

POVOS
e CULTURAS

Lições da Pandemia

Aprender com uma
experiência limite

Coordenação

Américo Pereira

Fernando Ilharco



Lições da pandemia

Aprender com
uma experiência limite

Licença Este trabalho encontra-se publicado com a Licença Internacional Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0.



© Autores

© CEPCEP — Centro de Estudos dos Povos e Culturas
de Expressão Portuguesa

© Universidade Católica Editora

Título Lições da pandemia
Aprender com uma experiência limite

Coordenação Américo Pereira
Fernando Ilharco

Coleção Povos e Culturas, n.º 25

Capa Ana Luísa Bolsa | 4 ELEMENTOS

Conceção gráfica Sersilito-Empresa Gráfica, Lda.

Depósito Legal 512792/23

Data março 2023

Tiragem 500 exemplares

ISBN 9789725409268

DOI DOI: <https://doi.org/10.34632/978972540926813>

Universidade Católica Editora,
Sociedade Unipessoal, Lda.
Palma de Cima 1649-023 Lisboa
Tel. (351) 217 214 020
uceditora@ucp.pt | www.uceditora.ucp.pt

LIÇÕES DA PANDEMIA

Lições da pandemia : aprender com uma experiência limite / coord. de
Américo Pereira, Fernando Ilharco. - Lisboa : Universidade Católica
Editora, 2023. - 344 p. ; 23 cm. - (Povos e culturas ; 25).

- ISBN 9789725409268

I - PEREIRA, Américo, coord. II - ILHARCO, Fernando, coord. III - Col.
CDU 616.98

Lições da pandemia

Aprender com uma experiência limite

Coordenação
Américo Pereira
Fernando Ilharco

Índice

Introdução	9
AMÉRICO PEREIRA	

Parte I

Aprender com o Passado: o *status quo* e as lições das pandemias passadas

Negacionismo científico	33
ALEXANDRE CASTRO CALDAS	
Virologia: uma especialidade sobre entidades incertas e no limiar do vivo	40
RITA CARMO FERREIRA	
Epidemias e consequências na história de Portugal	59
HELENA DA SILVA	
Aprender com uma experiência limite: a erradicação da varíola	70
ANA RESENDE, ELISA GARCIA	
A ação das misericórdias portuguesas no combate à pandemia COVID-19: passado, presente e futuro	94
MANUEL LEMOS	
A importância de começar pelo princípio, sem deixar de revisitar o meio	102
AMÉLIA SIMÕES FIGUEIREDO, TERESA RASQUILHO VIDAL, CÂNDIDA FERRITO	
Será possível o mundo estar preparado?	115
DOM AMÉRICO AGUIAR	

Parte II

Agir no Presente: lições dos combates à COVID-19 — individual, nacional, global

A mobilização nacional para o combate à pandemia COVID-19	121
HENRIQUE GOUVEIA E MELO	
A mobilização nacional para o combate à pandemia COVID-19: o papel das instituições sociais	131
RITA VALADAS	
Pandemia COVID-19: ameaça ao conforto dos enfermeiros	136
PATRÍCIA PONTÍFICE DE SOUSA	
Intervenção das farmácias comunitárias no contexto da pandemia COVID-19: dispensa em proximidade de medicamentos de regime ambulatório hospitalar e serviço de testes rápidos de Antígeno (TRAg) de Uso Profissional	148
SÓNIA ROMANO, JOSÉ PEDRO GUERREIRO, HUMBERTO MARTINS, ZILDA MENDES, RUTE HORTA, EMA PAULINO	
A mobilização mundial para o combate à pandemia, o papel do voluntariado	163
EUGÉNIO FONSECA	

O papel das instituições económicas no combate à pandemia	174
JOÃO BORGES DE ASSUNÇÃO	

Algumas reflexões sobre a pandemia. Que aprendemos?	188
GERMANO DE SOUSA	

Parte III

Preparar o Futuro: lições prospetivas para um cuidado humano global — a pandemia do cuidado

A lição das lições	199
FERNANDO ILHARCO	

O papel dos media noticiosos na gestão de crises de saúde pública	222
CATARINA DUFF BURNAY, FELISBELA LOPES, CLARA ALMEIDA SANTOS, ANA TERESA PEIXINHO, RITA ARAÚJO, OLGA ESTRELA MAGALHÃES	

Vulnerabilidade humana, integridade da pessoa, ética e direito: a obrigatoriedade vacinal como questão	236
MARIA DA GLÓRIA F. P. D. GARCIA	

Cobardes e egoístas, heróis e santos	254
JOÃO CORTEZ DE LOBÃO	

Como pensar uma nova atividade em saúde centrada na prevenção e em que medida tal recentração pode permitir a prevenção e tratamento de novas pandemias	261
NUNO RIBEIRO FERREIRA	

Tarefas específicas da enfermagem na prevenção e tratamento de possíveis futuras pandemias	272
SÉRGIO DEODATO	

Aproveitar a crise para (re)pensar o futuro: o papel dos hospitais privados	280
ÓSCAR GASPAR	

Consequências psicológicas da pandemia COVID-19 sobre as pessoas em internamento hospitalar. Lições a retirar. Que estratégias futuras?	295
FERNANDO SAMPAIO	

A pandemia por COVID-19: um desafio também para o Poder Local	303
LUÍSA SALGUEIRO	

Futuro: prospetivas para uma escola do cuidado humano integral	308
RODRIGO QUEIROZ E MELO	

Tarefas do mundo empresarial em geral no auxílio à prevenção e gestão de possíveis futuras pandemias	327
JOÃO PEDRO TAVARES	

A antecipação do infinito	332
PEDRO ABRUNHOSA	

Future: prospects for the tasks of a global human care — the care pandemic	338
ANTÓNIO DE ALMEIDA	

Agradecimentos

O CEPCEP — Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa da Universidade Católica Portuguesa agradece reconhecidamente às duas entidades que se dignaram patrocinar esta obra: Laboratórios Germano de Sousa e Associação Nacional das Farmácias. Agradecemos também calorosamente quer aos autores desta obra, pela sua disponibilidade, pelo tempo dedicado a esta reflexão e pela qualidade dos textos elaborados, quer aos muitos profissionais que em diversas organizações contribuíram decisivamente para a concretização deste projeto. A todos, um sentido muito obrigado.

FERNANDO ILHARCO
Presidente do CEPCEP
Universidade Católica Portuguesa

Introdução

AMÉRICO PEREIRA

Professor da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa

O fenómeno «pandemia» não era algo inédito quando isso que agora se conhece como «pandemia COVID-19¹» se desencadeou. Grandes pandemias tinham já ocorrido, algumas de vetusta memória, outras mais próximas em termos cronológicos. Uma pandemia não só era e é algo de possível, mas tal possibilidade já se houvera concretizado, com consequências devastadoras de cada vez que tal concretização ocorreu. Honestamente, então, ninguém poderia dizer que algo como uma pandemia era ‘impensável’. As possibilidades só fazem parte do horizonte noético humano precisamente porque, de algum modo são pensáveis e, como tais, pensadas. Então, não é a impensabilidade da pandemia que está em causa, mas a qualidade de quem deve pensar tais possibilidades e não o faz.

Esta imponderação do ponderável, cuja frequente chamada à presença do espírito é necessária, dada a grandeza negativa das consequências da ausência de ponderação, de prudência, parece ser apanágio comum das várias chefias políticas hodiernas, exatamente as mesmas que são postas em lugar de poder e nele sustentadas para que cuidem do bem das sociedades que as nutrem. Mesmo perante a evidência da grande complexidade dos movimentos que erguem as sociedades, tendo em conta que nem tudo tem a mesma importância, sobretudo as questões de ordem existencial, pode questionar-se em que é que os vários responsáveis gastam o seu tempo e as suas energias.

Sem constante ponderação e prudência, existe-se reativamente perante tais movimentos, cujas grandes linhas de desenvolvimento, qual Mestre num navio, as chefias políticas deveriam procurar apreender, a fim de evitar ter de apenas reagir, podendo agir preventivamente. Ora, a saúde é um dos âmbitos em que é possível, dentro de certos limites,

¹ A nomenclatura foi uniformizada em toda a obra tendo como referência a designação utilizada pela Direção-Geral da Saúde: COVID-19 (portal informativo da Direção Geral de Saúde — ePortugal.gov.pt).

ponderar prudentemente, agir preventivamente; agir, em vez de apenas reagir.

Em pleno surgimento da presente pandemia, percebeu-se claramente o nível geral de impreparação, mesmo havendo a obrigação de se saber dos riscos de uma pandemia, sempre possível, com graus de probabilidade variáveis, provavelmente inevitável quando em movimento, mas cujas repercussões imediatas e mediatas podem ser atenuadas se houver uma preparação estratégica geral. Geral, pois não se adivinha exatamente o que pode surgir. Todavia, se houver uma aposta estratégica geral — universal era preferível — em estruturas de todos os tipos, então, sem ‘bola de cristal’, não será possível reagir melhor, porque previamente se agiu prudentemente? Quanto aos custos, e se for possível e recomendável fazer o balanço do que se gastou a corrigir o que nunca deveria ter existido, será que se chegará à conclusão de que a inação preventiva é ‘mais barata’? E os custos humanos, a todos os níveis e de todos os modos? Quanto vale em Euros uma vida humana ignaramente perdida por falta de ponderação?

Se há uma grande lição, inicial, todavia fundamental, a retirar do que já se viveu e reflectiu acerca da presente pandemia COVID-19, é que os seres humanos, sobretudo aqueles em quem tradicionalmente se confia o governo dos povos, não aprendem ou dificilmente aprendem lições, hauríveis no que se dispõe em termos de memória, monumentalidade e escrita, relativas à realidade passada, em si mesma aniquilada pelo inexorável movimento que cria o mundo, mas de que não se pode honestamente afirmar que nada restou. Restaram as aludidas memória, monumentalidade e historiografia.

Ora, a pandemia que serve de objeto de estudo aos capítulos que se seguem não é a primeira a ocorrer em tempos de humanidade, nem sequer é a primeira a ocorrer no último cento de anos, tendo deixado cada uma delas várias lições, ao que parece perdidas, salvo para alguns eruditos. A presente obra, sem ilusão de exaustividade ou posse única de verdades, num espírito académico e epistemológico, mas também cultural, de multi-disciplinaridade, é um subsídio para a ponderação sobre este pesadíssimo fenómeno sanitário que se abateu sobre a global humanidade, procurando retirar algumas das muitas lições hauríveis, sabendo que toda a ciência é dialeticamente precária, passo que pode ser certo, mas que é provisório, todavia, degrau necessário para que outros mais altos ou mais profundos possam acontecer. Agradece-se penhoradamente a todos os autores que contribuíram para esta obra

com o seu saber e a sua sensibilidade. A obra é deles e também de todos os que se ocupam com pensar o presente para, eventualmente, preparar o futuro. É o fruto do generoso labor autoral que se passa a apresentar introdutoriamente.

Na primeira parte da presente obra, que se intitula «Aprender com o passado: o *status quo* e as lições das pandemias passadas», Alexandre Castro Caldas, que reflete acerca de «Negacionismo científico», começa por referir que «o negacionismo científico caracteriza-se por pôr em dúvida os dados científicos disponibilizados ao público sobre a forma como a doença se comporta e os riscos que ela acarreta», passando, de seguida a evidenciar o que se entende por «ciência», noção sem a qual não é possível assentar em qualquer afirmação epistemológica. Explora os limites da ciência, que são quer a sua fragilidade quer a sua real grandeza como instrumento de inteligibilidade do real. Tal é mostrado de forma exemplar, antes de se concluir: «Parece-nos possível concluir que o negacionismo não estará exatamente ligado à questão da ciência ela própria, mas sim à forma como a ciência pode ser utilizada para justificação de tomada de decisão pelos que detêm o poder. A Ciência não representa a verdade absoluta porque se desdiz com o seu desenvolvimento, e não estará em causa, mas o seu uso é que pode ser manipulado com intenções, o que sustenta a teoria da conspiração. As questões importantes relativas à saúde e a outros problemas relacionados com o futuro do planeta têm de ser claramente separadas das convicções políticas [...]», acrescentamos, sob pena de se perverter e talvez mesmo destruir um dos melhores instrumentos de possibilidade de existência que a humanidade possui.

Em «Virologia: uma especialidade sobre entidades incertas e no limiar do vivo», Rita Carmo Ferreira procura mostrar o que é um vírus, realidades «sem metabolismo ou estrutura celular», «completamente dependentes das células hospedeiras para se conseguirem reproduzir». Parasitas, tipicamente, parasitas muito bem sucedidos. Explica detalhadamente o que são os «vírus influenza», bem como isso que se lhes pode naturalmente opor, «o sistema de defesa do corpo contra infeções». Pode, então, melhor compreender-se o significado real de «a mais recente pandemia de COVID-19», apresentada em pormenor. Surgem as lições: «o que já sabemos e devemos integrar» mostra que já há um grande acervo de conhecimento, integrável e a integrar; esta integração permite perspetivar o devir «com algum humor e esperança no futuro». Sublinha-se o termo «esperança».

Helena da Silva escreve acerca de «Epidemias e consequências na história de Portugal», abordando «brevemente as principais ou grandes epidemias (nalguns casos pandemias) que marcaram Portugal», delineando «algumas das suas consequências», lembrando que «muitas outras doenças afetaram Portugal, algumas com consequências a longo prazo pois tornaram-se endémicas, isto é, recorrentes no território, como a lepra, a malária ou a tuberculose 2». Trata com especial enfoque a «Peste Negra» ou «Peste Bubónica», a «Cólera», a «Gripe de 1918-1919». Termina com pertinente alerta: «Apesar de há vários anos a OMS alertar para que uma nova pandemia estava iminente, esta causou surpresa, medo e pânico. Se para alguns esta foi a COVID-19, para outros a grande pandemia ainda está para vir». É conveniente saber ouvir a voz que resulta de um prudente trabalho epistemológico.

