

A importância de começar pelo princípio, sem deixar de revisitar o meio

AMÉLIA SIMÕES FIGUEIREDO, TERESA RASQUILHO VIDAL, CÂNDIDA FERRITO

Professoras da Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa

Introdução

Este capítulo tem como objetivo uma reflexão sobre os efeitos da pandemia com vista a estimular o debate sobre os princípios da assistência em saúde que temos e que queremos. A COVID-19 enfatizou que a falta de acesso aos serviços de saúde (por razões válidas e necessárias) pôs em risco a saúde das pessoas e levou naturalmente à sua maior procura. Não querendo explorar as variadíssimas razões da incapacidade de resposta dos serviços de saúde (que conduziu a tantas roturas), importou-nos refletir sobre a importância dos princípios da promoção de saúde, da educação para a saúde e da prevenção da doença em contexto de pandemia, como elementares numa assistência de saúde integrada.

A Covid 19 expôs a verdade incómoda sobre como interpretamos a Cobertura Universal de Saúde. Tal corresponde ao acesso a todo o espectro de serviços, incluindo a promoção de saúde, a prevenção e o tratamento da doença. Contudo os debates têm-se concentrado sobretudo no tratamento negligenciando a prevenção. “Pandemia”, (Dias, et al, 2021).

Ao longo dos tempos, epidemias e pandemias têm feito parte da história da humanidade. Doenças virais com maior ou menor severidade têm provocado medo e, até, pânico, em determinadas populações e regiões do mundo. Muitas doenças infecciosas são responsáveis por milhões de mortes em todo o mundo. Hoje, mais do que nunca, num mundo globalizado, compartilhamos tudo o que de bom ou de nefasto que daí possa advir.

Em pleno século 21, fomos assolados por um vírus altamente contagioso e patogénico que, de um momento para o outro, parou o mundo. O primeiro caso reportado de SARS-CoV-2 em Portugal foi em 2 de

março de 2020 e a primeira morte ocorreu em 16 de março do mesmo ano (DGS, 2021) tendo sido registados, até ao dia 24 de julho de 2022, 5323774 casos de COVID-19 e 24555 óbitos, (ECDC) (<https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>).

A par de outros países, Portugal adotou medidas de contenção da transmissão e expansão do vírus que tiveram impacto sobre o dia a dia de todos nós, tendo havido necessidades exigentes de compreensão, integração e aplicação das medidas. Entre estas medidas salientam-se: o distanciamento social, o confinamento, a higienização frequente das mãos, a etiqueta respiratória, o uso de máscara, a desinfeção de espaços e superfícies, o rastreamento de contactos, os diagnósticos rápidos, o isolamento e as quarentenas.

Num tempo de crise percebeu-se a importância de informar bem as pessoas e, de facto, não faltou informação sobre as medidas preventivas baseadas em recomendações continuamente atualizadas. Apesar do nível de incerteza, os sistemas de vigilância de saúde funcionaram (melhor ou pior) no controlo e mitigação da doença, a partir da identificação de casos (testes), do rastreio de contactos de pessoas infetadas e do isolamento de pessoas infetadas e expostas.

Também a Universidade Católica Portuguesa (UCP) adotou as medidas recomendadas pela Direção Geral de Saúde e pela Direção Geral do Ensino Superior, disponibilizando, numa parceria com a Cruz Vermelha Portuguesa, rastreios a toda a comunidade académica, nas várias fases do período pandémico. Descreveremos neste capítulo o que foi essa experiência. Contudo, queremos, antes, evidenciar a reflexão relacionada com a utilidade das informações, isto é, como as medidas recomendadas foram compreendidas, aceites e postas em prática pelas pessoas. Dito de outra forma, quais as respostas dos serviços de saúde, das organizações e dos cidadãos, relativamente ao imperativo de promover a saúde e educar para a saúde, visando a adesão a comportamentos saudáveis protetores e preventivos dos riscos associados à doença. Recordemos então alguns conceitos e princípios subjacentes às políticas de saúde que orientam os planos de saúde e programas de intervenção há algumas décadas.

