito que os médicos preenchem são publicadas no final de cada ano e referem-se sempre ao ano anterior. No final de 2008 serão publicadas as estatísticas da saúde relativas a 2007, as quais constituirão um factor importante de avaliação dos nossos níveis de saúde. Aí estarão presentes números que exprimem a mortalidade infantil, a mortalidade peri-natal, a mortalidade global, as mortalidades por distritos e concelhos, com

identificação das doenças que são responsáveis pelas mortes. Serão publicadas e estarão disponíveis no Instituto Nacional de Estatística num grosso volume onde poderão ser consultadas. As estatísticas de morbidade, isto é, as estatísticas das doenças presentes nas comunidades de Portugal são mais difíceis de avaliar com rigor e fazem-se geralmente por sondagens e por sectores. Existem doenças de notificação obrigatória da parte dos médicos que as diagnosticam. Os clínicos são obrigados a enviar para os serviços de saúde a presença de casos de doenças contagiosas, como a tuberculose, a brucelose e a febre tifóide, porque são doenças transmissíveis cuja presença num determinado doente pode fazer disseminar as doenças nas comunidades.

a) No rol das doenças que mais matam os portugueses vem à cabeça as doenças vasculares isquémicas do sistema nervoso central. São os acidentes vasculares cerebrais que podem ser de vários tipos – trombooses, embolias, hemorragias, encefalopatia hipertensiva e acidentes vasculares transitórios. Quando não matam nos primeiros dias deixam frequentemente consequências motoras graves e limitativas. São causa de cerca de um quarto das mortes de todos os portugueses. Podem ter manifestações múltiplas motoras, sensitivas, na capacidade de movimentos e da fala, na sua autonomia e na integração familiar, social e profissional. São causadas geralmente por doenças existentes nas artérias com aterosclerose, mas podem ter outras causas. Algumas destas situações dão manifestações precoces que são um aviso para o tratamento e todos devemos estar atentos a estes pequenas acidentes. Outras manifestam-se como uma catástrofe logo de início, pondo em risco a vida dos seus portadores, exigindo o internamento hospitalar nas fases iniciais (por vezes prolongado) com alterações nas funções motoras e na fala, assim como noutras faculdades de relação. Após uma fase de internamento, podem exigir uma fase de recuperação motora e da fala muito prolongada, exigindo a presença de técnicos de saúde muito especializados, serviços de fisioterapia, terapêuticas da fala, reaprendizagens da marcha e integração social. No nosso país, começamos a estar sensibilizados para esta fase de evolução das doenças, que são em regra muito demoradas. Existem algumas instituições no seio da Igreja que dão apoio a estes doentes - um apoio imprescindível e insubstituível.

b) Na lista das doenças que mais matam os portugueses vêm depois as doenças isquémicas do coração, que são doenças que resultam da diminuição do aporte de sangue ao músculo do coração. Estas doenças são as que mais matam no mundo mais industrializado do Norte da Europa e dos EUA. São o enfarte do miocárdio, a angina de peito, as arritmias cardíacas e a insuficiência cardíaca. Todas podem pôr em risco a vida do doente em qualquer fase da sua evolução.

Quer as doenças vasculares do SNC quer as do coração são fundamentalmente doenças das artérias. As doenças das artérias, portanto, são a

causa directa ou indirecta de uma grande variedade de enfermidades que mais matam as pessoas do nosso mundo dito de economia avançada. Elas dependem da presença de aterosclerose, uma doença dos vasos sanguíneos que tem factores de risco pessoais, isto é, dependentes de características e estilos de vida dos seus portadores que favorecem o aparecimento das doenças. Estes factores têm sido estudados intensamente nos últimos 50 anos com muito sucesso. Conhecidos estes factores de risco em cada pessoa, podem quase sempre ser prevenidas as doenças. Os factores de risco principais para as doenças vasculares são: a hipertensão arterial, as hiperlipidemias, a diabetes, o tabagismo, as sobrecargas psicológicas (o *stress* de ordem pessoal, social e profissional) e a hereditariedade.