Em «Aprender com uma experiência limite: a erradicação da varíola», Ana Resende e Elisa Garcia refletem acerca do «conhecimento científico que foi sendo adquirido ao longo dos períodos de crise sanitária graves», e mostram como «a humanidade foi aprendendo estas experiências limite e, de um modo muito particular, com o sucesso da erradicação da varíola». Iniciam o estudo com uma pormenorizada «contextualização do conhecimento adquirido com as epidemias/pandemias», a que se segue a ponderação «pandemia da Varíola VS pandemia da COVID-19», em que se exploram os passos dados quer no combate longuíssimo contra a Varíola quer no combate rapidíssimo contra a presente pandemia, ambos em seus modos próprios vitoriosos. O estudo permitiu profundas lições, de que se destaca: «Tendo em conta a possibilidade de o Homem voltar a ser infetado por novos microrganismos nocivos à saúde ao longo dos próximos anos e décadas, importa [...] deixar a nota de que é essencial refletir-se em conjunto sobre a prevenção primária da doença nos cuidados de saúde, como um importante desafio para a humanidade». Claríssimo. Realizável?

Manuel Lemos retira lições importantes sobre o movimento humano de solidariedade em «A ação das misericórdias portuguesas no combate à pandemia COVID-19: passado, presente e futuro». Subtilmente, começa por mostrar a dificuldade dos tempos pandémicos: «[...] um registo de quase sobrevivência, mas também de incrível imaginação, preciosa aprendizagem e solidadriedade infinita [...]». Grandeza na resposta que superou a grandeza do transe. Lição incontornável. Com uma história de «mais de 500 anos», as «Misericórdias procuram dar resposta às necessidades da população», assim, durante as fases mais agudas da

presente pandemia, com o país e mundo em plena tragédia diária, «a tragédia teria sido infinitamente maior se não fossem as Misericórdias e os seus Provedores e profissionais no terreno com a sua alma lusa, abnegada, solidária, com imaginação tecnicista e uma solidariedade imensa e que fez deles, na história desta pandemia, os heróis dos que mais precisavam». Labor solidário, que factualmente demonstrou que «‘orgulhosamente só’ não ajuda a sobreviver numa pandemia».

Em «A importância de começar pelo princípio, sem deixar de visitar o meio», Amélia Simões Figueiredo, Teresa Vidal e Cândida Ferrito refletem profundamente acerca de «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». Precisamente o que não existe é um sistema real de cuidados integrados de saúde, isto é, de cuidado *com a saúde*, vivendo-se, ainda e sempre, no oximoro de sistemas ditos ‘de saúde’ que se limitam a administrar as doenças já em ato. O sentido da prevenção da doença é fundamental; fundamentalmente falha. As autoras começam por expor isso em que consiste «a promoção da saúde — o princípio», apoiando-se em documentação de transcendente importância para o bem sanitário da humanidade. Segue-se um estudo acerca de «a prevenção — detetar a meio sem esquecer o princípio», mostrando o que se entende por «a prevenção primordial, a primária, a secundária, a terciária e a quaternária»; assim sustentadas, passam à elucidação da «prevenção da COVID-19 — uma experiência na Academia», em que se relata circunstanciadamente a ação da equipa da UCP-Lisboa do Programa de Testagem CVP—Ensino Superior. Em «a oportunidade de reaprender o princípio», percebe-se a Academia como lugar passível de operar um «duplo empoderamento: tanto de quem ensina (educadores de pares), como de quem recebe o aconselhamento (os educandos)». Como final de conclusão, escrevem as autoras: «O que aprendemos com esta “experiência”? Aprendemos com o que correu bem e 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».

D. Américo Aguiar, em «Será possível o mundo estar preparado?», começa por evocar imagens de todos conhecidas e que, por um lado, implicam reflexão acerca do que é ficcional e real, dadas as circunstâncias extremas em que se tem vivido, dignas da mais estranha imaginação. Evoca também, outrossim, a imagem real do Papa Francisco,

sozinho da Praça de São Pedro, «Completamente vazia, mas cheia. Apenas um homem vestido de branco, lento na sua dificuldade de caminhar, rampa acima. Curvado, carrega o peso da humanidade que teima em transportar, toda a humanidade, rumo a um antiquíssimo crucifixo da cidade de Roma, que é testemunha de vários séculos de aflições, súplicas e gritos». Com realismo, interroga-se: «A pandemia lançou um *slogan*: “vai ficar tudo bem”. Ficarà tudo bem? Ficou mesmo?». Deixa, ainda, a nota de prudência: «Pensar o futuro sem muito do que nos habituámos a possuir, a ter como adquirido, é possível. Mas pensar o futuro sem verdade é um caminho sem saída».

No que diz respeito à segunda parte da obra, «Agir no Presente: lições dos combates à COVID-19 — individual, nacional, global», em «A mobilização nacional para o combate à pandemia COVID-19», Henrique Gouveia e Melo, em «registo de primeira pessoa», compartilha «a experiência vivida na Coordenação da *Task Force* contra a COVID-19 em Portugal». Tendo encontrado uma «situação pandémica» do país «dramática», procedeu com disciplina, ordem e racionalidade militar à rápida e eficiente construção de um dispositivo de resposta capaz do cumprimento da tarefa atribuída. Nas palavras do Almirante: «Em menos de 24 horas adaptámos as instalações cedidas em Oeiras, criando uma sala de situação, na qual se instalou uma infraestrutura de rede informática com ligação a servidores. Seria o nosso espaço nos 8 meses seguintes, onde nos concentrámos neste “combate”, sem distrações, focados na missão». De facto, e sem metáfora despropositada, tratava-se (e trata-se, ainda) de «claramente» um «cenário de guerra perante um inimigo invisível e altamente letal (o vírus) e sem munições (vacinas)». Neste cenário dramático, inédito em sua magnitude e qualidade, «o meu “núcleo duro” e a Força de Reação Imediata — FRI — [...], 37 militares (homens e mulheres) e uma funcionária civil», encetaram a tarefa de vacinar depressa e bem milhões de seres humanos. Gouveia e Melo expõe os pontos que considera fundamentais: Organização, interna e externa; comunicação, enquanto elemento envolvente, como promotora do processo de vacinação, com os Órgãos de Comunicação Social; liderança, segundo o modo «OODALOO» — Observar, Orientar, Decidir, Agir. Este modo, modelo de ação, permitiu o sucesso histórico conhecido e reconhecido. Manifestando sentido de coragem («Não há que temer tomar decisões inovadoras»), e um profundo agradecimento quer à equipa que o secundou quer ao próprio povo servido, encerra o capítulo: «Sinto um enorme orgulho dos portugueses. Juntos conseguimos. Parabéns a todos».

No capítulo dedicado ao tema «A mobilização nacional para o combate à pandemia COVID-19: o papel das instituições sociais», Rita Valadas inicia de forma clara o seu texto brevemente elencando a situação inicial: «A pandemia COVID-19 atacou-nos de forma despreparada, inesperada e avassaladora». Mudanças radicais tiveram de ser postas em prática. De tais mudanças e ações que desencadearam resultaram «angústias» e «lições». Como sempre que se aprende algo, estas andam imbricadas. Imbricação que é a marca social e humana de quem presta serviço nas Instituições aqui em causa. Ora, «Num primeiro momento a COVID-19 atingiu especialmente os mais dependentes, que precisavam de uma atenção permanente de cuidadores, quer estivessem isolados no seu domicílio, quer estivessem em respostas residenciais». Todavia, cumprindo-se, o vírus ataca universalmente, pelo que «Atingiu também os cuidadores, formais e informais». Por outro lado, «pareceu proteger os mais novos», aparentemente menos frágeis. O que se originou «Foi o pânico das respostas residenciais para idosos, dos profissionais que não podiam deixar de trabalhar, das suas famílias», a que se somou a «escassez de EPI (Equipamentos de Proteção Individual)». No entanto, tais instituições não existem para o pânico, mas para o serviço dos que delas impreterivelmente necessitam, pelo que «Na emergência da situação havia que garantir os cuidados e o bem-estar dos mais isolados, dos mais doentes, e dos mais frágeis. Todos com vidas suspensas, mas necessidades permanentes». Assim, «Com avanços e recuos fomos somando estratégias, recursos, soluções e procurando acudir num espírito de emergência sem fim à vista [...]». A crise económica, as reais distopias da escassez de recursos para alguns, a consequente dificuldade em obter ajuda paga, tudo se precipitou para criar uma situação em que a esperança se manifestava difícil, salvo a posta no bem fazer e agir daqueles cuja missão é, precisamente, ajudar, apenas para ajudar quem necessita. Com uma estratégia de «chegar perto à distância», montou-se um modo de intervenção eficaz que ajudou a minorar as dificuldades cumulativas geradas pela pandemia. Em continuidade possível para o futuro fica a lição: «[...] que o envolvimento dos agentes sociais fosse continuamente mantido na leitura da realidade social de proximidade, na avaliação da política social e no concurso para novas medidas e recursos». Todavia, quão perto da dramática realidade de cada dia está o poder político?

Patrícia Pontífice, em «Pandemia COVID-19: ameaça ao conforto dos enfermeiros», começa por lembrar que a presente pandemia gerou «uma crise fortíssima e imprevisível [...] a nível da saúde, pondo em

perigo as pessoas, arrastando e provocando consequências gravosas e exigindo um elevado esforço dos sistemas de saúde». Para a Enfermagem, «Cuidar, como intervenção terapêutica, é um processo que traz benefícios à díada enfermeiro e pessoa cuidada, e conduz ao desenvolvimento de ambos. É, pois, a forma de concretizar o cuidado que o distingue: *uma forma de ser, de relação e ação*». Para lá da «dedicação», é essencial ao pessoal de Enfermagem: «o conhecimento, a honestidade, a paciência, a alternância de ritmos, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem». No concreto da pandemia: «Envolvidos no combate à pandemia COVID-19, os enfermeiros constituem um grupo de profissionais em que os riscos psicossociais se tornam cada vez mais evidentes devido à exposição a uma situação limite e prolongada», sendo, assim, «uma profissão vulnerável ao *burnout* (síndrome de esgotamento profissional)». Patrícia Pontífice expõe, detalhada e claramente, o que se entende por *burnout*, baseando-se em estudos científicos, em que, por exemplo, se pode verificar que «Comparativamente a estudos anteriores à pandemia COVID-19 houve um aumento da exaustão emocional e da despersonalização em Portugal e uma diminuição na realização pessoal». Terminando com uma parte dedicada a «Os ensinamentos da pandemia COVID-19: cuidar de quem cuida», elencam-se os cuidados mais importantes a ter/implementar sistematicamente, a fim de moderar os riscos de *burnout*, impassíveis de eliminação neste tipo de profissão humanamente dedicada e cujo objeto e instrumento são ambos seres humanos. Trata-se de uma «[...] *prevenção quinquenária*), com vista à capacitação emocional, através de intervenções eficazes de gestão do *stress*, para uma maior qualidade de vida e de trabalho dos profissionais de saúde, na perspetiva dos cuidados prestados». O bem integral dos profissionais de saúde não se esgota neles próprios, mas é meio para o serviço do bem daqueles de quem cuidam: «Nesta lógica de ação, melhorando as condições dos profissionais, será possível gerar um clima emocional positivo que beneficie a conquista do estado de saúde do enfermeiro, capaz de encadear, num todo eficaz, um agir justo e digno, ético e responsável, promotor do melhor interesse e maior bem: o estado de saúde da pessoa cuidada».

No capítulo cujo tema é «Intervenção das farmácias comunitárias no contexto da pandemia COVID-19: dispensa em proximidade de medicamentos de regime ambulatorio hospitalar e serviço de testes rápidos de Antigénio (TRAg) de Uso Profissional», Sónia Romano, José Pedro Guerreiro, Humberto Martins, Zilda Mendes, Rute Horta, Ema Paulino,

refletem, «com especial relevo», acerca de «duas intervenções farmacêuticas desenvolvidas no contexto do combate à pandemia COVID-19: a dispensa em proximidade de medicamentos de regime ambulatorio hospitalar, e o serviço de testes rápidos de Antígeno (TRAg) de uso profissional», mostrando o bem conseguido para as populações assim especialmente servidas. Começando com um breve «Enquadramento», faz-se a descrição da «Dispensa em proximidade de medicamentos de regime ambulatorio hospitalar em Farmácias Comunitárias durante a pandemia COVID-19», detalhando a «Operação Luz Verde», que decorreu sem «reportes ou evidências de quaisquer problemas novos de segurança ou de rastreabilidade dos medicamentos hospitalares dispensados [...]», a que se segue um «Estudo de avaliação da Operação Luz Verde». Passa o capítulo a estudar a «Implementação e desempenho do serviço de TRAg de Uso Profissional para o diagnóstico do SARS-CoV-2 nas Farmácias Comunitárias», seguindo-se o «Envolvimento das Farmácias Comunitárias na prestação do serviço TRAg de Uso Profissional», a que acresce a «Caracterização do serviço de TRAg na Farmácia», como corolário de investigação, surge uma pesquisa acerca da «Perspetiva da população portuguesa sobre o valor da TRAg de Uso Profissional na Farmácia Comunitária», em que se mostra que é manifestado objetivamente um «elevado índice de confiança e satisfação da população no que diz respeito à farmácia comunitária». Da «Conclusão», destaca-se que «Os resultados do estudo da OLV confirmam o potencial de ganhos com a dispensa de proximidade de medicamentos que atualmente apenas são disponibilizados em hospitais. São identificadas vantagens relevantes para o cidadão a nível da comodidade, satisfação e resultados em saúde, gerando ainda poupanças para o cidadão e para a sociedade».

Eugénio da Fonseca, no capítulo intitulado «A mobilização mundial para o combate à pandemia, o papel do voluntariado», começa por apresentar «três aspetos» relevantes do voluntariado, forma concreta de «exercer a cidadania», «estilo diferente de trabalhar», «dimensão espiritual». Em «A Pandemia COVID-19 no contexto português», manifesta a sua posição relativamente às condições de ordem vária que marcaram a presença do vírus na sociedade portuguesa, salientando a diferença fundamental entre «voluntariado» e «voluntarismo», ambos em ação durante a doença em causa. Todavia, é acerca de «O contributo do voluntariado no combate à pandemia» que a reflexão mais se adensa, ponderando sobre o facto de a pandemia ter suscitado «muita criatividade, reorganização, esforço redobrado e também alguns equívocos».