A Promoção da Saúde — o princípio

Já muito se escreveu em notas de opinião sobre a adesão a comportamentos de risco perante a COVID-19. Foi comum apontar o dedo,

encontrar a culpa, em eventos religiosos, políticos, desportivos e sociais, como se não fizéssemos todos parte deles. Qual *locus controle*, o Natal, os congressos partidários, as festas clubísticas, entre outros eventos, sempre nos desviam do essencial.

Lembrando então o essencial, recuemos à Declaração de Alma-Ata (1978) que anunciava ao mundo a filosofia dos Cuidados de Saúde Primários. O documento constituía-se como uma das primeiras políticas internacionais que permitia em Portugal uma ampla discussão, principalmente no ensino superior, sobre vários prismas disciplinares. A mudança de paradigma fazia uma rutura com o instituído em era hospitalocêntrica (Carapinheiro, 1993); importava promover a Saúde e prevenir a doença.

Na referida declaração destacamos a definição:

[...] os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação.

A mudança do paradigma anunciado é depois reforçada na Carta de Ottawa em 1986, centrada na Promoção da Saúde nos países industrializados, em que é introduzido o termo *capacitar*:

A promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde.

O mesmo documento acrescenta:

Para atingir este objetivo, torna-se necessária uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que a determinam.

A estes dois documentos históricos seguiram-se as declarações de Sundsvall em 1991, de Jacarta em 1997, do México no ano 2000, e a carta de Banguecoque em 2005, que define a promoção da saúde como

central na saúde pública e na prevenção das doenças transmissíveis e não transmissíveis e outras ameaças à saúde. Seguiram-se tantas outras recomendações que vieram confirmar e reforçar o mesmo paradigma e que acompanham o pensamento da saúde até aos dias de hoje, orientando as políticas de saúde dos vários países. Na linha orientadora para pensar a saúde destaca-se, pois, a promoção da saúde e a valorização de ambientes favoráveis à mesma — desafio que no virar do século se punha relativamente às questões da equidade em saúde, num mundo globalizado.

Refira-se ainda a Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, que institui em Portugal um sistema de vigilância em saúde pública para identificar situações de risco, recolher, atualizar e divulgar dados relacionados com doenças transmissíveis e outros riscos de saúde pública. A mesma Lei refere que a saúde pública prepara planos de contingência perante situações de emergência ou de calamidade pública, aplicando-se a todas as entidades do território nacional, do sector público, privado e social que desenvolvam atividade de recolha, análise, interpretação e divulgação sistemática e contínua de dados de saúde, ou realizem estudos epidemiológicos, relativos às doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública. A saúde pública implica, pois, uma ação coletiva com o necessário envolvimento entre grupos e comunidades, de modo a dar resposta a objetivos amplos e complexos de saúde.

A Prevenção — Detetar a meio sem esquecer o princípio

Na corrente de pensamento da promoção da saúde, sobejamente discutida, mas pouco operacionalizada, importa enquadrar os níveis de prevenção, a saber: *a prevenção primordial, a primária, a secundária, a terciária e a quaternária* (Bonita, 2008).

Relativamente a este friso podemos referir, de forma simplificada, que na prevenção *primordial* enquadrámos as estratégias políticas, a legislação e os programas de promoção de saúde nacionais e internacionais; que a prevenção *primária* consiste em medidas de promoção da saúde e de proteção específica, como a vacinação; que na prevenção *secundária* — a meio deste corolário — promovemos o diagnóstico precoce para um tratamento imediato com rastreios às pessoas assintomáticas; que a prevenção *terciária* visa a reabilitação e a inclusão na sociedade e, por fim, que a prevenção *quaternária* incide, entre outras aspetos, na minimização da intervenção excessiva (Jamoulle, 2015).