As doenças vasculares, compreendidas que foram as suas causas e os seus factores de risco, começam a ser combatidas com êxito. Previnem-se através de alterações nos hábitos alimentares e no modo de vida, bem assim com a prevenção e tratamento da hipertensão arterial e da diabetes. Tratam-se e previnem-se as consequências das doenças vasculares, mas sobretudo é possível prevenir, combater e eliminar os factores que em cada pessoa para elas contribuem.

c) As doenças neoplásicas constituem um conjunto heterogéneo de doenças que no nosso país são a terceira causa de morte. Muitas são evitáveis por alteração de hábitos que constituem também factores de risco para as neoplasias. A inalação do fumo do tabaco é um dos factores mais importantes para o aparecimento do cancro do pulmão, do cancro do lábio e do cancro da bexiga. Alguns hábitos alimentares são factores de risco de certas neoplasias do tubo digestivo. Porém, é na detecção precoce da presença das neoplasias que é possível fazer a prevenção das suas consequências mais graves, tratando-as no início das suas manifestações. Nestas circunstâncias, o rastreio nos grupos de pessoas mais vulneráveis nas comunidades constitui a medida mais eficaz para a eliminação destas doenças.

d) No rol das doenças que mais matam os portugueses virão depois os acidentes dos veículos com motor. Constituem uma tragédia nas sociedades contemporâneas, particularmente no nosso país. Para além desta altíssima mortalidade, deixam um rasto de sofrimento e de doenças prolongadas e incapacitantes que excede três vezes o número de mortos imediatos ao acidente. A reabilitação destas doenças é geralmente difícil, penosa, complexa e prolongada. Também aqui é possível o voluntariado social poderá ter um papel importante na prevenção dos acidentes e na reabilitação, apoiando as instituições, os doentes e as famílias envolvidas. As doenças e as mortes provenientes das doenças do trabalho, acidentes e doenças profissionais, também podem ser prevenidas na generalidade dos casos. No nosso país

constituem um ónus pessoal e social que em larga medida pode ser evitado com programas adequados de prevenção.

e) Seguem-se depois as doenças hepáticas crónicas, consequências do abuso do álcool e de infecções virais agudas que se mantêm como doenças crónicas e agressivas.

Outras doenças crónicas e incapacitantes dos portugueses são consequência e sequelas de doenças agudas, as quais na sua generalidade após um período de agudização que muitas vezes exige a hospitalização e intervenções imediatas, se mantêm como doenças crónicas, muitas vezes dependentes de uma tecnologia complexa, escassa e cara. Tal é o que ocorre nos transplantes de órgãos como os do rim, do fígado e do coração. Mas ocorre também nas insuficiências renais sujeitas a hemodiálise crónica. E nas doenças reumáticas inflamatórias e degenerativas crónicas.

Existem outros tipos de doenças crónicas que têm outro carácter, como o são o alcoolismo, as toxicofilias, a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), as quais de uma forma ou de outra conduzem sempre à cronicidade, à dependência e à marginalização. Aliás, a própria marginalização constitui apenas por si um poderoso factor de agravamento de todas as doenças, colocando barreiras ao apoio pessoal e aos tratamentos possíveis, que são, por via de regra, demorados e dependentes de consultas, de assistência e de processos de integração social e profissional muito demorados. Aqui está um outro campo onde o voluntariado social tem um espaço privilegiado e onde instituições apoiadas pela Igreja têm tido intervenções inestimáveis ao longo dos anos.

Existem, ainda, nas comunidades muitas outros portadores de doenças crónicas e degenerativas, como as doenças reumáticas crónicas e invalidantes, as que resultam de doenças hereditárias, as doenças do metabolismo, as doenças adquiridas no período do parto, as doenças crónicas do sistema nervoso central e do periférico, as demências. Nestas doenças existe um vasto campo de intervenção do voluntariado em todas as comunidades locais que pode minorar o penoso sofrimento dos seus portadores e do ónus que sempre representam para as suas famílias.

4 – Os valores sociais subjacentes ao serviço de saúde

As sociedades democráticas modernas reconhecem como um direito adquirido pela civilização que nenhum dos seus membros pode ser privado do acesso aos cuidados de saúde facultados pela sociedade, independentemente dos meios financeiros de que pode dispor para os pagar. A saúde de cada um é tomada como um bem comum em que todos são chamados a participar. Por esta

razão, existe evidentemente uma dimensão social nos cuidados que cada um tem que ter com a sua própria saúde. A Declaração Universal dos Direitos do Homem dispõe que toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar a si próprio e à sua família o acesso a certos bens que incluem a assistência na doença. As leis da maior parte dos países de economia evoluída consignam o direito aos cuidados necessários ao tratamento e à possível integração social dos doentes crónicos. A Constituição da República Portuguesa dispõe que todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Este direito é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral. A Lei de Bases da Saúde confirma que a protecção da saúde constitui um dos direitos dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado. O estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

Na prestação de cuidados de saúde estão em questão um certo número de valores e de princípios que devem ser equacionados.