Ora, se se pode e deve aprender com o que está e com o que já esteve, todavia, é para o futuro que as lições são verdadeiramente importantes, pelo que surge uma nova reflexão relativa ao «Voluntariado em saúde no pós COVID-19», em que se conclui que «A pandemia provocou impactos negativos, mas também positivos, que podem transformar-se num contributo efetivo, através do efeito de coesão que as ações de voluntariado podem conferir às sociedades. As exigências do tempo presente necessitam de respostas e de uma reflexão profunda em diversas áreas de maior vulnerabilidade. Os fatores chave são: o tempo, os valores, o bem comum, o humanismo e o enriquecimento da cidadania».

Em «O papel das instituições económicas no combate à pandemia», João Borges de Assunção, começando por tecer considerações definitórias acerca da COVID-19, pondera sobre «Pandemia e políticas públicas», iniciando a sua reflexão com a questão dilemática: «Tratar da saúde ou da economia?». Constata que «A generalidade dos países tentou preservar o emprego e a capacidade produtiva da economia através de subsídios diretos a empresas, instituições e famílias ou mecanismos de financiamento em condições especiais mais favoráveis». No geral, «os governos foram obrigados a adotar os dois tipos de medidas: sanitárias e económicas. Num certo sentido quanto mais onerosas para a economia forem as medidas sanitárias, tanto maiores teriam de ser as medidas económicas». De facto, constata-se que «A principal consequência económica das políticas sanitárias, em particular as políticas de confinamento, foi uma acentuada redução da atividade económica», tendo, no entanto e em boa hora, sido «tomado um conjunto de medidas que permitiram mitigar» tais consequências económicas, como o autor passa a explicitar, com detalhe e atenção crítica, tocando ainda os pontos «A possibilidade de uma estratégia global», «Dinâmicas institucionais», «As políticas públicas de combate à pandemia», «O mercado de trabalho e os funcionamento das empresas», «Heterogeneidade setorial e equidade», «Mobilização nacional: coesão e dissensão», concluindo com «Legado de um período excecional», de que se salienta a reflexão existencial: «Também se aprendeu que as sociedades sobrevivem, mesmo quando se introduzem alterações muito significativas e extraordinárias no seu modo de funcionamento», talvez a lição fundamental, que é antiga, todavia repetidamente esquecida, a aprender relativa a um presente que, na periclitância do movimento que constitui o mundo, sempre novo, é o absoluto de realidade que somos e de que é possível, assim se queira, retirar a possibilidade de poder continuar a ser. Assim se queira.

Germano de Sousa, no capítulo «Algumas reflexões sobre a pandemia. Que aprendemos?», começa por pôr a dúvida que deve assombrar, sobretudo, quem deve governar — conduzir bem a bom porto — os povos: «Se de novo e em breve, ou não tão breve como isso, um vírus desconhecido, vindo dos confins da África ou da Ásia, se espalhar pelo mundo, causando doença grave e morte, que faremos?». Esta questão deveria ser afixada à entrada de todos os palácios de todos os governos do mundo. Dada a incapacidade sucessivamente demonstrada de se aprender com epidemias e pandemias passadas, faz todo o sentido, mesmo em termos epistemológicos, interrogar «sobre se o que aprendemos com esta pandemia nos permitirá estar preparados para situações idênticas no futuro». Como parte desta possível preparação interessa, assim, a reflexão crítica que o autor realiza, ponderando sobre os temas: «A imunidade de grupo», «As vacinas», «Ciência, comunicação e desinformação», «Colaboração público privado e social», «O rasto do COVID-19», culminando numa conclusão que assinala alguns marcos miliares já atingidos, de que se destaca: «Se tudo correr bem como esperamos e ansiamos em breve, e caso não surja uma variante altamente mortífera, viveremos e conviveremos com este vírus como o fazemos com os outros *Coronavírus* que desde os anos 60 do século passado abundam entre nós provocando constipações mais ou menos fortes». Tal, não deixando de ser bom para a humanidade, nem por isso deixa de ser uma vitória biológica e evolutiva do vírus, que, assim, se instala e permanece.

No que diz respeito à terceira parte da presente obra, «Preparar o Futuro: lições prospetivas para um cuidado humano global — a pandemia do cuidado», Fernando Ilharco, em «A lição das lições», pondo o ênfase no nível teórico, afirma: «Se pensar muda o mundo [...], não pensar também muda, e pensar mal, muda de igual modo. Pensar bem, por isso, para mudar melhor, é o desafio que se coloca no dia-a-dia profissional e pessoal de cada um: retirar lições do que correu bem e do que correu mal, para compreender, aprender e no futuro fazer melhor». O estudo desenvolve, de seguida, pormenorizadamente, os vários fatores de que depende «pensar bem», que se elencam: «O *feedback* e a experiência», «A confiança e o desempenho», «As duas mentalidades», «O beco sem saída», «A caixa preta», «Os inimigos da alta performance», terminando com «Quem pode fazer a diferença», em que se reflete acerca de quem e como se pode contribuir para um modo melhor de se pensar e, assim, de efetivar as ações necessárias para que algo como uma pandemia ou outra qualquer magna questão concreta possa receber a resposta

adequada. A lição fundamental recebe uma formulação negativa, como negativa é a sua necessária consequência: «Não aprender é mais fácil, mas mais caro», sendo que «Aprender, no entanto, pode ser difícil. Ninguém aprende por nós. É necessária predisposição para ser contrariado, para ser surpreendido, para descobrir que se está errado», pois, «Sem a humildade e a capacidade de aceitar que não é como pensávamos, que não está bem como sempre fizemos, que é diferente e complexo, que o mundo mudou, é difícil aprender».

No capítulo intitulado «O papel dos *media* noticiosos na gestão de crises de saúde pública», Catarina Duff Burnay, Felisbela Lopes, Clara Almeida Santos, Ana Teresa Peixinho, Rita Araújo e Olga Estrela Martins, refletem aprofundadamente sobre pontos relevantíssimos da relação entre *media* noticiosos e a gestão de crises de saúde pública, mostrando «A importância social do *media* noticiosos no campo da saúde», em tarefa ancilar de «promover a saúde e prevenir a doença», pois «Os *media* noticiosos são uma fonte importante de informação de saúde para o público em geral, especialmente em tempos de crise». Esta afirmação é amplamente justificada no estudo subsequente. Por outro lado, há um momento em que «[...] o jornalismo orienta comportamentos», como acontece no caso da COVID-19, ponto em que se mostra como tal ocorre. Do estudo realizado, decorrem «Lições de uma pandemia para uma comunicação/jornalismo da saúde com mais qualidade», em que sobrelevam as seguintes atividades: «Comunicação estratégica» e «Jornalismo». Conclui-se que «No meio de tantas adversidades e desafios, o jornalismo acabou por se legitimar e sair reforçado em tempo de pandemia», pois, se «Ao jornalismo muito é solicitado num momento em que os próprios jornalistas são parte interessada enquanto cidadãos também sujeitos a todos os efeitos da pandemia», a sua ação passa necessariamente por ser «chamados a criar recursos de combate à desinformação, fazer recomendações a comunidades afetadas, melhorar canais de comunicação com as fontes, ajudar os profissionais de saúde a vê-los como aliados, orientar comportamentos [...], e, ao mesmo tempo, reportar com factualidade, como é próprio do jornalismo». Sublinha-se *como é próprio do jornalismo*.

Em termos de reflexão fundamental no âmbito do Direito, no capítulo dedicado a pensar «Vulnerabilidade humana, integridade da pessoa, ética e direito: a obrigatoriedade vacinal como questão», Maria da Glória Garcia tece uma rigorosa reflexão em torno dos seguintes pontos: «Vulnerabilidade como condição humana e ética do cuidado», «Vulnerabilidade

humana e investigação científica», «Conhecimento científico, integridade da pessoa e consentimento informado», «Integridade pessoal, autonomia da vontade e discursos de direitos: em especial direitos humanos e direitos fundamentais», «Dignidade humana, património comum da humanidade e a exigente renovação do discurso ético e jurídico», «Discurso jurídico-constitucional, direitos circulares, renovação do discurso político», terminando com o ponto «Recusa injustificada da vacina contra o vírus da COVID-19». O capítulo encerra-se com a pergunta radical, em termos éticos, políticos e de Direito, de cuja resposta muito do que é o resultado dos esforços denodados dos combatentes sanitários em situações epidémicas ou pandémicas depende: «Encontrando o *consentimento informado*, legalmente previsto, justificação na defesa da dignidade e fragilidade humanas perante poderes potencialmente lesivos, pode considerar-se juridicamente fundado o comportamento de quem, suficientemente informado e sem razão justificativa, recusar tomar uma vacina devidamente testada contra um vírus que, através do ar, contagia pessoa a pessoa, e pode provocar a morte?».

João Cortez de Lobão distingue nitidamente entre «Cobardes e egoístas, heróis e santos», afirmando, de início, que «Descobrimo-nos verdadeiramente globais. E apesar disso, nessa globalidade, demos por nós sozinhos, impotentes». Medo, superação, egoísmo, descoberta de um sentido de família mais profundo e vasto, redescoberta de «a importância do nosso mais próximo, do nosso vizinho». Do comum onfalocentrismo a «uma globalização bem feita» (ou quase), a das vacinas, o autor aponta para que «Redescobrimos a importância de ser família», «Aprendemos que é difícil estarmos juntos no mesmo espaço a cumprir cada um a sua obrigação», para que «A doença da solidão atingiu os mais frágeis da sociedade», para que os «Meios telemáticos ajudam, mas não são soluções para o ensino», para que «Humanizar é tão importante como os cuidados de saúde», para que «Nas empresas nem sempre é necessário haver reuniões presenciais», sendo que as «Empresas aprenderam a ser mais próximas dos seus colaboradores» e que as «Grandes empresas também têm afinal grande capacidade de se reinventar», o que implica que «Não foram só os profissionais de saúde que foram os grandes heróis. A agricultura também foi o exemplo discreto», permitindo perceber, assim, integradamente, que «A economia preocupa-se com o bem comum», magníficos exemplos que permitem afirmar: «Esperava-se melhor das autoridades». No final, o autor nota que «Ainda que inicialmente todos compreendêssemos que as autoridades se depararam

com enormes incógnitas e com a necessidade de tomar com urgência decisões difíceis e corajosas, e por isso mesmo houve enorme adesão às medidas propostas, foi surpreendente o autoritarismo e a arbitrariedade com que se prolongaram e intensificaram as mesmas, atropelando liberdades básicas com grande ligeireza, tratando o povo como se fosse incapaz de responsabilidade»; em termos políticos, «Descobrimos também com tristeza que, apesar de toda a nossa informação e facilidade no seu acesso, a instauração e manipulação do medo é ainda um grande instrumento político». A conclusão final é radical: «somos cobardes e egoístas, mas também somos heróis e santos». De notar que nada impede que cobardes e egoístas se convertam em heróis e santos; ou reciprocamente.

No capítulo intitulado «Como pensar uma nova atividade em saúde centrada na prevenção e em que medida tal recentração pode permitir a prevenção e tratamento de novas pandemias», Nuno Ribeiro Ferreira estuda o que se considera ser o ‘normal’ em saúde, repensando tal estatuto de normalidade, apontando para um novo horizonte sanitário, com uma nova normalidade, assim abrindo um debate cada vez mais necessário sobre a finalidade da prestação de cuidados de saúde: combater a doença já instalada ou manter a saúde e prevenir a doença? Na «Introdução», refere: «O anormal está em nós, em muito do que se fez, e em muitíssimo mais naquilo que ainda ficou por fazer. Queremos regressar ao normal ou antes reconfigurar a nossa forma de habitar a casa comum que é o nosso planeta, a nossa forma de ser enquanto humanidade e a nossa forma de tornar a medicina verdadeiramente um cuidar do bem da humanidade?». A reflexão espraia-se pelos seguintes pontos: «A prevenção é um imediato perante a incerteza», percebendo que é preferível prevenir do que reagir, o que implica que se aposte, de novo, num sentido de «virtude». «A virtude da prudência contra o medo», medo que é poderosa base para todas as formas de irracionalidade (de que se destaca na presente pandemia, o negacionismo), por sua vez, pretextos e meios ao serviço de oligarquias e tiranias várias, potenciais e reais. Como conclusão, o autor oferece: «A medicina preventiva como horizonte de finalidade», em que se pode encontrar a afirmação: «[...] é ao serviço da humanidade que a medicina consagra a sua ação [...]» pelo que «[...] o ato médico deveria fundamentar-se na maximização da potencialidade do ser humano, isto é, a medicina deveria ser capaz de preservar a saúde humana, saúde essa que, mais do que a ausência de doença, é condição essencial para a expressão total do potencial humano. [...] Se a medicina se cingir à reação perante a doença (ou a respostas imediatas a pandemias), tal

significa a submissão humana à situação de doença, aqui tomada como inevitabilidade, catástrofe ou infortúnio, situação essa limitadora do dito potencial». Termina-se o capítulo com: «Contra o medo, apelamos à sabedoria prática que encontramos no absoluto do encontro particular de resposta a um apelo por parte de quem precisa». Este apelo e esta resposta não são apenas do âmbito dos atos em saúde, mas constituem isso por que há necessidade de haver sociedade, momento e ato da entrea-juda, próprio de e para pessoas não para lobos com figura humana.

Sérgio Deodato, no capítulo «Tarefas específicas da enfermagem na prevenção e tratamento de possíveis futuras pandemias», constata que a presente pandemia implica teoricamente «Uma análise necessariamente retrospectiva a partir da experiência vivida, mas, sobretudo prospectiva, no sentido de encontrar respostas para o futuro». «Respostas para o futuro» é uma interessantíssima noção. Tal tarefa impõe que se teça «Uma abordagem analítica de compreensão da realidade vivida, mas sobretudo uma visão de prevenção de futuras pandemias». Compreende-se, então que «A enfermagem, enquanto uma das diversas ciências da saúde, deve assumir uma especial responsabilidade na análise da realidade vivida durante a pandemia COVID-19, para dar o seu contributo para a melhoria das respostas que o sistema de saúde pode oferecer, no caso (muito provável) de uma nova situação pandémica». Aproveita-se, assim, uma realidade prática e pragmática única: «Deve fazê-lo a partir da sua própria centralidade científica, mas aproveitando a riqueza da sua própria multidimensionalidade epistémica», mantendo a sua dimensão de «arte», como as demais disciplinas que operam concretos cuidados de saúde, a enfermagem, «[...] para além da dimensão assistencial — ela própria uma realidade complexa —, [...] deve incluir na sua análise as dimensões de investigação, do ensino, de formação, da gestão e da consultadoria». O autor desenvolve os diferentes aspetos em que a enfermagem pode e deve relevar, terminando, em regime epistémico, afirmando: «É este o nosso legado científico, que nos obriga a aprofundar o conhecimento no sentido de manter o cuidado, cientificamente atualizado e eticamente humanizado, mesmo em situação pandémica».