Volvidas quatro décadas, revemo-nos claramente no paradigma da promoção de saúde encadeada e articulada com os níveis de prevenção. A questão estará, pois, na importância relativa atribuída aos vários níveis de prevenção, importância que revela o estado de saúde do país.

Na Pandemia, em Portugal, começámos pelo meio — pela prevenção secundária, com custos evidentes por termos descurado o princípio, isto é, importou rastrear desde o primeiro momento descurando-se a promoção de saúde e a educação para a saúde, capazes de empoderar o cidadão para gerir o seu processo de saúde/doença.

Entenda-se o empoderamento na linha do paradigma da promoção da saúde com vista à capacitação/educação das pessoas e comunidades para decisões responsáveis, visando a adoção de comportamentos saudáveis e a prevenção de comportamentos de risco (Melo, 2016, 2020). Todavia, o empoderamento comunitário é um processo interativo e contínuo, mais abrangente, que envolve a sociedade e que vai depender do ambiente e da interação entre os vários sistemas — indivíduos, grupos, comunidades e organizações. Existem comunidades empoderadas, se existirem indivíduos e organizações empoderados (Laverack, 2008). Empoderamento comunitário é, pois, um processo complexo, pelo qual as comunidades vão adquirindo mais controlo sobre as decisões e recursos que influenciam os determinantes da saúde, com vista à melhoria da sua saúde e ao bem-estar coletivo.

Neste sentido e no que respeita à vivência de sucessivas vagas da pandemia, temos consciência de que o quebrar da cadeia de propagação, que se traduz na incidência da doença (em movimentos oscilatórios e achatamentos de curvas), seria controlável a partir da responsabilização das pessoas pela sua saúde e pela dos outros e na adoção de comportamentos saudáveis e preventivos.

Cabe-nos, pois, enquanto cidadãos e profissionais de saúde, organizações, instituições ou comunidades, garantir o acesso à informação adequada e compreensível a cada pessoa, dando respostas às suas preocupações, de modo a que possam tomar decisões informadas e conscientes. Foi de certa forma o que fizemos junto da comunidade académica ao longo das várias fases que marcaram este período pandémico, desde o acolhimento, aos rastreios e ao atendimento individual das pessoas em múltiplas questões, procurando sempre satisfazer as suas necessidades e promover escolhas responsáveis acerca da sua saúde.

Prevenção da COVID-19 — Uma experiência na Academia

Seguindo o retrato epidemiológico da doença COVID-19 no país e no mundo, a Universidade Católica Portuguesa foi acompanhando as diretivas nacionais, tendo-se adaptado às possibilidades de continuidade dos processos formativos em todos os graus de ensino, quer no ensino teórico, teórico-prático e prática clínica.

Em março de 2021, na sequência da situação pandémica e no reinício das atividades presenciais nas Instituições Científicas e de Ensino Superior, foi publicada uma Recomendação conjunta pela Direção Geral do Ensino Superior (DGES) e pela Direção Geral de Saúde (DGS) relativa à implementação de Rastreios Laboratoriais para SARS-CoV-2. De acordo com o comunicado enviado pelo Gabinete do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Senhor Ministro Manuel Heitor, à Reitoria da UCP, a academia aderiu ao Programa de Testagem Cruz Vermelha Portuguesa — Ensino Superior, tendo realizado sucessivos rastreios nas consecutivas vagas que experienciámos.

Constituiu-se uma equipa transversal, liderada pela Magnífica Reitora da Universidade Católica Portuguesa, Professora Doutora Isabel Capelo Gil, com um grupo restrito em Lisboa, com o objetivo de identificar a dimensão da comunidade académica e os responsáveis pela implementação do projeto nos *campi* da UCP. Com a CVP, apurou-se o número de kits de testes rápidos de antígeno necessários, assim como as necessidades de formação especializada do corpo docente, prevista na norma DGS n.º 015/2020, de 24 de junho, atualizada a 19 de fevereiro de 2021, e na norma DGS n.º 019/2020, de 26 de outubro, atualizada a 22 de junho de 2021.