O valor nuclear na prestação de cuidados de saúde é o do **direito à vida e à dignidade humana**. Todas as pessoas, todos os membros da espécie humana, todos os seres humanos são portadores de igual dignidade, sejam quais forem os seus estados de saúde ou de doença, as suas características de sexo, idade, etnia, religião e de comportamentos. Os portadores de doenças crónicas, ainda que tenham graves limitações do seu estado de consciência ou de capacidades motoras, as pessoas que têm cronicamente comportamentos anti-sociais ou que colocam em risco a própria vida ou a de outrem, em nome da dignidade humana devem ser tratadas com os meios disponíveis na sociedade. Não podem ser vítimas de discriminações a não ser daquelas que lhes são impostas pela própria natureza das suas doenças. Por sua vez, a sociedade não pode deixar de utilizar mecanismos cautelares relativamente a comportamentos anti-sociais de alguns dos seus membros sobretudo no que se refere a doenças transmissíveis.

O segundo valor é o da **solidariedade** para com as pessoas doentes ou sob um estado de particular vulnerabilidade nas suas características de saúde. Elas são os destinatários de toda a intervenção nos cuidados de saúde. Quando se trata de estabelecer prioridades sociais devem ponderar-se os recursos devidos aos doentes crónicos e aos mais incapacitados, aos que têm menores possibilidades reivindicativas, aos que são dificilmente suportados pelas suas famílias com gravíssimas limitações das suas capacidades. Muitas famílias, por falso pudor, por vergonha ou por incapacidade, escondem estes doentes com graves incapacidades e não solicitam o apoio que lhes é devido nas sociedades organizadas.

O terceiro princípio é da subsidiariedade. A saúde de todos e de cada um dos membros da sociedade é tomada como um bem colectivo, como sublinhámos anteriormente. A sociedade deve comprometer-se a proporcionar maiores benefícios a quem mais deles precisa de modo a que tendencialmente todas as pessoas possam ter igualdade de oportunidades de acesso aos cuidados de saúde. As famílias, as unidades básicas da sociedade, não conseguindo apenas por si encontrar soluções para os graves problemas dos doentes crónicos e incapacitados, devem organizar-se para poder responder através de corpos sociais intermédios, criados e adaptados para responder às necessidades locais. O estado deve respeitar, estimular e apoiar a existência destas estruturas sociais intermédias, segundo os seus fins e competências próprias nos domínios dos cuidados de saúde na tentativa de criar uma sociedade viva, harmónica e solícita para com os seus membros mais frágeis. Neste sentido podem e devem organizar-se associações de famílias de apoio aos doentes, que canalizem e organizem os recursos segundo as necessidades de cada grupo, criando as *massas críticas* e os *meios de informação* que possam permitir a racionalização dos meios de intervenção. As estruturas do estado devem promover e estimular este tipo de intervenções não se demitindo de prestar o seu apoio quando os recursos locais e intermédios forem insuficientes ou sempre que houver motivo para racionalizar os meios de intervenção para benefício comum.

O quarto princípio é o da justiça ou da equidade. Sendo as necessidades globais superiores aos recursos disponíveis é necessário estabelecer um quadro de prioridades que conduza a uma justa e equitativa distribuição dos recursos, com critérios previamente definidos. É justo que a sociedade se organize para proporcionar benefícios a quem mais deles necessite. Assim, a sociedade deve proporcionar a todos os seus membros uma justa distribuição dos recursos para a saúde, em atenção ao tipo de comunidades que a integram. O princípio da justiça propõe que todas as pessoas sejam tratadas sem discriminação, quaisquer que sejam os critérios eventualmente invocados. Não obstante as diferentes concepções de justiça, todos os autores estão de acordo que as instituições são justas quando não existem distribuições arbitrárias na atribuição dos direitos e dos deveres e quando as regras estabelecem um equilíbrio adequado entre as diversas solicitações de acesso aos meios de intervenção, o que nem sempre tem acontecido na nossa sociedade, susceptível como é aos meios de pressão social e colectiva.

O quinto e último princípio, que não pode deixar de ser invocado ao encarar-se os meios para tratar as doenças, é o da eficiência na utilização dos meios, sobretudo para tratar os doentes crónicos. Sendo a saúde de todos um bem colectivo e os meios para a preservar limitados é absolutamente necessário que as decisões quanto aos cuidados a prestar tenham em conta uma ponderada

relação entre os custos e o real benefício dos actos praticados. Os cuidados de saúde têm custos que têm que ser ponderados, comparados entre si e com os outros bens de que a sociedade pode dispor. Na presença de recursos limitados, qualquer decisão num sentido implica o sacrifício dos recursos disponíveis em áreas afins. Isto é, o benefício da satisfação de uma determinada necessidade tem um custo que terá uma equivalência com o benefício que existiria se os mesmos recursos fossem utilizados de uma forma alternativa. Isto significa que não devem ser utilizados métodos de tratamento cuja eficácia não se encontra suficientemente documentada com prejuízo das intervenções noutros doentes.