Em «Aproveitar a crise para (re)pensar o futuro: o papel dos hospitais privados», Óscar Gaspar põe em evidência algo de incontornável, mas negligenciado: «Porventura nunca terá sido tão óbvio que “sem a saúde, nada”: a saúde é não apenas um fator primário de bem-estar e de identidade pessoal, como também um elemento essencial ao desenvolvimento». Se se incluir a racionalidade e a irracionalidade, em âmbito

sanitário alargado, então, incontornavelmente, ‘sem saúde, nada’ — o autor tem plena razão. De entre as lições hauridas durante o transato período pandémico, salientam-se: «[...] a prioridade da saúde pública, a transição digital da saúde e a evolução para uma União Europeia da Saúde», ideia estratégica magna e de relevantíssima importância. Todavia, «Por outro lado, o desempenho dos diferentes sistemas de saúde e a exigência de condições para garantir o acesso convida a uma releitura sobre a articulação entre os diferentes agentes». O autor disserta acerca de «O passado (recente): a resposta do sistema de saúde à COVID-19», analisando em pormenor os seguintes temas relativos a «O sistema no combate à COVID-19», «Impacto da COVID-19 na atividade assistencial», «A recuperação da atividade». De seguida, aponta «Três mudanças inevitáveis», a saber: «Reforço da saúde pública», «A transição digital da Saúde», «A União Europeia da Saúde». Quanto ao possível, reflete sobre: «O futuro: o papel dos privados», apresenta a «Declaração do Porto», trata de «O papel da hospitalização privada no sistema português de Saúde». Como conclusão, destaca-se: «Há muito a fazer e a história recente comprova que temos que congrega esforços, energia e investimentos para que cada um, de acordo com as suas especificidades e de forma articulada e transparente, possa fortalecer o sistema como um todo».

Fernando Sampaio assina o capítulo «Consequências psicológicas da pandemia COVID-19 sobre as pessoas em internamento hospitalar. Lições a retirar. Que estratégias futuras?». Estratégica e inamovivelmente situados «No olho do furacão», e «Fazendo pensar num ambiente de guerra, os hospitais formaram a linha da frente na batalha contra o vírus, sendo alocados para o efeito na quase totalidade do seu espaço, particularmente nos picos mais elevados da crise sanitária», transformando espaços e gentes, profissionais servidores e pacientes servidos. O autor nota o «Semblante [...] sério e pesado», o «medo e coragem» desses que «não tendo nascido para ser heróis, foram heroicos na sua ação»: «O medo, na verdade, não [...] impedia de combater com grande dedicação e zelo esse inimigo invisível e poderoso, escondido em cada doente». Palavras duras e realistas: «Não se deixavam abater pelo cansaço ou desanimar pela dor de cada baixa mortal». Estes foram, assim, «Tempos de angústia», parte de «Uma experiência violenta», consumada desde «o silêncio nas enfermarias», aos «sentimentos de solidão, abandono, desamparo», «Nessa solidão real e existencial, o medo e a angústia pareciam saltar de cada olhar e da expressão de cada rosto». Num meio rendido a «O modelo médico bio mecanicista», importa

relembrar que «A pessoa é mais do que a doença», o que implica que o cuidar da sua saúde «Requer equipas multi e transdisciplinares, tornando mais complexa a intervenção em saúde e a comunicação entre pares e na equipa de cuidados». Então, «Que desafios para o futuro?». A resposta, em termos de princípio fundamental, é simples e clara: «A pessoa no centro». O autor desenvolve consequências ponderosas deste princípio, concluindo: «Assim, as estratégias futuras, quer para a gestão de crises severas, nomeadamente as que se inscrevem no âmbito da saúde, quer em períodos de normalidade, deverão incorporar todas as experiências e vivências de todos os protagonistas — doentes e cuidadores — adquiridas nestes tempos difíceis. Colocando a pessoa — que é sempre mais do que a sua doença — no centro dos cuidados e tendo presente que a saúde engloba várias facetas, não descuidar qualquer uma delas».

Pensando a relação do poder local com a presente pandemia, Luísa Salgueiro, no capítulo «A pandemia por COVID-19: um desafio também para o poder local», começa por referir que «A pandemia da doença COVID-19 [...], que [...] se abateu sobre Portugal e o mundo, posicionou os municípios portugueses perante desafios de extrema exigência e até então inimagináveis». No entanto, «O Poder Local — municípios e freguesias — esteve, desde o primeiro dia, na linha da frente da resposta a esta pandemia, trabalhando, diariamente, em várias áreas de apoio às pessoas, instituições e empresas e assim prossegue até ao dia de hoje, desde logo porque os efeitos da pandemia, tanto na saúde das pessoas, como na economia familiar, como na sustentabilidade das empresas, está longe do fim». A autora, descreve, em «Temos feito o que está ao nosso alcance para ajudar a debelar esta pandemia [...], com pormenor, os âmbitos de ação: «Apoio financeiro a particulares e empresas», a que se segue um vasto conjunto de outros apoios — «[...] a crianças e famílias mais carenciadas, aos mais vulneráveis; à população em situação de sem-abrigo, a profissionais dos serviços essenciais», também «Apoio psicológico», «Implementação de banco de voluntariado excecional», «Limpeza e higienização», «Apoio a instituições», por antecipação de apoios e subsídios previstos, «Apoio à comunidade escolar», «Articulação com entidades intermunicipais». Conclui a autora, com visão estratégica: «Atualmente, embora estejamos cientes de que esta crise de saúde pública ainda não está ultrapassada e saibamos que a crise social e económica precisa de ser enfrentada, nos próximos anos, com resiliência, mas, acima de tudo, com medidas específicas de incentivo à economia,

a ANMP considera que é já tempo de olhar para outra frente — o futuro comum».

Procurando perspetivar possibilidades de que o porvir se faça, Rodrigo Queiroz e Melo, em «Futuro: prospetivas para uma escola do cuidado humano integral», é assertivo ao afirmar «Em 2020, o mundo parou para combater a pandemia do COVID-19. Durante esse tempo, apesar de num quadro de menor liberdade decorrente dos confinamentos e restrições a atividades presenciais, tivemos uma experiência de total autonomia das escolas na medida em que todas as regras de funcionamento foram suspensas». Para quem vive sempre no medo da liberdade, tal experiência pode ser perigosa. O autor explica por que razão tal não é o caso, trabalhando este sentido de liberdade autonómica, em que «[...] após clarificar o conceito de educação integral e analisar em mais detalhe a evolução do enquadramento legal da autonomia das escolas entre 2005 e 2019, [se olha] para os resultados dos alunos nas avaliações externas no período pandémico [e se argumenta] que esta experiência demonstra que é possível as escolas definirem um novo foco na educação integral sem que isso signifique perdas no desenvolvimento cognitivo dos alunos». Após «Uma resenha histórica para contexto», apresenta-se o conceito fundamental, «A educação integral», passando-se para a exposição de «Políticas educativas que criaram condições para a autonomia curricular das escolas — condição necessária para maior foco na educação integral», especificando no caso do «XVII Governo Constitucional», do «XIX Governo Constitucional» e do «XXI Governo Constitucional». A «Crise pandémica» obrigou a «um regime de exceção educativa», com as também medidas decorrentes consideradas necessárias. Conclui o autor, no ponto «Lições da Pandemia e Educação Integral»: «O melhor que saiu deste tempo muito difícil foi esta consciência de que a escola não serve só para “dar a matéria” e que há todo um mundo de desenvolvimento pessoal e social a integrar curricularmente para haver mesmo diferença. As escolas já beneficiavam de autonomia legal, já viram que é possível internalizar a coordenação do trabalho. Agora, é só mesmo vontade de se reinventarem e oferecerem uma educação integral».

João Pedro Tavares, em seu capítulo «Tarefas do mundo empresarial em geral no auxílio à prevenção e gestão de possíveis futuras pandemias», começa por constatar que «A forma como a pandemia se espalhou por todo o mundo foi a prova do nível de globalização em que vivemos, do nível de interação que temos». Cita o Papa Francisco: «“de uma

situação destas não se sai igual. Ou saímos melhor, ou saímos pior”». Que se aprendeu e que se pode transportar de tal para o possível futuro? A primeira lição impõe-se — e é bom que se aprenda de uma vez por todas: «A principal aprendizagem é que, de facto, não será possível prevenir a totalidade das situações», a que se acrescenta a re-evidência da humana fragilidade e necessidade de entreaajuda. Não há planos para tudo. «Sim, planejar é importante», mas nada impede «a surpresa e o inesperado». A lógica da competição, cega, impede o sucesso que só se obtém colaborando: «O nosso maior competidor somos nós mesmos, na falta de visão, na aversão ao risco, na incapacidade de inovar e de ser ágeis». O sentido da importância das pessoas ganha relevo: «Ao nível das empresas deram-se evoluções significativas neste período. Deixou de se olhar para os colaboradores num sentido estritamente profissional, mas passou-se a considerar a sua realidade pessoal e familiar». Lição incontornável: «No futuro já não será possível que se determinem regras ou normas de aplicação geral, mas ter-se-á de considerar muitas mais variáveis»; «A liderança passará a incorporar outras variáveis, para lá das económicas e que permitam medir impacto, avaliar sustentabilidade ou ainda, felicidade no trabalho ou exercício da cidadania»; «Os processos de decisão deverão ser reformulados no sentido de serem, por um lado mais ágeis e, por outro, inclusivos»; «O mundo será, deverá ser, cada vez mais convergente entre os múltiplos agentes e cabe ao mundo empresarial ter um papel ativo na promoção dessa convergência».

No capítulo que escreve, «A antecipação do infinito», Pedro Abrunhosa relembra que «A música é a única manifestação artística comum a todas as culturas conhecidas, mesmo as que remontam às mais recônditas sombras do tempo, fazendo dela uma necessidade natural, quase vital, da espécie humana». A música transcende o insignificante quotidiano, servindo «A vontade de aceder aos mistérios da existência, projectada na essência do divino», tal vontade «encontra na música a capacidade de sublimação do silêncio, de ser imatéria que nenhuma outra linguagem consegue traduzir e que só, porventura, apenas o processo noético interior consegue remeter para a bruma do intuito e do espanto». Sendo assim, «Esta constante que a música carrega, talvez munida de ímpeto que abraça o religioso, tem ajudado a Humanidade a iluminar o seu próprio caminho». Neste contexto cultural e espiritual, «A música é, por definição, a arte do encontro e da co-construção», por tal, «a interação entre executantes ativos e ouvintes passivos faz da experiência musical um assomo à partilha da catarse. A dor e a emoção são, como a

alegria e a celebração, vividas na comunhão de um hemisfério invisível [...]». Ora, algo com a dimensão de uma pandemia vota «toda uma comunidade ao isolamento», impossibilitando tal experiência. «[...] entregue a uma existência solipsista forçada», os seres humanos experimentam uma «[...] ausência de harmonia, isto é, do equilíbrio das inter-relações sociais e das vontades do grupo», de que «pode advir uma monodia [...] desprovida de ligação ao corpo envolvente, uma monótona recriação do real do qual o transcendente foi completamente banido». Os músicos, em pandemia, tiveram de «imediato» cessar a «sua profissão». Todavia, de imediato, também, outras formas de presença foram postas em ato: «Em simultâneo, como se uma invisível alavanca coordenasse vontades, surgiram recitais, concertos, espetáculos, sessões de co-composição à distância, *master-classes*, tutoriais e, mesmo, Festivais, cruzando uma multiplicidade de intervenientes, em número e em correntes estéticas, muito superior ao geralmente conseguido nos tradicionais Festivais de Verão». Depois de desenvolver este ponto, o autor reflete objetivamente sobre os números da crise económica que se instalou na atividade artística ligada à música, mostrando as consequências da impossibilidade da realização de espetáculos fisicamente presenciais. Questiona-se, ainda, o impacto «não mensurável» sobre «o equilíbrio emocional de quem faz da *performance* em palco também um ato de imolação pessoal». Conclui o autor: «O ritmo do coração confunde-se com o da vida. E onde há música há, seguramente um coração a bater. Talvez mesmo mais do que um: o que a executa e o que a ouve. Dois corações já fazem futuro. Aspiram-no. E a música é, apenas, uma outra forma de o anunciar».

No capítulo que dedica a «Future: prospects for the tasks of a global human care — the care pandemic», António de Almeida, começa por citar W. S. Churchill: «“a crisis should never go to waste”», manifestando que «This sense of opportunity is all the more important when crisis ravage all of humanity», sendo que a pandemia, «Whilst it revealed very positive aspects of our global society, this public health crisis has also highlighted important shortcomings that we must strive to overcome in order to better deal with future pandemics». Como pontos positivos, apontam-se, por exemplo, «The speed of collecting and sharing information», ou para lá do esforço de prevenção da transmissão da doença, «we quickly collected evidence on personal behaviours that helped to reduce the rate of infection [...]», tendo, assim, «This knowledge allowed the return to daily activities safely, thus resuming our life in society». Por outro lado, «This same sharing of clinical data has allowed us to quickly learn how

to more effectively treat the most affected patients». Segundo a mesma ordem de ideias e de atos, «This same global collaborative spirit was reflected in the development of vaccines against the virus [...] vaccines were developed that would change the course of the pandemic». Todavia, mais impressionante, num ambiente ultra-regulado e lento, foi «the speed with which these vaccines became available». Quanto às insuficiências do nosso sistema de saúde, talvez o mais crítico seja: «the lack of redundancy in our systems», implicando que «what was witnessed across the world calls for urgent re-thinking of how our systems are organized with a view to integrate rapid response systems and dedicated crisis units to deal with future pandemics». Salienta-se, ainda, um outro importante problema, devido às insuficiências sistémicas apontadas: «Another important consequence of the way our healthcare systems are currently organized is the fact that many other cronic and acute diseases were somewhat neglected during the pandemic». Como resposta, «It is therefore critical that mechanisms are put in place to maintain the quality of care for patients with other diseases whilst ensuring their safety», corrigindo também outra insuficiência: «the gross inequality in access to healthcare that we see in different regions». Conclusivamente, o autor afirma: «Medicine in the post-pandemic world has undoubtedly changed. This means that the training of healthcare professionals must accompany this change».