Na sequência do disposto na alínea a) da recomendação conjunta da DGES e DGS, de março de 2021¹, «às instituições que disponham de profissionais habilitados para este tipo de intervenção, serão fornecidos os kits de testes rápidos de antígeno e poderá ser dado apoio para a formação adicional de recursos humanos, se necessário», no *campus* da Palma de Cima (Lisboa), a responsabilidade para o planeamento, gestão e operacionalização do rastreio ficou a cargo da Escola de Enfermagem (Lisboa).

¹ Recomendação às instituições científicas e de ensino superior relativa a rastreios laboratoriais para SARS-CoV-2, de março de 2021, da DGES e DGS.

Em Lisboa, a comunidade académica foi estimada em 8800 estudantes, docentes, não docentes e investigadores, tendo sido cedidos pela CVP o respetivo número de testes rápidos antigénio (TRAg).

Os Professores da Escola de Enfermagem (Lisboa), fizeram o curso de atualização de Vigilância Epidemiológica da COVID-19, disponibilizado pela DGS, na plataforma NAU. Foram destacados Professores para a formação dos estudantes finalistas do 3.º e 4.º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Pela recomendação, os responsáveis máximos das instituições científicas e de ensino superior deveriam assegurar, segundo a alínea a^[1], «a organização dos espaços para a realização de testes laboratoriais para SARS-CoV-2, em condições de segurança, e cumprindo as medidas de prevenção e controlo de infeção recomendadas pela Direção-Geral da Saúde, nomeadamente, o distanciamento físico e a evicção de aglomerados».

Neste sentido, e em articulação com a Direção dos Serviços Gerais e a Coordenação do Gabinete de Gestão de Espaços e Equipamentos Especiais, estabeleceu-se o local para a testagem.

Já a alínea b)^[1], previa a «articulação com os laboratórios responsáveis pela realização dos testes laboratoriais, a informação às pessoas testadas dos resultados dos testes laboratoriais, em menos de 24 horas após a sua realização». Estabeleceu-se, pois, a ligação ao laboratório da Clínica Dentária Universitária, da Faculdade de Medicina Dentária da UCP, a quem se reportava diariamente o número de testes e os respetivos resultados. Duas Professoras tiveram acesso ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), para registar as respetivas notificações.

A Gestão do *software* Qualtrics®, utilizado para desenvolvimento do questionário de marcações, validado pela Direção Jurídica e Data Protection Officer (DPO) da UCP, ficou a cargo da Escola de Enfermagem (Porto). A implementação e divulgação deste questionário foi uma sinergia entre a Direção do Gabinete da Reitoria, a Direção de Recursos Humanos, e a Direção de Comunicação e Marketing, em estreita ligação à Direção da Escola de Enfermagem (Lisboa).

O «isolamento das pessoas com resultados positivos nos testes laboratoriais, [que permitisse] o cumprimento da legislação em vigor e das recomendações da Direção-Geral da Saúde», previsto na alínea c)², foi

² Recomendação às instituições científicas e de ensino superior relativa a rastreios laboratoriais para SARS-CoV-2, de março de 2021, da DGES e DGS.

cumprido com a manutenção da Área de Isolamento, conforme Plano de Contingência UCP.

Em período de Pandemia, vivenciámos na academia 5 fases que, de certa forma, acompanharam a realidade nacional.

A 1.^a fase do Programa de Testagem CVP — Ensino Superior, na Universidade Católica Portuguesa, decorreu de 12 a 24 de abril de 2021, com a possibilidade da realização de um teste rápido de antígeno a todos os membros da comunidade académica (estudantes, docentes, investigadores e colaboradores) aquando do início das atividades presenciais.

