

JOÃO LOBO ANTUNES

Entrevistado por Maria Augusta Silva

(NO CINQUENTENÁRIO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA, EM LISBOA)

DEZEMBRO 2004

Bisturi a fundo na análise do bom e do mau que atravessa a vida de um hospital e o sistema de saúde português. De rara cultura, João Lobo Antunes, vulto das neurociências portuguesas com projeção internacional, dirige o Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Santa Maria, casa que começou a conhecer quando tinha apenas dez anos. Nasceu em 1944. Estudou em Lisboa e arrancou vintes no curso de Medicina. Esteve uma dúzia de anos nos EUA e regressou. Trabalha com brio. Dinamiza equipas. As suas mãos sabem da arte da neurocirurgia e levam, também, a humanidade a livros como *Um Modo de Ser ou Numa Cidade Feliz*. Entre outros, foi distinguido como Prémio Pfizer (1970) e Prémio Pessoa (1996). É autor de vários trabalhos científicos.

Quando hoje veste a bata branca, é por ritual hospitalar ou ainda sente emoção?

Quando regresssei dos EUA, acontecera, entretanto, o 25 de Abril, e percebi que muitas profissões tinham deixado a farda como se fosse uma marca que devia ser apagada. Mas, de facto, no fato-macaco ou no boné do condutor de elétricos havia uma dignidade especial por inerência. Eu gosto. A bata é para mim uma coisa natural. A marca do ofício.

Ligado ao Hospital de Santa Maria (HSM) há quatro décadas, primeiro como aluno, depois médico. Quarenta anos num hospital que celebra cinquenta: que relação tem com estas paredes?

Conheci este hospital antes de ele ter nascido. Uma memória muito viva. O meu pai trouxe cá os filhos para verem as futuras instalações, tinha eu dez anos.

Ficou bem impressionado?

Naquele tempo era uma coisa surpreendente. Via-se da nossa casa de Benfica. Obviamente, não havia as construções que existem agora pelo meio. A fachada deste hospital é mais extensa (260 metros) do que aquela obra monumental da pátria portuguesa que é o Convento de Mafra.

Não temos, por vezes, a sensação de ser um armazém sem fim?

Fala-se de arquitetura do Estado Novo. É da autoria do arquiteto alemão Herman Dister. Tem aquela estrutura, aquela solidez...

...Instalações preparadas para a guerra...

Talvez um dado estilo alemão entre duas guerras. Mas, quando se vê uma fotografia aérea, há uma perspetiva diferente. Acho que é um edifício com uma certa elegância e acolhedor. Olhando a sua frontaria, abraça quem chega.

No interior está cheio de labirintos...

Ninguém iria desenhar hoje um hospital com estas características. Com salas de operações dispersas, múltiplas unidades de cuidados intensivos... Um tráfego difícil. Conceptualmente, está ultrapassado.

Seriam desejáveis unidades hospitalares mais pequenas, direcionadas para diferentes especialidades?

Seria um erro. Hoje em dia, as coisas estão muito ligadas. A vivência comum, até do ponto de vista científico, é indispensável. Há várias escolas de pensamento nesse domínio. Há quem argumente que, de facto, este não é o melhor modelo.

Não falta quem diga que o Hospital de Santa Maria é para ir abaixo...

Estas paredes ouviram já tanta coisa. O que posso dizer é que o hospital continua majestático, tranquilo, a cumprir a sua função.

De início, quantos doentes se projetavam para esta unidade hospitalar?

Cerca de 1300 camas. Agora são 1100, aproximadamente.

O acréscimo de doentes, todavia, não se compara...

É inversamente proporcional ao tempo de internamento no hospital, hoje mais curto.

Em certos casos, o curto internamento do doente no hospital não é exagerado?

Estar mais tempo no hospital não é bom. Há o risco de infeções e de outro tipo de situações.

Em foco as infeções hospitalares...

Há uma inevitabilidade da doença hospitalar. Não existe nenhum hospital do mundo que a possa evitar.

A «doença hospitalar» é incurável?

Pode ser minorada, atenuada com um uso mais inteligente e prudente de antibióticos. Desse ponto de vista, os médicos portugueses são dos piores da Europa, no sentido de prescreverem antibióticos com pouco critério e má escolha. Isto está documentado. Há estirpes que se apuram dentro do hospital, correndo-se o risco de criarem resistências antibióticas.