Quando estas linhas são escritas, a pandemia COVID-19 ainda lava. Os que subsistirem e que possam, de hoje a alguns anos, repensar tudo o que se vai sobre tal fenómeno pensando, será que se depararão com a existência de «lições» aprendidas com todo este trágico drama? Ou será que, mais uma vez, na realidade, nenhuma verdadeira lição se retirou (se vai retirar), perpetuando uma ciclicidade de necessidade, que sucessivamente condena seres humanos, sobretudo os inocentes, a sofrimento e morte desnecessários? Espera-se, fortemente, que prevaleça o sentido da ponderação e da prudência.

Os coordenadores agradecem a colaboração de todos os que contribuíram para a publicação desta obra, autores, patrocinadores e técnicos editoriais.

PARTE I



Aprender com o Passado:
o *status quo* e as lições
das pandemias passadas

Negacionismo científico

ALEXANDRE CASTRO CALDAS

Professor do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa

O início da pandemia pelo coronavírus, pôs em evidência uma grande variedade de reações públicas que têm sido objeto de comentário. O negacionismo científico caracteriza-se por pôr em dúvida os dados científicos disponibilizados ao público sobre a forma como a doença se comporta e os riscos que ela acarreta. Discute-se a vulnerabilidade e a natureza efémera da verdade científica e os mecanismos biológicos de aceitação da novidade e da aceitação da verdade manipulada quando integrada em explicações mais complexas da verdade do mundo. Considera-se que não é a ciência o verdadeiro fator de desconfiança, mas sim a ciência usada no contexto de teorias da conspiração.

Se percorrermos a literatura, perdemo-nos na discussão dos múltiplos contextos em que o termo “Ciência” é utilizado. Não é nossa intenção trazer a este texto essa discussão, mas, para tornar claro aquilo a que queremos referir-nos devemos começar por encontrar uma boa definição para Ciência.

Ciência refere-se, fundamentalmente, a uma metodologia de estudo dos fenómenos da Natureza, explicando os processos e as relações causais entre as coisas, com base em argumentos que se pretendem considerar irrefutáveis. Ou seja, a revelação da verdade das coisas. Infelizmente, essa verdade é probabilística, a maior parte das vezes e, como tal, a exceção é possível e aceitável. É aceitável dizer que existe uma certa insustentabilidade na verdade científica, porque pode ser refutada.

A Ciência procura encontrar argumentos de valia para consolidar verdades a propósito do Universo, no entanto confronta-se com aquilo que constitui agora uma fraqueza da mente humana, que se pode resumir na frase: a nossa verdade é aquilo em que acreditamos.

“Ver para crer”, diz o povo, e também necessitou S. Tomé de tocar as chagas de Cristo para acreditar, como relatado por S. João. Acreditamos na informação que nos é transmitida pelos sentidos: os objetos pesados caem no chão se forem largados. Quando o objeto não cai, estamos no domínio do mágico, que carece de uma explicação, pois vai

contra a nossa verdade. Por que razão isso acontece — ou seja, a lei da gravidade — já não é do domínio dos sentidos. Para que a consideremos verdadeira temos que acreditar em fontes secundárias de informação. Para acreditar nessas fontes temos que desenvolver mecanismos de confiança.

Estas são fundamentalmente as fragilidades biológicas que não nos permitem conhecer a verdade do mundo sem recorrer ao que sentimos. Podemos agora discutir um pouco a questão da confiança nas fontes. E a da relação que as pessoas estabelecem com as fontes.

É compreensível que crenças integradas em modelos interpretativos dos segredos do mundo, bem estruturadas, como é o caso das religiões, ou de sistemas políticos reguladores da verdade pública, sejam mais facilmente assimiláveis por contacto e partilha com as estruturas sociais de cultura idêntica, sendo que esse conhecimento não pode ser negado por realidades sensíveis, mas é bem claro que nesses casos aceitamos que se trata de uma questão de fé, ou de crença, baseada na confiança, estando fora de causa procurar argumentos sensíveis para suportar as explicações. É, contudo, importante ter em linha de conta os limites daquilo que podemos considerar transcendente, de forma a não negar aquilo que se não pode negar por estar provado. Esses modelos interpretativos podem, por vezes ser vetores de contradição do que acaba de ser provado através de demonstrações sensíveis. Veja-se o exemplo de Galileu, no caso da Religião ou, muito mais atual, o que é negado perante a evidência da invasão da Ucrânia, no caso do modelo político da Rússia. Não estamos a fazer comparações de modelos, é claro que a cultura de uma religião nada tem a ver com uma cultura política, mas importa compreender o domínio da função mental de cada um que rege as crenças e a confiança.

De acordo com Julien Bogousslavsky e Mark Inglin (2007),

uma crença serve a função tanto de representação (como um conceito) como de uma justificação (como uma ação) [...] As crenças podem ser tão fortes que impregnam a mente de cada um, como, por exemplo, através da religião ou da política. Enquanto as dúvidas inibem a ação, as crenças tendem a facilitar o processo de tomada de decisão e as ações dele resultantes, eliminando a consideração de soluções alternativas.

Podem então considerar-se estes aspetos os que dizem respeito à forma como lidamos com o mundo e com a informação que dele retiramos para preencher o nosso conhecimento e orientar as nossas escolhas

e tomadas de decisão. Múltiplos estudos sobre o comportamento têm vindo a revelar ser possível influenciar as nossas convicções, e disso vive a publicidade e certas formas de conduzir os grupos (ver, por exemplo Lazaroiu *et al* 2020).

Olhemos agora para a Ciência e para a sua verdade. Quase se pode afirmar que é mais aquilo que não sabemos do que aquilo que julgamos saber. Em primeiro lugar os conceitos mudam, a descoberta é constante e o que é verdade hoje, pode amanhã não ser. Em muitos casos alguns conceitos permanecem apesar de haver já evidência de terem perdido o valor. A isso designa-se por mitos que importa desfazer, no que respeita ao cérebro, por exemplo, há muito quem diga que só usamos 10% do cérebro o que não é obviamente verdade, mas que se mantém no imaginário das pessoas (ver, por exemplo, Castro-Caldas e Rato 2020). Mas esses conceitos foram válidos no seu tempo à luz dos conhecimentos da época. A persistência destes conceitos na ideia das pessoas deve-se também à dificuldade de mudar. Sabe-se, por exemplo, que uma novidade terapêutica em Medicina demora muito em ser adotada na prática clínica. Por mais que se publicite a necessidade de inovação a verdade é que a verdadeira inovação é na maioria das vezes mal recebida pois obriga a mudar os hábitos. Conta-se que uma senhora inglesa confrontada com a novidade constante no trabalho da *Origem das Espécies*, de Charles Darwin, e percebendo que as suas nobres origens podiam ser simples primatas não hominídeos comentou: «Pode ser que seja verdade, mas é melhor não se saber». A operação cerebral de modificar uma convicção é realmente trabalhosa e consumidora de energia pelo que a tendência natural é não o fazer.

Existe ainda uma fragilidade importante no domínio da vida científica. Por mais rigoroso e cauteloso que seja o processo de revisão por pares das publicações, por vezes são publicados resultados que não correspondem a uma realidade experimental, mas são forjados. Uma simples pesquisa na *wikipedia* revela a existência de 48 casos de resultados forjados que depois foram detetados e revelados, mas não deixaram de ser publicados nas melhores revistas. Claro que, perante o número de publicações que existem, este número é ínfimo, mas significa que pode existir e, em alguns casos, foram divulgados como verdadeiros sendo depois difícil de desfazer a notícia. Um bom exemplo é o caso em que foi feita a associação da vacinação das crianças com a emergência do autismo em 1998. Apesar dos múltiplos estudos epidemiológicos registados negando essa relação — até porque o autismo é uma entidade

clínica muito provavelmente de natureza genética —, ainda há hoje quem se recuse a vacinar os filhos por receio deste efeito (ver DeStefano e Shimabukuro 2019).

Estes factos fazem com que a Ciência seja considerada passível de erro e como tal são inseguros e, por isso, discutíveis os resultados que revela.

A insegurança gerada sobre a verdade dos resultados científicos pode por vezes facilitar a sua manipulação por interesses que os queiram pôr em causa. Há vários exemplos paradigmáticos, bem documentados na literatura, de interesses que interferiram na revelação de dados científicos de grande importância para a população. Um deles, que julgo não estar ainda completamente resolvido é o do uso do amianto nas construções, nomeadamente nas construções escolares. Esta história é importante pois ilustra bem o assunto. Desde há cerca de 5.000 anos que o amianto aparece utilizado em diversas situações e diversas civilizações. É na realidade uma substância com interessantes propriedades, mas já no ano 400 a. C. se relatou que os escravos que trabalhavam com esta substância morriam mais do que os outros com doenças respiratórias. De facto, desde há anos que esta relação tem sido estabelecida, mas, em vários países, as comissões nomeadas para informar as decisões políticas estiveram sempre mais interessadas em procurar formas de minorar os efeitos do que revelar os reais riscos, impedindo que se tomassem medidas mais draconianas sobre a utilização deste produto. Isso foi particularmente importante em França quando se discutiu o caso da Universidade de Jussieu, em Paris, em que um número significativo de Professores desenvolveu doença pulmonar maligna e a Comissão nomeada se esforçou por não encontrar relações, sendo constituída por elementos ligados à produção e comercialização do amianto. Só em 1993 é que surgiu o primeiro plano Europeu para substituir todas as estruturas com amianto, mas votaram contra o plano quatro países: Portugal, Espanha, França e Grécia, tendo plano sido arquivado. Importa dizer que morrem no mundo mais de 100.000 pessoas por ano com doença cancerosa relacionada com a aspiração das fibras desta substância. Sendo o tempo de incubação da doença de 30 a 40 anos, pode considerar-se que a situação persiste. A negação da verdade é neste caso de natureza financeira (Janela e Pereira 2016). Seria o mesmo que pedir aos donos das marcas de cigarros que constituíssem uma comissão para legislar sobre o uso do tabaco.

Um outro exemplo de negação dos dados da Ciência é bem mais complexo e difícil de entender. Trata-se do Instituto Ahnenerbe, criado na Alemanha nazi, destinado a estudar a origem da raça ariana. O que não se consegue compreender é como é que cientistas com passado relevante de contribuições importantes aderiram ao projeto sabendo que o termo ariano não começou por ser referente a qualquer raça, mas sim a um conjunto de línguas do norte da Europa e da Ásia. Transpor este conceito para uma raça é um erro científico e mais erro ainda é considerar que pode haver um determinismo biológico com expressão fenotípica que permita distinguir hierarquias na espécie humana. A verdade é que este Instituto foi muito financiado chegando a haver estudos antropomórficos no Nepal para comparação com a população germânica. É bem sabido que a orientação deste Instituto foi responsável pelas enormes atrocidades cometidas durante a guerra (embora exista também quem afirme que o holocausto nunca existiu). É difícil compreender como alguns pensadores, como Houston Stewart Chamberlain (1855-1927), promoveram a ideia de que os indivíduos considerados arianos eram, racial e culturalmente, superiores a outros grupos de pessoas.

Nesta linha de fenómeno podemos inscrever a questão das modificações do clima resultantes das ações humanas. Não se compreende que nos Estados Unidos da América, em 2016, só 40% dos Republicanos considerassem que se tratava de um problema enquanto 84% dos Democratas tinham essa opinião. A interpretação para este facto parece ser o discurso político de cada um dos partidos entre 1990 e 2015, enquanto os Democratas falavam frequentemente do tema os Republicanos tendiam a ignorá-lo. Neste caso, o público associa aquilo que devia ser uma verdade independente a uma convicção política (Lewandowsky 2021).

Merece a pena determo-nos um pouco mais no trabalho de Enders e colaboradores publicado na *Harvard Kennedy School Misinformation Review*, em novembro de 2020, por ter sido feito logo no início da pandemia do COVID-19 numa larga população nos Estados Unidos da América.

Os autores procuraram compreender a estrutura e organização das crenças e das teorias da conspiração da população, no sentido de ajustar a forma de fornecer elementos para orientar a informação evitando a ameaça resultante de ideias duvidosas. Hoje podemos dizer que o trabalho serviu para se compreender o fenómeno, mas não foi eficaz na sua boa intenção de melhorar a informação divulgada, pois o que foi

encontrado nas crenças dos participantes foi claramente acentuado ao longo dos anos que se seguiram.

As questões postas à população estudada corresponderam a 11 ideias fundamentais a saber: o número de mortes relacionadas com a doença foi exagerado em relação ao que aconteceu realmente, com intenções políticas, 29% dos inquiridos acreditava nesta afirmação e 28% considerava que esse número tinha sido exagerado para prejudicar o Presidente Trump; um número muito significativo de inquiridos (27%) achava que o vírus tinha sido desenvolvido e disseminado por pessoas poderosas como parte de um plano de conspiração, que podia incluir a desnecessária vacinação dos americanos (25%), Bill Gates estaria por trás dessa conspiração (13%), 18% das pessoas achou que o coronavírus era uma forma de pôr no corpo das pessoas instrumentos de medida para controlar as vidas delas e nesse caso os telefones 5G fariam parte do plano (11%). No que respeita às formas de combater a infeção, 19% achava que as radiações UV podiam impedir a infeção ou mesmo curá-la, 18% achavam que a hidroxicloroquina podia prevenir a infeção, que não se transmitia nos países mais quentes e com mais humidade (18%) e, finalmente que um desinfetante no corpo podia prevenir a doença (12%).

Estas questões foram correlacionadas com variáveis individuais dos participantes o que permitiu verificar que as ideias respeitantes às formas bizarras de proteção ou tratamento da doença eram próprias de pessoas com menos cultura. Por outro lado, as teorias da conspiração correlacionaram-se mais com conceitos de interpretação dos poderes e influência dos poderosos, do que com aspetos técnico-científicos.