A 2.^a fase, da responsabilidade da Coordenadora do Centro de Enfermagem da Católica (Lisboa) (CEC) decorreu no período compreendido entre 5 de maio a 31 de julho de 2021, com a realização de rastreios periódicos de 14 em 14 dias considerando Lisboa como «um concelho com uma incidência cumulativa a 14 dias superior a 120/100.000 habitantes»^[1].

A 3.^a fase de testagem na UCP teve início dia 26 de maio, em resposta ao aumento de casos COVID-19 em Lisboa, na sequência da reunião de Reitores (25 de maio), com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e a Direção-Geral do Ensino Superior (DGES). Nesta 3.^a fase estendemos ainda o programa a eventos no *campus*, com o rastreio durante as candidaturas à Faculdade de Medicina, nos dias 3, 10, 12, 17, 26 e 31 de julho, bem como ao evento da Católica Lisbon School of Business and Economics (CLSBE), aos estudantes do curso *Master in Finance*, no dia 15 de julho.

As declarações em papel evoluíram para o digital, a 1 de julho de 2021, na sequência do Regulamento da União Europeia relativo ao Certificado Digital COVID.

Na 4.^a fase, que teve início com o 1.º semestre do ano letivo 2021/2022, reativamos o Programa de Testagem Cruz Vermelha Portuguesa — Ensino Superior, com base nas disposições legais, tendo ficado acordado, com a equipa Reitoral, que a Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) (Lisboa) continuaria responsável pela gestão do referido programa, e responderia às necessidades das Unidades Académicas dos *campi* da Palma de Cima e de Sintra.

A 5.^a fase do Programa de Testagem Cruz Vermelha Portuguesa — Ensino Superior, decorreu das indicações da Resolução da Assembleia da República n.º 157/2021, publicada no Diário da República n.º 230-A

/ 2021, Série I, de 27-11-2021, e esteve relacionada com a situação de calamidade no âmbito da pandemia COVID-19 (que se estendeu até às 23:59 do dia 20 de março de 2022). Visando responder à evolução da situação epidemiológica, no regresso da pausa letiva alargada, a 10 de janeiro de 2022, foi reativada a testagem massiva de toda a comunidade académica. Nesta 5.^a fase reativamos a metodologia da 1.^a fase, com recurso à gestão de inscrições do *software* Qualtrics®, utilizado para desenvolvimento do questionário de marcações, desta vez para os dois *campi* (Sintra e Lisboa), validado pela Direção Jurídica e DPO (*Data Protection Officer*) da UCP, ficando a cargo da Escola de Enfermagem (Porto) a gestão das marcações. A implementação e divulgação deste questionário foi uma sinergia entre a Direção do Gabinete da Reitoria, a Direção de Recursos Humanos, e a Direção de Comunicação e Marketing, em estreita ligação com a Direção da Escola de Enfermagem (Lisboa).

Após o final de março, voltámos a reativar a metodologia seguida na 5.^a fase do Programa de Testagem Cruz Vermelha Portuguesa — Ensino Superior, tendo-se mantido a testagem com uma cadência quinzenal, até final de abril.

Foram igualmente disponibilizados testes às Unidades Académicas, para realização de autoteste em eventos, conferências e demais atividades, sob consulta superior, sem ocorrer registo SINAVE.

No decorrer do ano letivo 2021/2022 foi igualmente dada formação a 32 estudantes do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), de modo a habilitá-los para colaborar na testagem no 1.º semestre do ano letivo 2022/2023, caso se viesse a verificar essa necessidade.

Em síntese, a Escola de Enfermagem (Lisboa) mobilizou para prestação de serviços, 203 pessoas (professores, estudantes e colaboradores), durante um conjunto de 149 dias.

Desde o início do Programa de Testagem Cruz Vermelha Portuguesa — Ensino Superior, foram realizados 4251 testes, tendo sido detetados 47 positivos.