O reconhecimento de que de que os estados devem facultar os meios de saúde e de luta contra a doença constitui uma herança cultural importante no mundo actual. A luta contra a doença excede muito as capacidades individuais, familiares e comunitárias e deve ser uma actividade sistemática, global e integradora. Tem que ver com a criação de infra-estruturas muito pesadas, com regulamentos, com uma longa e dispendiosa preparação de pessoal muito diferenciado.

5 – A prestação dos cuidados nas comunidades locais

Estas áreas da saúde e da prestação dos cuidados necessários têm algumas características que lhes são próprias. Referem-se directamente à pessoa e ao seu modo de viver e têm uma relação definitiva com a comunidade envolvente. E se naquela circunstância crucial em que os cuidados na doença são administrados não existirem as condições específicas oportunas, necessárias e adequadas, que não são apenas condições técnicas, mas de solicitude e de empenhamento pessoal, tudo pode falhar. Proponho-me referir algumas áreas de intervenção que me parecem prioritárias no sistema de prestação dos cuidados de saúde no nosso país.

Propomos uma *organização dos cuidados para a saúde centralizados na pessoa e na sua comunidade natural*; propomos a existência de medidas que desenvolvam uma cultura para a saúde e contribuam para uma melhoria do desempenho dos serviços locais, na comunidade natural e na paróquia. Propomos actuações que reforcem o papel dos clínicos gerais, dos enfermeiros e dos técnicos de saúde nas comunidades, o voluntariado esclarecido e participante nos serviços de saúde e na divulgação da educação para a saúde, e favoreçam a relação entre os serviços e os seus utilizadores. O sistema de prestação dos cuidados de saúde deve contribuir para o enquadramento familiar e social dos doentes utilizando medidas que constituam incentivos concretos de ordem logística e financeira, de modo a existir um acompanhamento dos doentes sem soluções de continuidade quer na recuperação das doenças agudas

quer no tratamento das doenças crónicas. Essas medidas teriam como objectivo a melhoria da prestação local dos serviços e o reforço da confiança das comunidades. Sublinhamos a actual precariedade da articulação entre as várias instituições do sistema de saúde com prejuízo global da sua eficácia, sobretudo no nível da prestação directa dos cuidados aos doentes, nomeadamente entre as estruturas dos cuidados urgentes, as dos cuidados diferenciados e as dos cuidados ambulatoriais; entre as estruturas hospitalares e as estruturas comunitárias; entre as entidades financiadoras e as entidades fornecedoras dos cuidados.

Propomos a *colaboração entre as comunidades locais e as estruturas de saúde* no apoio aos doentes e às pessoas com limitações e incapacidades. Existem alguns exemplos espantosos de colaboração de instituições locais, nomeadamente IPSS e as estruturas oficiais da saúde, nomeadamente os hospitais. Deveriam existir mais *Ligas de Amigos* de todas as estruturas de saúde que localmente facilitassem a integração e a articulação das instituições nas comunidades, tais como algumas magníficas iniciativas de integração dos cuidados de intervenção das estruturas hospitalares nas comunidades, prolongando os cuidados diferenciados dos hospitais nas comunidades e favorecendo a aproximação das famílias e das estruturas dos cuidados ambulatoriais nos hospitais. Essas estruturas poderiam e deveriam apoiar e defender os doentes e também dar sugestões para melhoria das prestações de serviços nas instituições de saúde.

Nas sociedades de hoje a maiores das doenças é a solidão. A cultura portuguesa tem largas tradições na capacidade de adaptação a outras culturas e de facilidade de comunicação com outras formas de estar na vida. O isolamento actual de muitos grupos no nosso país (sobretudo os velhos e certos grupos marginalizados) tem causas estruturais, económicas e sociológicas bem conhecidas que podem ser mitigadas e atenuadas. Por exemplo: os estudantes universitários, actualmente dispersos por muitas cidades do nosso país, poderiam ser convidados e eventualmente até a ser parcialmente suportados com o objectivo de prestar apoio às instituições locais de apoio social nos seus tempos livres (nomeadamente com a intervenção das associações de estudantes ou das tunas ou dos grupos de animação e de teatro; ou ainda e até fundamentalmente com o apoio directo, pessoa a pessoa, nas instituições e na comunidade). Estas actividades poderiam ter valor curricular e constituir, de algum modo, créditos para a sua progressão na própria carreira na universidade.

* Médico