Parece-nos possível concluir que o negacionismo não estará exatamente ligado à questão da ciência ela própria, mas sim à forma como a ciência pode ser utilizada para justificação de tomada de decisão pelos que detêm o poder. A Ciência não representa a verdade absoluta porque se desdiz com o desenvolvimento, e não estará em causa, mas o seu uso é que pode ser manipulado com intenções, o que sustenta a teoria da conspiração. As questões importantes relativas à saúde e a outros problemas relacionados com o futuro do planeta têm que ser claramente separadas das convicções políticas — o que justifica o sucesso da intervenção da jovem Greta Thunberg que representou uma palavra inocente e despolitizada.

Referências bibliográficas

- Bogousslavsky, J. e Inglin, M.: Beliefs and the Brain. *Eur Neurol* 2007. 58:129-132.
- Castro-Caldas, A. & Rato, J. *Neuromitos. Ou o que realmente sabemos sobre como funciona o nosso cérebro*. Lisboa: Contraponto Editores, 2020.
- DeStefano, F e Shimabukuro, T.T.: «The MMR Vaccine and Autism». *Annu. Rev. Virol.* 2019. 6:585-600.
- Enders, A. M., Uscinski, J. E. Klostad, C. e Stoler, J. : «The different forms of COVID-19 misinformation and their consequences». *Harvard Kennedy School Misinformation Review* 1. 2020.
- Janela, J. e Pereira, P. «História do amianto no mundo e em Portugal». CEM N.º 7/ Cultura, Espaço & Memória 2016.
- Lăzăroiu, G. et al: «Consumers' Decision-Making Process on Social Commerce Platforms: Online Trust, Perceived Risk, and Purchase Intentions». *Front. Psychol.*, 15 May 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00890>.
- Lewandowsky, S.: «Liberty and the pursuit of science denial». *Current Opinion in Behavioral Sciences* 42: 65-69. 2021.

Virologia: uma especialidade sobre entidades incertas e no limiar do vivo

RITA CARMO FERREIRA

Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

«As batalhas vencem-se através de carnificina e manobras. Quanto melhor for o general, maior é o seu contributo em manobras e menor a exigência em carnificinas», a frase é de Winston Churchill e a história da gestão de diversas epidemias e pandemias confirma plenamente esta ideia, pois tal como na guerra, a falta de visão global e de algum rigor foram responsáveis por milhares de mortes, tantas em vão. De como esta mistura parece dominar ainda a nossa forma de atuação, leva-me a iniciar este capítulo com referência à importância do estudo da História porque nos oferece instrumentos para melhor nos preparar para o presente e para o futuro. Será assim em todas as áreas do saber, em que a Medicina, a Ciência e a Tecnologia ao serviço da primeira não são diferentes.

Com as descobertas de Louis Pasteur e de Robert Koch, das quais derivou a “Teoria dos Germes da Doença”, as bases do conhecimento médico começaram a ser abaladas. Tal acontece na segunda metade do século XIX com a revolução que esta teoria promoveu na *ars medicina*.

Robert Koch e Louis Pasteur apresentaram a “Teoria dos Germes” na década de 1880, evidenciando, o primeiro, que a tuberculose era (e é) uma infeção bacteriana e, o segundo (apesar de não ter sido pioneiro no desenvolvimento das primeiras vacinas) que era (e é) possível desenvolver vacinas contra o antrax, a cólera e a raiva. Desde então médicos, cientistas, indústria, academias, responsáveis de saúde pública e governos têm ansiado por conseguir realizar um combate eficaz contra microrganismos patogénicos e, assim, derrotar as doenças infecciosas, com o menor número de vítimas possível.

Porém, a ciência e a tecnologia não se têm revelado suficientemente eficazes nesta guerra. Se por um lado os microrganismos estão em constante mutação, recombinação e evolução, conseguindo ultrapassar a nossa capacidade para acompanhar a sua genética e os seus padrões de transmissão, também acontece por outro lado, verificar-se

uma tendência de todos os envolvidos na matéria (cientistas, médicos, investigadores, dirigentes de saúde pública, políticos, sociólogos, economistas, antropólogos) se deixarem agarrar a paradigmas e teorias sobre as causas das doenças, o comportamento humano e o comportamento da economia, limitando as suas capacidades de avaliar ameaças, especialmente, as provocadas por novos agentes patogénicos.

Afinal o que é um vírus?

Um vírus é um agente infeccioso microscópico que se replica apenas dentro das células vivas de um organismo vivo. Os vírus infetam todas as formas de vida, desde animais e plantas até microrganismos, incluindo algas, fungos e bactérias.

Um aspeto interessante a realçar é que os vírus não são considerados seres vivos, uma vez que não possuem metabolismo, nem mesmo uma estrutura celular. São, assim, completamente dependentes das células hospedeiras para se conseguirem reproduzir. E, por esta razão, afirmamos que são parasitas intracelulares obrigatórios.

Na sua estrutura mais básica, são apenas constituídos por ácidos nucleicos (genoma) e por uma cápside proteica protetora deste genoma. Alguns vírus podem ainda possuir um envelope fosfolipídico à volta da cápside. Este envelope advém da membrana celular das células hospedeiras, aquando da saída dos vírus no final do seu ciclo de replicação. O genoma dos vírus é composto por um de dois tipos de ácidos nucleicos: por ácido desoxirribonucleico (DNA), ou por ácido ribonucleico (RNA). Por comparação, todas as células de todos os organismos vivos, desde as bactérias aos maiores mamíferos do Mundo, como a baleia azul, contêm sempre ambos os ácidos nucleicos, DNA e RNA, em simultâneo.

Significa, portanto, que a virosfera não cumpre esta regra do Mundo Vivo, mas permite-nos organizar os vírus em dois grandes grupos: os vírus de RNA, aqueles cujo genoma é composto por uma ou várias moléculas de RNA; e os vírus de DNA, aqueles cujo genoma é constituído por uma ou várias moléculas de DNA. Não é só esta a regra que não é cumprida pelos vírus, quando os comparamos com as estruturas celulares. Na verdade, além de uma simplicidade estrutural e funcional ímpares, os vírus não cumprem ações essenciais à sobrevivência de qualquer estrutura celular, não conseguem auto conservar-se (por exemplo, não ingerem alimentos), nem auto regular-se (não rastejam, não se matam), e também não conseguem auto reproduzir-se (dividir-se

autónoma e independentemente de um hospedeiro). Conseguem apenas e simplesmente reproduzir-se desde que estejam no interior de uma célula hospedeira e utilizando para tal estruturas destas células por si manipuladas.

Os vírus ligam-se às células hospedeiras num processo em que, geralmente, proteínas da sua cápside ou do seu envelope (quando existe) se ligam especificamente a proteínas da superfície membranar das células, após o reconhecimento destas. Isto significa que cada vírus, por norma, infeta um só tipo ou poucos tipos diferentes de células hospedeiras. Após este processo de reconhecimento e ligação às células hospedeiras, os vírus conseguem *fazer-se penetrar* (fazer penetrar o seu genoma) no interior destas células. Uma vez dentro das células, o genoma dos vírus pode seguir alguns caminhos diferentes, sendo que o mais habitual é apropriar-se da e pôr a maquinaria da célula ao seu serviço para a obrigar a multiplicá-lo, replicá-lo e codificar as suas proteínas constituintes, por forma a constituir e produzir novas partículas virais. Estas novas partículas virais irão libertar-se da célula que lhes deu origem, indo infectar novas células, provocando a morte celular daquela célula hospedeira.

No caso dos vírus envelopados, a recém-formada cápside será envolvida por membrana celular da célula hospedeira, que constituirá o envelope dos novos vírus, e este último forma-se neste processo de saída dos novos vírus da célula.

Os vírus são entidades muito pequenas, com uma dimensão que varia desde os 0,02 μm até aos 0,3 μm , por conseguinte, os seus genomas também o são, codificando apenas algumas proteínas virais estruturais (constituintes da cápside, por exemplo) e, nalguns casos, algumas proteínas funcionais (por exemplo, algumas enzimas úteis para a replicação dos vírus, como a transcriptase reversa, ou a integrase para a integração do DNA viral no DNA da célula hospedeira).

De facto, alguns vírus de DNA têm a capacidade de integrar o seu genoma no genoma da célula hospedeira, aproveitando a multiplicação celular para multiplicar o genoma viral, sem causar grandes danos nas células. Como consequência, é fascinante compreender-se que o genoma humano é, em parte, formado por milhões de genomas virais de vírus que infetaram os nossos antepassados, o que torna o estudo da virologia muito mais abrangente e desafiante, para lá da mera análise das doenças.

No caso de alguns vírus de RNA, ocorre, por vezes, um fenómeno adicional aquando da entrada dos genomas destes vírus para o interior

das células. Trata-se de um fenómeno reverso daquele que é habitual acontecer nas células. Quando uma célula necessita de produzir alguma proteína, o seu DNA é transcrito em RNA e este é traduzido em proteínas. Aquando da transcrição do DNA em RNA, podem ocorrer alguns erros de transcrição aleatórios e as células têm mecanismos para corrigir estes erros. É este fenómeno que permite que uma célula dê origem a duas ou mais células iguais à primeira.

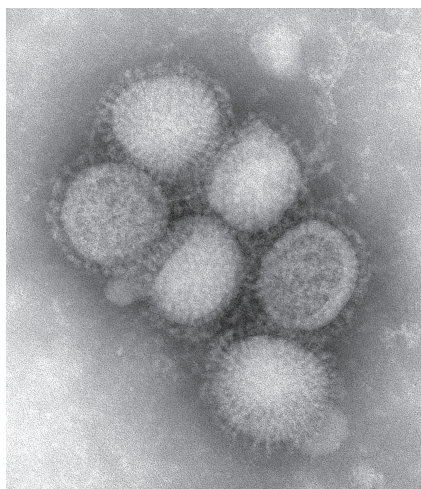
Nalguns vírus de RNA, como os retrovírus, para que este RNA possa ser multiplicado pela maquinaria celular, ocorre necessariamente um processo reverso ao da normal transcrição celular, que designamos de retro transcrição. Como este processo é o reverso da normal transcrição celular, a célula não possui naturalmente qualquer enzima capaz de o executar, pelo que a enzima responsável por esta ação terá de ser uma proteína viral que se designa de transcriptase reversa. A transcriptase reversa tem uma fraca capacidade de “revisão de erros” enquanto trabalha para produzir a molécula de DNA. Como consequência, ocorrem alguns erros aleatórios, que designamos de mutações.

Os retrovírus (como é o caso do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)) são assim especialmente propensos ao aparecimento de mutações, tornando-os num enorme desafio para a comunidade científica, médica e para a população em geral, já que tornam mais complexos e desafiantes os processos para o desenvolvimento de antivirais e de vacinas para prevenir a propagação destes agentes.

Na maioria dos vírus de RNA observa-se um outro processo, em que o próprio vírus obriga a célula hospedeira a produzir uma RNA polimerase — dependente de RNA, responsável pela replicação direta do genoma viral no interior da célula. Nestes casos, durante a replicação, também é frequente o aparecimento de mutações, sendo o Ébola, o vírus da Hepatite C, o SARS e o *Influenza* bons exemplos deste tipo de processo.

O(s) Vírus Influenza

Algumas das piores pandemias da história do Homem têm como principal responsável o vírus *Influenza*. Agente causador da gripe, este terá dado origem a uma epidemia em Atenas no ano 430 a. C.; terá sido responsável pela destruição do exército de Carlos Magno em 876; em 1580, terá provocado a primeira pandemia por *Influenza* de que há registo; em 1647, terá sido responsável pela morte de milhares de



Microscopia eletrónica de transmissão de
vírus Influenza H1N1.

(Foto: Centers for Disease Control,
via Wikimedia Commons)

peessoas, enquanto alastrava desde as Caraíbas até Nova Inglaterra. É com o médico John Huxham que o termo *Influenza* é introduzido, em plena epidemia nas colónias americanas, em 1732-33. Todavia, só em 1918-1919 é que o interesse pelo vírus *Influenza* desperta, aquando da pandemia da gripe espanhola.

Na atualidade, este vírus continua a provocar um número significativo de vítimas mortais, sendo responsável pela morte de 300.000 a 600.000 pessoas todos os anos, mesmo havendo vacinas disponíveis e que são adminis-

tradas com regularidade. Trata-se de um vírus com pouco mais de uma dezena de genes, que se propaga por gotículas libertadas por pessoas doentes que, ao espirrar, ao tossir e ao disseminar as suas secreções nasais, criam condições para os vírus entrarem no organismo de pessoas saudáveis, pelo seu nariz ou pela sua garganta. Após esta entrada, os vírus *Influenza* agarram-se às células que revestem as vias respiratórias e penetram nestas para se multiplicarem. Ao fazê-lo, destroem células da mucosa e do revestimento das vias respiratórias. Quando conseguem chegar aos pulmões, a doença torna-se mais grave e pode mesmo tornar-se fatal.

As células infetadas conseguem produzir muitas cópias de vírus *Influenza*, cujos genomas estarão cheios de mutações (os tais erros de cópia que não foram devidamente corrigidos, pelo facto de serem vírus de RNA). Algumas destas mutações podem conferir vantagens evolutivas, resultando em subtipos que podem ser capazes de infetar os hospedeiros de forma mais eficaz. Este é um típico vírus de RNA, com mais de 130 subtipos descritos e em circulação entre as pessoas de todo o Mundo. Esta variabilidade surge maioritariamente por duas razões: a primeira, pelas mutações frequentes que surgem aquando da replicação do genoma do vírus, algumas das quais poderão ser responsáveis por alterar a configuração das proteínas que o vírus apresenta na sua superfície. A segunda razão prende-se com o facto de dois ou mais subtipos

de *Influenza* se poderem encontrar numa mesma célula hospedeira e, aquando da replicação dos segmentos de RNA dos vírus, alguns segmentos de RNA de um dado subtipo poderem misturar-se com outros de um segundo subtipo. Este processo designa-se recombinação e permite aos vírus *Influenza* misturar genes e formar novas combinações genéticas, para as quais o Homem poderá estar mais suscetível. Como resultado, a capacidade de propagação dos vírus será maior, pelo facto de nunca terem circulado anteriormente. Foi o caso da Gripe Suína de 2009, em que, anos antes, vírus *Influenza* de suínos se terão re combinado com um subtipo de vírus *Influenza* de aves, tendo este novo subtipo sido transmitido aos seres humanos no final de 2008, propagando-se durante meses porque, como nunca havia circulado antes, ninguém tinha defesas capazes de abrandar a sua propagação. Estima-se que terá sido fatal para mais de 360.000 pessoas e que terá contagiado 10% a 20% de pessoas em todo o Mundo.