E a higiene hospitalar está inocente?

Claro que há regras de higiene que devem ser respeitadas. Têm que ver com as coisas mais simples do mundo, como, por exemplo, lavar as mãos entre duas observações.

Também haverá doentes que não cuidam de algumas regras de higiene...

Não se pode, de repente, alterar a cultura de um povo ou do doente português. Mas a permanência num hospital deve ser cada vez mais abreviada. Não só por estas razões mas também por causa dos custos, por razões de eficácia, para permitir o acesso a outros que igualmente precisam de cuidados.

E a quem se entrega o doente quando tem alta hospitalar? Quem pode assegurar os apoios à família? Alguns nem família têm...

É uma das grandes dificuldades. Temos aqui doentes abandonados. No Serviço de Neurocirurgia é relativamente frequente: três, quatro doentes francamente abandonados. E não são meses, são anos.

Falha o apoio social, falha a consulta comunitária?

Falta de um sistema eficaz de cuidados continuados que tem de ser desenhado.

O hospital de Loures poderá desempenhar um papel essencial?

Há quem questione a necessidade de mais camas, quem diga que não são precisas. Se de facto se construir o hospital de Loures, que seja feito de forma harmónica com este hospital [Santa Maria]. Até do ponto de vista do ensino.

As neurociências, dentro de todo o novelo hospitalar do HSM, parecem ser, em termos de recursos e equipamentos, quase uma ilha...

O crédito vai muito mais para os meus colegas da Neurologia do que para mim próprio ou para os meus colaboradores da Neurocirurgia. Estamos bem equipados porque tem havido generosas contribuições da Fundação Gulbenkian e de privados. No que respeita à investigação, a pujança tem sido nas neurociências clínicas. E não é de agora, há uma longa tradição. A Neurologia e a Neurocirurgia, no HSM, constituem agora um único departamento, e, do ponto de vista de produtividade relativa é, certamente, dos mais ativos deste hospital.

Tratando-se de uma tecnologia de ponta, dispendiosa, está bem rentabilizado o equipamento de que o hospital dispõe na área das Neurociências, da qual está mais próximo?

Acho que sim, embora nunca se tenha tudo. Gostaríamos de ter a ressonância magnética, que nos dá a imagem funcional do Sistema Nervoso. E há muito tempo que nos foram prometidas obras de beneficiação nos nossos Cuidados Intensivos. Ainda estamos à espera. Prometeram-nos mais uma vez que será uma prioridade próxima. Vamos ver.

Relativamente às áreas de cuidados básicos, por exemplo, há grandes assimetrias?

Há bolsas de qualidade. Obviamente, ninguém está satisfeito com as Consultas Externas.

E as Urgências, apesar de algumas melhorias, estão a dar resposta às necessidades dos utentes?

Já não somos a maior Urgência do País, mas ainda temos à volta de 600 a 700 visitas por dia. É preciso, entretanto, dar um novo impulso ao ambulatório. E é fundamental – num esquema de prioridade política e institucional – um Serviço de Trauma que reúna especialistas das várias áreas. O Intensivismo precisa de ter todas as componentes. Outra lacuna: a Reabilitação. Faltam recursos humanos e logísticos. Há carências claras, a todo o nível, na Reabilitação.

Quando oiço sirenes das ambulâncias há um estremecimento que me confronta sempre com a urgência de qualquer coisa. Também se passa consigo?

Então não? Penso que há sempre um drama naquela caixa iluminada com quatro rodas.

Ainda não ganhou anticorpos relativamente ao drama?

Felizmente não. Quem consegue estar neutro, indiferente, deve procurar outra profissão.

Vida e morte, o maior dos confrontos?

Lidamos mais com o sofrimento. Com o sofrimento do momento real e com aquele que se pode chamar o preocupado saudável, que é outro tipo de sofrimento. As pessoas que entram neste hospital todos os dias, com exceção das crianças que escolhem aqui nascer, são pessoas que sofrem. Pela dor física ou pela dúvida, mas sofrem. Quem procura este hospital é o sofrimento. E para todo o doente a situação é sempre urgente e prioritária.

Na Idade Média – e ainda hoje – havia muito a ideia de que a medicina, o tratamento, era mais uma questão de fé. Não raro, há doentes que dizem: só a fé me poderá salvar. Que dimensão é esta no plano da saúde?