Sob despacho, a Direção da Escola de Enfermagem (Lisboa) do ICS-UCP atribuiu um louvor aos estudantes finalistas por integrarem o “Programa de Testagem Cruz Vermelha Portuguesa — Ensino Superior” que decorreu no *campus* da Palma de Cima em Lisboa e no *campus* de Sintra, tendo sido redigido, em suplemento ao Diploma dos estudantes, os serviços prestados à comunidade académica.

Foram mantidas e regularmente verificadas as orientações para atividades letivas, a par dos sucessivos rastreios.

A oportunidade de reaprender o princípio

Enquanto pilar na produção de conhecimento também na área da saúde, a universidade não deve ficar apenas pelo lugar do meio, isto é, pela prevenção secundária da COVID-19 — reflexão já desenvolvida anteriormente. Rastrear, deixando emergir a doença nos assintomáticos, sem fazermos um trabalho de capacitação da comunidade académica para a saúde e prevenção da doença, poderá perverter as medidas de diagnóstico precoce, sob pena de estarmos a alienar a responsabilidade de cada um nas suas relações académicas e sociais.

Percebemos a academia como um meio privilegiado para fazermos educação para a saúde, num formato de educação por pares (através de líderes naturalmente posicionados). A educação pelos pares reconhece nos jovens competências e capacidades que lhes permitem resolver problemas junto de uma população que possui características semelhantes às suas, como sejam a idade, o género ou a cultura (Santos, 2009).

A educação pelos pares é uma estratégia que permite simultaneamente promover a aprendizagem e o desenvolvimento dos outros (grupos-alvo) e de si mesmos (educadores de pares) através da conceção, planeamento e desenvolvimento de ações pedagógicas (Brito, 2009). Promove assim um duplo empoderamento: tanto de quem ensina (educadores de pares), como de quem recebe o aconselhamento (os educandos).

Nesta linha, foi criado, durante a Pandemia, um projeto de educação para a saúde “Capacitar para Proteger”, que se gere pela metodologia de Aprendizagem em Serviço (ApS) e que integra o projeto — CAPS: Universidade Católica e Aprendizagem-Serviço: Inovação e Responsabilidade Social — que arrancou em janeiro de 2020. Numa primeira fase, pretendeu-se identificar junto de instituições parceiras da Escola de Enfermagem do ICS (Lisboa), em que os estudantes desenvolvem Ensinos Clínicos, necessidades de formação no âmbito de comportamentos preventivos da infeção, especificamente da COVID-19. Acompanhados e formados por professores, os estudantes foram, por sua vez, formadores de grupos de pares (outros estudantes), e desenvolveram programas de formação (via remota, por zoom), junto de grupos de profissionais das ditas instituições, na maioria Estruturas Residenciais para Idosos.

O projeto «Capacitar para Proteger», da Escola de Enfermagem de Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde, recebeu recentemente uma

menção honrosa no âmbito do Prémio UNISERVITATE *Award* — prémio que confirma práticas de ApS de qualidade levadas a cabo por Instituições de Ensino Superior Católicas e que reconhece experiências que contribuam para a solução de problemas socioambientais, identificados e abordados com as organizações e grupos da comunidade. Destaca-se também a formação integral proporcionada aos estudantes que desenvolveram competências académicas e humanas, de valor reconhecido pelos próprios.

A metodologia ApS integra-se em linhas de inovação pedagógica e de responsabilidade social que a UCP tem vindo a adotar. Em alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sublinha a intervenção na sociedade, seja através dos profissionais que forma ou do trabalho que desenvolve com múltiplos parceiros.

Conclusão

A disseminação da COVID-19 criou grande pressão no poder político e desafios à sociedade e aos Sistemas de Saúde. Foi necessário criar e articular respostas rápidas e atempadas para responder às ameaças e às incertezas que surgiram. Com base em orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), tiveram de ser tomadas medidas críticas e impositivas, implementadas e disseminadas através da informação por vários meios.