Felizmente, a maioria dos mil milhões de pessoas infetadas anualmente consegue recuperar em poucos dias, o que acontece por ação do sistema imunitário que ao produzir anticorpos que se ligam a proteínas de superfície dos vírus, bloqueia a capacidade de estes aderirem às células (processo essencial para que o vírus consiga entrar e invadir as células) e nos consegue proteger contra o avanço da doença para situações mais graves. Porém, há que ter em consideração que os anticorpos formados são específicos de certas proteínas que se encontram à superfície dos *Influenza* e que cada subtipo de *Influenza* tem as suas proteínas de superfície específicas. Assim, o facto de uma pessoa ter desenvolvido anticorpos contra as proteínas de superfície de um dado subtipo de *Influenza* não lhe confere imunidade contra um subtipo diferente. Como efeito, o indivíduo ficará doente enquanto não criar anticorpos específicos contra o novo subtipo. E, claro, os vírus aproveitam este tempo para se propagar no indivíduo e disseminar-se na população. Aqui a vacinação tem e terá um papel importantíssimo, particularmente, na contenção de tragédias como a que a humanidade experienciou em 1918, em que se estima que o surto de gripe espanhola terá feito entre 50 a 100 milhões de vítimas mortais.

De forma simples, as vacinas da gripe são constituídas por proteínas idênticas às proteínas de superfície dos vírus. Após a sua administração, incentivam o sistema imunitário a produzir anticorpos que se vão ligar às proteínas de superfície dos *Influenza*. Quando estes vírus invadem o organismo de uma pessoa vacinada, não conseguem entrar nas

células hospedeiras porque os anticorpos ligados às proteínas de superfície impedem esta entrada. Para um impedimento eficaz, será necessário a vacina ser composta por proteínas idênticas às proteínas dos subtipos virais mais frequentes e em circulação no momento da administração da vacina.

Como os vírus *Influenza* sofrem mutações e recombinações com a facilidade supra descrita, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a comunidade científica observam e tentam prever que novas mutações e/ou recombinações podem surgir, e as vacinas são desenvolvidas para responder ao aparecimento dos novos subtipos “mais prováveis”. São centenas os centros nacionais de *Influenza* que realizam vigilância e controlo para prever as tendências e tipos de *Influenza* em circulação, comunicam a informação para várias agências, incluindo os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças e Institutos Nacionais de Saúde (como o nosso Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge), que trabalham em conjunto com a OMS, que faz as recomendações sobre quais os subtipos de vírus *Influenza* que devem ser incluídos na vacina da época gripal que se aproxima.

É por esta razão que a vacina da gripe é administrada no início de cada época gripal e não garante proteção na época seguinte. É também uma das razões por que teremos sempre doentes com gripe, mesmo tendo tomado a vacina.

Compete-nos, portanto, a todos, adotar um conjunto de ações para retardar a propagação destes vírus, tais como: lavar as mãos com água e sabão e com frequência, tossir para o cotovelo, e sempre que sentirmos os primeiros sintomas, utilizar máscara, evitar tocar nos olhos e no nariz, arejar a casa, não partilhar objetos de uso pessoal (copos, talheres), evitar o contacto com pessoas que apresentem sintomas, adotar hábitos saudáveis (hidratação e alimentação), enquanto a comunidade científica trabalha para criar vacinas cada vez mais eficazes, na tentativa de controlar a evolução do vírus *Influenza*. Os mesmos comportamentos que adotámos para prevenir a infeção com o mais recente coronavírus, SARS-CoV-2.

O Sistema de Defesa do Organismo contra Infeções

Se quisermos agora compreender um pouco melhor o papel dos sistemas de defesa do nosso corpo relativamente a estes invasores, resumidamente podemos afirmar que o grande ator se designa Sistema Imunitário.

O Sistema Imunitário distingue o que é próprio (naturalmente nosso) do não próprio (externo e estranho ao nosso organismo) e tem por missão a eliminação de células e moléculas não próprias (estranhas) e potencialmente perigosas. A qualquer molécula capaz de ser reconhecida pelo Sistema Imunitário damos o nome de Antigénio.

Particularizando para o tema, o Sistema Imunitário é uma rede complexa de células, órgãos e proteínas que atuam quando o nosso organismo é invadido por um microrganismo patogénico, desencadeando uma resposta cuja finalidade é a rápida e eficaz eliminação desta entidade estranha.

Os principais responsáveis por esta ação protetora são: os glóbulos brancos (ou leucócitos, em que se incluem os linfócitos), os anticorpos, o sistema do complemento, o sistema linfático, o baço, o timo e a medula óssea. Os leucócitos são produzidos na medula óssea e uma parte faz parte do sistema linfático, deslocam-se pelo sangue à procura de organismos estranhos e invasores (bactérias, vírus, parasitas, entre outros). Quando os encontram, atacam-nos com vista à sua eliminação. Os anticorpos ajudam os leucócitos neste combate, especificamente através do reconhecimento de proteínas à superfície dos microrganismos (antigénios), às quais se ligam para as sinalizar como estranhas. O sistema do complemento é composto por proteínas que complementam o trabalho dos anticorpos, conseguindo destruir células estranhas previamente marcadas por anticorpos. O sistema linfático é uma rede de vasos linfáticos espalhados pelo corpo (que contêm linfa e glóbulos brancos, incluindo linfócitos) e de gânglios linfáticos (que “aprisionam” os microrganismos). O sistema linfático absorve algumas gorduras da nossa dieta, ajuda a gerir os níveis de fluidos no corpo, ajuda na reação contra microrganismos e contra células cancerosas e faz a gestão de produtos celulares que de outra forma provocariam doenças. O baço é o órgão que ajuda na remoção de microrganismos do sangue, destrói glóbulos vermelhos (quando estão velhos ou doentes), produz anticorpos e linfócitos. O timo filtra e monitoriza o conteúdo do sangue e é também o local onde amadurecem os linfócitos T. A medula óssea é responsável pela produção de glóbulos vermelhos (para o transporte de oxigénio), glóbulos brancos (para defesa) e de plaquetas (fundamentais nos processos de coagulação).

O Sistema Imunitário tem a capacidade de manter uma “memória” de todos os microrganismos que já combateu, permitindo o seu rápido reconhecimento caso sejamos invadidos de novo pelo mesmo

microrganismo. Um rápido reconhecimento permite um combate e uma eliminação mais rápidos e eficazes. Todavia, devido à grande quantidade de subtipos de alguns vírus, a imunidade desenvolvida contra um subtipo (mesmo que armazenada em células de memória) não nos confere imunidade contra subtipos diferentes dos mesmos vírus e por isso, algumas infecções, como a gripe e a vulgar constipação, têm que ser combatidas com regularidade, tal como se referiu a propósito das vacinas.

Os vírus existem à escala global e, mesmo que a sua disseminação seja limitada por fatores de resistência do organismo (resistência inata e/ou resistência adquirida pelo sistema imunitário que nos imuniza por ação de vacinas ou porque contraímos infecções previamente), medidas de saúde pública (como as medidas de controlo sanitário) e fármacos antivirais (profiláticos ou outros), quando um novo vírus ataca o Homem e este não teve tempo de desenvolver imunidade, existe sempre o risco de essa nova infeção se vir a transformar, primeiramente num surto epidémico e este, alastrando-se a nível global, se transformar numa pandemia.

Uma epidemia é um contágio rápido que ocorre num curto período de tempo, de um grande número de pessoas numa dada população. Segundo a OMS, uma pandemia é uma disseminação global, mundial, de uma nova doença e este alastramento pode ser rápido, demorar meses ou anos.

A mais recente pandemia de COVID-19

A recente pandemia de COVID-19 foi consequência da rápida disseminação mundial de um novo vírus: SARS-CoV-2. O novo coronavírus, SARS-CoV-2, é responsável pela doença COVID-19 e foi identificado pela primeira vez em janeiro de 2020, na cidade de Wuhan, China. Este novo agente patogénico nunca tinha sido identificado em seres humanos, tendo causado um surto na cidade de Wuhan, em dezembro de 2019. À data desta redação, ainda se desconhece a origem da infeção.

Wuhan é uma cidade localizada na China Central. É a maior cidade da região e também a capital da província de Hubei. Esta cidade tem uma população de cerca de 11 milhões de habitantes, dos quais, muitos são imigrantes de outras áreas, incluindo Hong Kong, Macau e Taiwan, e conta também com muitos emigrantes da Coreia do Sul, do Japão e dos Estados Unidos da América (EUA).

A história de Wuhan remonta há 3.500 anos, tornando-a uma das cidades mais antigas da China. Desde os primeiros dias, Wuhan serviu como uma cidade portuária movimentada e importante. Durante a dinastia Yuan, a cidade foi designada como capital de província, tendo ficado famosa por ser uma das cidades comerciais mais importantes da China. Durante o século XIX,

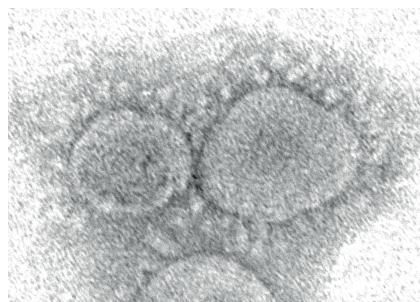
Wuhan continuou a crescer e a introdução da ferrovia acentuou ainda mais o papel da cidade como uma importante cidade de comércio. Hoje, é vista como um importante centro de política, economia, finanças, cultura e educação. Apresenta uma alta taxa de crescimento populacional de ano para ano, é conhecida por ter uma economia forte, conter várias zonas industriais significativas, oferecer diversas oportunidades de emprego e ser um importante centro de transporte. Com mais de 100 voos diretos para mais de 70 países pelo Mundo, antes da recente pandemia, Wuhan era um entreposto fundamental nas deslocações nacionais e internacionais.

O SARS-CoV-2 apanhou muitas nações de surpresa, mas não deveria ter sido assim.

De acordo com a compilação preliminar de estatísticas globais anuais da ICAO (International Civil Aviation Organization), o número total de passageiros transportados em serviços regulares subiu para 4,5 mil milhões em 2019. Somos milhares de milhão a viajar cada vez mais, aumentando os riscos de transmissão e disseminação de doenças.

Na verdade, antes de nos encontrarmos confinados, qualquer um de nós podia ter sido responsável por transportar o vírus para fora da China, numa simples viagem de avião. Além disso, há algumas décadas que virologistas e autoridades de saúde pública alertam para a ameaça de vírus emergentes.

O VIH emergiu como ameaça global após derrubar a barreira da espécie e após ter evoluído de um vírus dos chimpanzés. Na década de 90, vírus como o Ébola começaram a ser conhecidos por terem saltado a barreira da espécie e por terem provocado surtos epidémicos com consequências dramáticas.



Microscopia eletrónica de transmissão
de SARS-COV-2

(Foto: Hannah A. Bullock and Azaibi Tamin,
via Wikimedia Commons)

Curiosamente, já havíamos assistido a um primeiro surto de Síndrome Respiratória Aguda Severa — SARS provocada por um coronavírus, SARS-CoV, em 2002, no sul da China, com um epicentro na Província de Guangdong. Guangdong é a província mais populosa da China, com cerca de 80 milhões de pessoas.

Desde a década de 70, o crescimento anual em Guangdong acontece como consequência de um desenvolvimento fabril explosivo. Este desenvolvimento teve alguns efeitos ecológicos significativos, a destacar dois: a necessidade de produção industrial de centenas de milhões de galinhas para alimentar a força de trabalho das fábricas e a proximidade destes aviários junto de pequenos criadores de porcos. Esta escala e esta proximidade aumentou a probabilidade de vírus das galinhas passarem para os porcos e destes para os seres humanos. Sabemos hoje que, tanto as galinhas como os patos podem transmitir gripe das aves aos porcos, e os porcos podem ficar (ao mesmo tempo) infetados com estirpes humanas de gripe, o que os torna um vetor perfeito para o encontro dos vírus da gripe das aves e da gripe humana. Ao encontrar-se, ambas as estirpes podem trocar genes entre si e podem dar origem a um novo vírus da gripe e a uma nova pandemia. Parece que foi o que aconteceu em 1957 com a gripe asiática e com a gripe de Hong Kong, em 1968.

Guangdong sofreu um processo transformacional muito significativo, passando de um modelo de agricultura de subsistência, ecologicamente sustentável, em que orizicultores, que eram também criadores de porcos, galinhas e patos, em fatias de terrenos junto aos arrozais, se viram obrigados a adotar e criar animais “selvagens”, como o pangolim ou a civeta. Isto aconteceu porque, nos anos 80, com a Industrialização, ocorreu uma Revolução Pecuária, em que nasceram grandes empresas de produção de carnes para consumo (especialmente, galinhas, patos e porcos) e os tradicionais agricultores, não conseguindo competir com estas, se viram obrigados a procurar novas fontes de rendimento.

Com esta mudança, surgida nos mercados de fontes de proteína “selvagem”, alguns destes animais começam a ser classificados como “luxo”, elevando o seu preço, o seu valor de mercado e a procura. Ao mesmo tempo, as quintas industriais começaram a absorver cada vez mais terras cultiváveis, empurrando os pequenos proprietários para terrenos mais próximos de zonas de floresta, aumentando a probabilidade de contacto entre as espécies de animais, e o transbordo de novos vírus para os animais de quinta e para os seres humanos.

Foram criadas condições para os vírus circularem entre animais e criadores ou entre animais e vendedores de animais exóticos. E o inevitável aconteceu em 2002 e, desde 2005, sabemos que morcegos-de-ferradura chineses hospedam vírus da SARS, 88% a 92% idênticos aos isolados em seres humanos.

Curiosamente, até 2002, os coronavírus eram uma preocupação essencialmente da medicina veterinária. Estes eram vírus que haviam sido isolados pela primeira vez em 1937, associados a infeções respiratórias e entéricas de galinhas, roedores e porcos. No Homem conheciam-se alguns coronavírus que provocavam apenas corrimento nasal e doença respiratória ligeira.