Há estudos muito interessantes sobre o efeito terapêutico da espiritualidade. E, até, um interesse renovado. Mas não se deve trivializar a religião nesse sentido. Se um médico ignorar a dimensão espiritual de um doente e se for ignorada também a dimensão espiritual do ato médico, estaremos a amputar-nos de uma qualidade essencial. O médico deve ter a compreensão da dimensão espiritual da pessoa que o procure.

Prende-se com o fator humanismo, que tem levado, também, para os seus livros. Será assim tão difícil humanizar os hospitais?

O que é que o médico chamado «João Semana» tinha de especial? Era a proximidade. Cada vez mais, a doença apreende-se sobretudo por meio da imagem e, a certa altura, reduz-se o doente à imagem e passa a ser uma abstração. Se tivéssemos de sintetizar a humanização numa só palavra, diria esta: proximidade. Humanização é estar próximo do outro.

O clínico geral, o médico assistente, é quem mais próximo está do doente, sendo a espinha dorsal do sistema de saúde. Mas por que será olhado como parente pobre da medicina?

É um fenómeno universal. A medicina hiperespecializada, a medicina muito ligada às tecnologias ganhou outra aura. Mas acho que a clínica geral é uma carreira admirável e fundamental. É preciso dignificar

essa carreira, darem-se incentivos, a devida remuneração, a recompensa. É preciso torná-la mais atrativa.

Conhece as qualidades e os vícios do Hospital de Santa Maria...

Não serei das pessoas que melhor conhecem nem uma coisa nem outra. Tenho uma observação de alguém interessado. Ao longo destes cinquenta anos, o hospital tem mantido as três componentes que lhe foram atribuídas: assistência aos doentes, ensino e investigação. Com períodos de mais brilho, com períodos de menos brilho, mas foi sempre – e continua a ser – uma referência. Do ponto de vista da produtividade científica, é, provavelmente, no seu conjunto, o mais pujante de todos os hospitais universitários.

À pujança da produtividade científica corresponde de igual modo a qualidade da investigação?

Não se pode esperar uma homogeneidade. Os serviços dentro do hospital também têm a sua vida. Há uns que crescem, florescem, uns decaem, depois surgem outros. É uma dinâmica. O que é preciso é não só incentivar a que a investigação seja reconhecida, mas reconhecer e premiar. E não tratar tudo por igual, que tem sido uma tendência difícil de contrariar. É preciso dar condições, avaliar.

Como fazer essa avaliação?

A produção científica é relativamente simples de avaliar.

E o ato médico, como se avalia?

É mais difícil e há muitos critérios de qualidade: desde números elementares como taxas de mortalidade, fatores de morbilidade, duração do internamento, até aspetos mais intangíveis como a satisfação pessoal dos doentes, a forma como acham que o atendimento foi realizado, mesmo no aspeto humano. A cultura de avaliação não é uma cultura nacional mas, a pouco e pouco, está a impor-se, até por exigência das pessoas.

Pesa o facto de os doentes terem mais e melhor informação sobre os seus direitos e deveres?

Mais sobre direitos do que deveres.

Doente português exige mais do que deve?

Pelo contrário. É um doente muitas vezes excessivamente passivo ou resignado. Mas há também deveres de saúde que são esquecidos.

O dever de prevenção da doença?

Com certeza. Toda a medicina dos estilos de vida, como agora se chama, e que é cada vez mais respeitável e mais importante considerar.

Com tanta informação sobre prevenção, são as mentalidades que não deixam atingir os resultados desejados?

A prevenção é quase uma atitude estatística. Um comportamento que as pessoas podem achar menos agradável.

Deveria ser, também, um comportamento estético?

Certamente. Implica abdicar de alguns gostos, de coisas que dão prazer, e ter na imaginação um benefício que será colhido anos e anos depois, muitas vezes de uma forma não palpável. A cultura da prevenção foi sempre difícil de estabelecer e de introduzir em qualquer sociedade e não só na portuguesa.

Num quadro global, e nesse campo, em que lugar nos situamos?

Em situações tão simples como o tabagismo (de que sou um feroz adversário), e relativamente a comportamentos de risco como no caso da sida, ainda há muito, muito a fazer entre nós.