Sem pretender discutir as múltiplas razões da ineficácia dos serviços de saúde e das organizações nas respostas à pandemia, importou-nos sobretudo relacioná-la com a promoção da saúde e a desvalorização dos cuidados de saúde primários discutidos há décadas (desde a Declaração de Alma-Ata). O investimento em Cuidados de Saúde Primários (CSP) considera a prevenção da doença nos vários níveis e promove o acesso aos diferentes serviços de promoção de saúde e educação para a saúde, de prevenção e gestão da doença.

De acordo com o Relatório da Primavera (2021), a necessidade de responder à pandemia tornou mais visíveis as fragilidades, quer nos comportamentos individuais e coletivos, quer na qualidade e desempenho das instituições, bem como nos modelos de governação em uso. O mesmo Relatório refere que o SNS assegurou respostas adequadas aos doentes com COVID-19 e aos contactos de risco, mas não teve capacidade de respostas às pessoas sem COVID-19 que necessitaram de outros cuidados de saúde.

Também em meio académico, as lições da pandemia mostraram a importância de compreender o controlo da doença num sentido mais amplo — não apenas pela realização de rastreios que evidenciam a doença já “a meio” e quebram cadeias de transmissão, mas também pela promoção da saúde que inclui a compreensão da doença “no princípio”, ainda antes de acontecer, quando estão presentes os riscos de a contrair e se podem adotar comportamentos preventivos.

A resposta às recomendações da OMS no processo de desconfinamento subentende um Sistema de Saúde organizado, com capacidade de responder em articulação com os vários sectores da sociedade, de modo a satisfazer as necessidades das pessoas na prestação de cuidados assistenciais, com especial ênfase nas atividades de prevenção aos vários níveis.

O que aprendemos com esta “experiência”? Aprendemos com o que correu bem e com o que correu menos bem. Estamos no caminho de reparar as fragilidades identificadas? Será cedo para sabermos, mas uma certeza temos — há muito trabalho e novos desafios pela frente.

Referências bibliográficas

- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2008). *Epidemiologia básica*. OPS.
- Brito, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares — Intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o cidadão*, Jornal da secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, ano 7, n.º 19, pp. 6-9.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*.
- Dias, Cavaco. (2021). *Pandemia*. Almedina AS. Coimbra 2021.
- Jamoulle, M. (2015). Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35).
- Laverack, Glen (2008). *Promoção de Saúde — Poder e Empoderamento* — Lusodidata, Loures.
- Melo, Pedro (2016). *Enfermagem comunitária avançada: um modelo de empoderamento comunitário*. [Tese de doutoramento não publicada]. Universidade Católica Portuguesa.
- Melo, Pedro (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* — Lidel, Lisboa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021). 20 anos de Relatórios de Primavera. O percurso de aprendizagens.
- Santos, M. N. Pestana (2009). *Desenvolvimento de competências profissionais com a educação pelos pares — Estudo de caso*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Dr Abel Salazar- Universidade do Porto.

Declarações

Declaração de Alma-Ata (ex-URSS) (1978). Saúde Para Todos no Ano 2000. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários.

Carta de Ottawa (Canadá) (1986) – Promoção da Saúde nos Países Industrializados. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

Declaração de Adelaide (Austrália) (1988). Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis (2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde).

Declaração de Sundsvall (Suécia) (1991) – Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde. 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

Declaração de Jacarta (Indonésia) (1997). Promoção da Saúde no Século XXI. 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

Declaração do México (2000). Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade. 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

Carta de Bangucoque (Tailândia) (2005). Promoção da Saúde num Mundo Globalizado. 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

Legislação

Decreto-Lei n 81/2009, de 21 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 162.

Norma DGS n.º 015/2020, de 24 de junho. www.dgs.pt/norma-n-0152020-de-24072020.

Norma DGS n.º 019/2020, de 26 de outubro. DGS- COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2.

Resolução da Assembleia da República n.º 157/2021 de 27 de novembro. Diário da República, Série 1, n.º 230-A.