Somos Europa. A seu ver, a Europa deverá aproximar-se mais dos EUA (onde trabalhou uma dúzia de anos) ou deve encontrar o seu caminho?

Deve ter uma voz própria.

Na estratégia política...

Na ciência, na educação e na tecnologia. O *gap* entre os EUA e a Europa não se atenuou nos últimos anos. Em muitos aspetos agravou-se. Aquele sonho de tornar a Europa equiparável, nomeadamente na produção científica e tecnológica, embora haja na Europa países com nível de alta qualidade, a diferença tem-se acentuado.

As políticas de saúde que têm sido aplicadas estão num caminho certo ou seria necessário virar tudo ao contrário?

Um dos males deste país tem sido virar sempre tudo ao contrário. E virar ao contrário antes que as coisas se levantem. O ministro da Saúde teve a coragem de mudanças essenciais, uma das quais, para mim, foi a introdução dos genéricos. E a separação entre o financiador e o prestador era fundamental. Seria necessário ensaiar outras formas de gestão e, sobretudo, uma cultura de avaliação.

Mais nada em causa?

Não estou a dizer que foi tudo perfeito. Algumas das medidas podem ser aperfeiçoadas, corrigidas, adaptadas. Mas terei pena se, de repente, face a uma inflação outra vez... Houve um movimento reformista, o abalar de algumas coisas que precisavam de ser abaladas.

A política de saúde deve encontrar o progresso na continuidade?

Acho importante analisar-se o que foi feito e retirar daqui aquilo que se considerar positivo. Um dos nossos males é estarmos sempre a começar de novo. Estamos sempre a inventar a roda e nunca chegamos a andar.

Mudança só pela mudança não é sinónimo de inovação...

Claro que não. É, por outro lado, muito importante as pessoas reclamarem a autoria de cada medida, a propriedade das decisões. Isso deveria ser considerado de interesse superior da sociedade portuguesa e não do interesse privado de um partido ou de uma pessoa.

Tanto o poder político como o poder económico irão alguma vez perder o peso que têm nas grandes decisões, nomeadamente sobre os modelos e gestão dos meios para a saúde?

Na saúde, na ciência, na educação, o diagnóstico está feito. Conhecemos bem quais são os problemas. Mas ficamos pelo diagnóstico.

Uma grande burocracia?

Brutal. Mais que angustiante. É estranho por que é que as coisas não podem ser resolvidas. Há soluções simples, soluções difíceis e soluções impossíveis. E, muitas vezes, estes três tipos de soluções são tratados da mesma maneira. Uma característica da sociedade portuguesa que não sei como interpretar.

Nada que preste?

Quem conheça o que se passa com os jovens empresários, cientistas, há certamente razão para um discurso otimista.

Não está deprimido... ou está?

Há muita formiga a trabalhar bem em Portugal.

As cigarras também são necessárias...

O problema é que as cigarras portuguesas têm o canto das sereias, não cantam como cigarras, cantam como sereias.

Sente-se mais formiga ou cigarra?

Então não sou formiga?! Mas as formigas não precisam de ser mudas. E as cigarras também podem trabalhar.

Pensando no ensino, uma das funções de sempre do Hospital de Santa Maria. Está bem e recomenda-se?

Quando este hospital foi fundado, chamava-se Hospital Escolar. O Escolar foi deixado cair por razões até de raiz política e ficou a designação de Hospital Universitário. Este hospital tem hoje cerca de 350 alunos.

E comporta esse número sem problemas de funcionalidade?

Não tem já dimensão para, por si só, ser a casa desta população de estudantes de medicina e de enfermagem. São necessárias alianças com outros hospitais, e temos um leque muito alargado de hospitais que participam no ensino com proveito mútuo. Mas é também um hospital de ensino pós-graduado, ou seja, trata, ainda, da preparação de especialistas. Tem de tornar-se mais atrativo.

Para conseguir cativar os jovens médicos?

Já me explicaram que os jovens internos consideram que se trabalha aqui muito e são piores pagos do que noutras instituições. Não tenho maneira de avaliar do rigor desta impressão, mas é necessário que este hospital atraia os melhores.

De contrário, os melhores vão-se embora... E já aconteceu...

É entre esses que vamos ter de recrutar os futuros professores, os futuros educadores. Temos de preocupar-nos como iremos educar as

futuras gerações de médicos.

A dificuldade de transmitir valores que devem ser valores sempre, de que falou um dia, subsiste?

É uma revolução pedagógica comum a todas as profissões, porventura mais aguda na profissão de médico e da saúde em geral.

Estamos a falar de profissões que implicam uma grande capacidade de relação com os outros, com o ser humano...

É daquelas profissões em que a competência e dever mais intimamente se ligam. Nós ensinamos o que fazemos, e fazemos à vista de todos. Os alunos aprendem vendo-nos fazer e depois fazendo eles também. Pode ensinar-se muita coisa formalmente mas o que vão reter é aquilo que observam.

Alexandre O'Neill, um poeta de que gosta também muito, dizia que não importa tanto fazer «bom e bonito mas fazer bom e expressivo». No fundo, é isso que está em causa?

Qualquer ato médico que se pratique em frente de um aluno é um ato pedagógico, um ato de ensino.

Às vezes, via-se nas enfermarias um doente com largas dezenas de alunos à volta. Daria para um aluno aprender bem?

Houve muita crítica em relação a isso. Como houve crítica às visitas dos diretores, em que o diretor e o seu séquito passeavam de cama

em cama. Alguns teóricos da ética diziam: «Isso é uma ofensa à privacidade, à dignidade do doente.»

A privacidade do doente é sempre respeitada?

Devo confessar que, se esses atos médicos coletivos decorrerem com prudência, com tato, os doentes apreciam o interesse que isso revela no seu caso singular. Nunca tive nenhum doente que se recusasse. Os doentes colaboram e mais: falam diretamente para os estudantes, já nem falam com o seu médico assistente. O Prof. Juvenal Esteves, meu mestre, dava aulas de Dermatologia com um doente e os Alunos à volta, e, muitas vezes, éramos 30, 40, 60. A sensação que eu tinha das aulas dele era a de que o doente se sentia rei, o centro da atenção.

Lembra-se de um momento que o tenha particularmente marcado na relação com algum doente?

São tantos! E acontecem todos os dias. Às vezes, estou a ver um doente e preocupado com outro, mas o que deve acontecer é que cada encontro seja singular. Que o doente sinta que é a pessoa mais importante naquele momento.

Estamos com falta de médicos, é sabido. Que má projeção foi esta?

É uma matéria que conheço bem e da qual se disse imenso disparate, entre os quais que os *numerus clausus* eram da responsabilidade das faculdades, que as faculdades é que não tinham querido, ou os médicos por razões corporativas. Houve, de facto, uma falha de planeamento claríssima, mas as faculdades nunca determinaram o número de estudantes que receberiam.

A falha no planeamento de estudantes de medicina partiu do ministério da Educação?

E da Saúde. Uma imprevisão do que iria acontecer. Não vale a pena agora estarmos a sacar culpas, mas não foi certamente por uma reação de proteção corporativa da classe médica nem por parte das faculdades. O número atual, contudo, vai baixar outra vez. É uma ideia peregrina que não deva haver *numerus clausus*.

Bem calculados...

Exatamente. A formação de mais médicos não vai, porém, garantir, de forma alguma, que se eliminem carências em certas áreas, como, por exemplo, na clínica geral e na medicina familiar, nem que sejam abolidas as carências no interior do País. São necessários outros incentivos.

No programa das comemorações dos 50 anos do Hospital de Santa Maria, a cuja Comissão Organizadora preside, incluiu-se um debate para «Repensar Santa Maria». Pode fazer-me uma síntese dessa reflexão?

Uma análise crítica, objetiva, mas situada num plano muito elevado. Não foi uma lamúria nem uma glorificação. Foi um reconhecimento de que as três funções do HSM – assistência, ensino, e investigação – são indissociáveis numa estrutura desta natureza.

Nem sempre terá havido um olhar global sobre este hospital com meio século de vida...

Uma visão deste hospital que se limite a considerá-lo apenas um hospital central, destinado a cuidados diferenciados e não mais do que isso, é amputá-lo de uma dimensão fundamental que acaba por ter repercussões na própria assistência hospitalar.

Nestas celebrações, e num gesto de homenagem a funcionários do HSM já falecidos, plantaram-se árvores junto à Pediatria...

Uma homenagem, uma simbologia.

Qual a sua árvore de eleição?

O carvalho, uma árvore sólida, bem enraizada.

© *MARIA AUGUSTA SILVA*