É possível que o SARS-CoV possa ter primeiro contagiado outro animal antes de atacar seres humanos, mas também é possível que tenha sido transmitido diretamente dos morcegos para os seres humanos (por ingestão ou contacto com as fezes). Seja qual for a forma como isto aconteceu, o vírus adquiriu a genética necessária para se transmitir eficazmente entre as pessoas.

A SARS disseminou-se por 30 países e esta disseminação foi claramente impulsionada pelas viagens de avião. Nesta altura, apercebemo-nos todos de que as viagens aéreas facilitam (muito) o fluxo e a disseminação de agentes patogénicos. Houve 8.422 casos e 916 mortes de SARS porque, felizmente, a doença foi contida pela aplicação de quarentenas maciças, pela construção de instalações próprias para estes doentes (que a China conseguiu implementar em tempo recorde), e graças ao trabalho de uma rede de cooperação de cientistas que partilharam informação como talvez nunca antes visto; tudo isto, sem haver necessidade de recorrer a vacinas ou a medicamentos.

As novas tecnologias ao serviço da saúde e a capacidade de a OMS monitorizar surtos de doenças são essenciais para prevenir a ocorrência de pandemias trágicas, mas não são suficientes.

Os governos têm um papel igualmente muito importante, pois veja-se o impacto que pode ter na gravidade de uma epidemia um governo decidir ocultar surtos, ou quando é cultivada uma certa desinformação na sociedade civil, ou mesmo quando se verificam condicionalismos diversos à implementação de medidas pelo facto de os governantes recearem o impacto económico e político de curto prazo.

Sabemos hoje que os primeiros casos de SARS dataram de fevereiro de 2002, mas só em meados de abril foram revelados os números das infeções por SARS, em Pequim. Se, por um lado, a OMS pensava que se

tratava de uma gripe aviária, por outro lado, estes 3 meses impediram o lançamento de um alerta global atempado. Quando a OMS lançou o alerta e declarou que a responsável era a SARS, foram imediatamente implementadas medidas muito rigorosas de controlo de infeções nos hospitais e de triagem nos aeroportos e a doença foi assim contida. Também terá contribuído para o sucesso desta contenção o facto de as pessoas infetadas com SARS se tornarem contagiosas apenas quando começavam a apresentar sintomas: tosse e febre. De tal forma que, assim que manifestavam estes sintomas, entravam em isolamento e a transmissão do vírus era imediatamente travada.

No entanto, o facto de o vírus SARS-CoV permanecer em vários reservatórios animais poderá sinalizar a inevitabilidade de potenciais novos surtos.

Em 2012, na Arábia Saudita, um coronavírus próximo do SARS-CoV provocou um surto de uma doença respiratória parecida com a SARS, mas mais letal, com uma taxa de mortalidade nos doentes de 30%. O vírus foi batizado de MERS-CoV e crê-se que passou dos morcegos para os camelos no Norte de África, e destes para as pessoas, provocando uma doença que veio a designar-se de Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS). No final de fevereiro de 2012, foram confirmados 2.585 casos, 890 mortes associadas, com a maioria dos casos reportada na Arábia Saudita.

Ambos os casos (SARS e MERS) não atingiram muitas pessoas, talvez por isso não tenham desencadeado uma preocupação global. Já o mesmo não se pode afirmar do SARS-CoV-2, que provoca a COVID-19.

É provável que o SARS-CoV2 e o SARS-CoV partilhem um antepassado comum que infetou morcegos, sofreu mutações e se adaptou a este hospedeiro voador. É igualmente provável que tenha misturado os seus genes com os de outro coronavírus quando ambos infetaram o mesmo animal.

De alguma forma, o SARS-CoV-2 atua de forma idêntica ao SARS-CoV: utilizam a mesma proteína de superfície para invadir as células das vias respiratórias e ambos estimulam uma resposta imunitária agressiva e destrutiva que ataca os pulmões dos doentes infetados. Felizmente, o SARS-CoV-2 é muito menos letal, no entanto, a propagação ocorre por via de pessoas contagiadas, mas dias antes de apresentarem os primeiros sintomas (e podem mesmo não vir a desenvolver qualquer sintoma). Ou seja, as pessoas contagiadas tornam-se veículos de transmissão silenciosos deste novo vírus. Por esta razão, o SARS-CoV-2 espalhou-se pelo

Mundo bastante tempo antes de as autoridades de saúde pública perceberem que estávamos perante uma catástrofe à escala mundial. Daí não ter sido possível travar a sua propagação com as mesmas estratégias utilizadas há quase 20 anos.

Neste caso, observámos taxas de controlo de disseminação da infeção diferentes em função da estratégia e da ação de cada governo. Se por um lado, países que já haviam sofrido com a SARS e com a MERS, como a Coreia do Sul, implementaram medidas decisivas logo em janeiro de 2020, e com isso conseguiram uma taxa de mortes por cada milhão de infetados que os coloca em 132º lugar (411 mortes por milhão de habitantes), por outro lado, países como os EUA ocupam o 18º lugar (com mais de 3.000 mortes por milhão de habitantes). E note-se que ambos os países registaram os primeiros casos na mesma altura. No entanto, os EUA não realizaram quaisquer testes, decidiram concentrar a sua atenção nos viajantes vindos apenas da China e a Administração Trump decidiu apenas proibir as viagens para a China, numa altura em que o vírus já se encontrava a circular em vários países do Mundo (Nova Iorque recebeu a maioria do SARS-CoV-2 da Europa). Já a Coreia do Sul, naturalmente pela experiência que teve com os surtos de coronavírus de 2002 e 2012, reconheceu cedo a potencial perigosidade do novo coronavírus, preparou-se antecipadamente com equipamento de proteção individual para os seus profissionais de saúde e implementou rapidamente medidas de prevenção e de controlo decisivas para se conseguir controlar melhor o número de mortes.

Há que reconhecer que temos várias lições a tirar desta pandemia (para nosso bem). Em primeiro lugar, devemos ser capazes de reconhecer que a “história voltará a repetir-se” e que tal não acontecerá apenas com coronavírus. Estes são apenas um grupo de vírus que conseguem evoluir em reservatórios animais e, de vez em quando, desenvolver doenças em seres humanos.

Em segundo lugar, para melhor controlarmos esta evolução, há que vigiar os vírus, os animais, as interações entre si e destes com o Homem, na tentativa de os podermos travar antes destes serem capazes de atravessar a barreira para a nossa espécie.

Em terceiro lugar, reconhecermos que este processo de emergência de novas doenças infecciosas parece estar a aumentar, basta para isso, observarmos com alguma atenção alguns exemplos deste último século: VIH, SARS-CoV, Ébola, Zika e SARS-CoV-2.

Complementarmente, percebermos que, apesar dos avanços extraordinários da medicina, da ciência e da tecnologia, não devemos facilitar perante as doenças infecciosas como ameaça que são, e ter presente que os vírus são altamente mutáveis (e/ou recombináveis), e nós, seres humanos, estamos continuamente a ajudá-los a espalhar-se e a ocupar novos nichos ecológicos. Nós, seres humanos, ajudamos a criar condições para uma “tempestade perfeita”.

O que já sabemos e devemos integrar

O aumento da urbanização, com a concentração de grandes quantidades de pessoas em espaços pequenos e, muitas vezes, sem as condições de higiene adequadas, como atualmente observamos na América do Sul, em África e na Ásia, a formação de megacidades e o aumento da globalização, com o acelerado crescimento da ligação global entre países através das viagens internacionais, são fatores determinantes no estudo da microbiologia em geral e no estudo da virosfera, em particular, porque criam condições ideais para a evolução e rápida disseminação de diversos microrganismos.

A EcoHealth Alliance é uma organização global sem fins lucrativos de saúde ambiental dedicada a proteger a vida selvagem e a saúde pública do aparecimento de doenças. Através de um método multidisciplinar, a EcoHealth Alliance trabalha com governos, cientistas locais e políticos de todo o Mundo para resolver desafios de saúde causados por mudanças globais e interações Homem-animal, sensibilizando para a necessidade de implementar mudanças críticas no terreno para uma melhor previsão e mais eficaz prevenção de doenças infecciosas, para salvar ecossistemas, prever e prevenir pandemias. A EcoHealth Alliance concluiu que o risco de emergência de doenças infecciosas é «elevado em regiões de florestas tropicais de grande biodiversidade de mamíferos e que estão a sofrer mudanças antropogénicas na utilização da terra com práticas agrícolas». Quer isto dizer que outro fator que se está a mostrar determinante é o modo como a Revolução Pecuária está a tentar responder ao aumento da procura de novas fontes de proteína animal em países como a China, muito industrializados, o que provoca um aumento da pressão sobre *habitats* animais (considerados remotos) e em que residem inúmeros microrganismos, muitos ainda desconhecidos, como os coronavírus.

De onde se conclui com simplicidade que as doenças infecciosas têm causas ambientais mais amplas do que aquelas com que nos deparamos quando a nossa análise incide apenas nos microrganismos e nas doenças que provocam. O nosso conhecimento será sempre incompleto e limitado se não tivermos em consideração outros fatores que regulam o aparecimento dos agentes patogénicos e a sua propagação. Fatores ecológicos, imunológicos, sociológicos, comportamentais, culturais, históricos, sociais e económicos.

O Zika era, em 2015, considerado um vírus de RNA que provocava uma inofensiva doença que se transmitia através da picada do mosquito. O Ébola, outro vírus de RNA, foi um ano antes considerado como estando confinado a zonas florestais remotas da África Central. O SARS foi, em 2002, considerado uma gripe aviária.

Jamais se podia imaginar que o Zika iria afetar em 2 anos mais de 2.650 crianças no Nordeste do Brasil, com consequências trágicas para os bebés e para as suas famílias; ou que o Ébola iria dar origem a um epidemia em grandes cidades da Libéria, da Serra Leoa e, ainda menos, que iria ameaçar a Europa e os EUA; ou que o SARS era consequência de um coronavírus que nada tinha a ver com o vírus da gripe e que, ao passar para um hóspede de um dos maiores hotéis de Hong Kong, daria origem a um surto transfronteiriço de uma doença respiratória tão grave.

Ainda assim, apesar de toda esta experiência acumulada e recente, continuamos a surpreender-nos quando assistimos ao aparecimento de algumas emergências que não só não conseguimos antecipar, como foram incorretamente diagnosticadas.

Com algum humor e esperança no futuro...

Não sendo possível controlar todas as variáveis (históricas, económicas, sociais, ecológicas, comportamentais e outras), deve ser de senso comum que a medicina não tem atribuído o devido valor à medicina comparada. Talvez fosse vantajoso que no ensino médico esta problemática passasse a ser abordada e que a área da saúde pública passasse a incluir investigadores destas áreas.

Ainda que com a OMS a pesquisar, a verificar e a testar mutações regularmente, à procura de informações sobre surtos de doenças menos vulgares que se possam tornar na próxima pandemia, a sociedade contemporânea tende a pensar que a maioria dos seus problemas de saúde

não tem solução por culpa dos médicos e, em boa verdade, teria grande dificuldade em lidar com uma gripe semelhante à de 1918.

Mais ou menos conhecida, cada uma das doenças aqui descritas ilustra bem como o conhecimento médico e científico herdado pode ser facilmente perturbado pelo aparecimento de novos agentes patogênicos e como, na ausência de conhecimento laboratorial, de vacinas e de medicamentos eficazes, estas epidemias/pandemias têm a capacidade de gerar medo, alguma confusão e desinformação. Condicionantes que em nada contribuem para a nossa melhor preparação para o futuro.

Os vírus são tão essenciais para a evolução da vida na Terra, como são promotores de um certo caos sobre milhões de pessoas. O vírus da varíola é uma das poucas doenças erradicadas do planeta, foi também o vírus mais mortífero que conhecemos até hoje. Igualmente desafiantes, vírus como o Ébola, o *Influenza* e o SARS-CoV-2 continuam a representar enormes ameaças globais para a Humanidade. Daí que, toda e qualquer compreensão destas entidades nos ajude a uma melhor preparação com vista à prevenção futura de surtos epidémicos e de pandemias.

Citando Albert Camus:

Os flagelos, na verdade, são uma coisa comum, mas é difícil acreditar neles quando se abatem sobre nós. Houve no mundo igual número de pestes e de guerras. E, contudo, as pestes, assim como as guerras, encontram sempre as pessoas igualmente desprevenidas. Rieux estava desprevenido como o estiveram os seus concidadãos, e por isso é necessário compreender as suas hesitações. É por isso que é preciso compreender também que ele se dividisse entre a dúvida e a confiança. Quando rebenta uma guerra, as pessoas dizem: “Não pode durar muito, seria estúpido.” E, sem dúvida, uma guerra é muito estúpida, mas isso não a impede de durar. A estupidez insiste sempre, e compreendê-la-famos se não pensássemos sempre em nós. Os nossos concidadãos, a esse respeito, eram como toda a gente: pensavam em si próprios. Por outras palavras, eram humanistas: não acreditavam nos flagelos. O flagelo não está à medida do homem; diz-se então que o flagelo é irreal, que é um mau sonho que vai passar. Ele, porém, não passa, e, de mau sonho em mau sonho, são os homens que passam, e os humanistas em primeiro lugar, pois não tomaram as suas precauções. Os nossos concidadãos não eram mais culpados do que os outros. Apenas se esqueciam de ser modestos e pensavam que tudo ainda era possível para eles, o que pressupunha que os flagelos eram impossíveis. Continuavam a fazer negócios, preparavam viagens e tinham opiniões. Como poderiam ter pensado na peste, que suprime o futuro, as viagens e as discussões?

Julgavam-se livres, e nunca alguém será livre enquanto existirem flagelos. — Albert Camus, *A Peste*, 1947.

Num mundo cada vez mais globalizado, «as pestilências podem ser imprevisíveis, mas não de ser sempre recorrentes». A história, a economia, a ecologia, a sociologia são algumas das áreas que devem ser incluídas no estudo dos vírus, a par da medicina e da microbiologia, porque as epidemias e as pandemias analisadas até hoje mostram-nos o contributo relevante de diferentes fatores no aparecimento, prevalência e na gravidade das doenças. Ao mesmo tempo, a classe política dirigente deve ser capacitada com evidências objetivas para agir em conformidade e em tempo útil.

E, portanto, uma forma de prevenirmos um elevado número de mortes será com mais investigação, com maior pluridisciplinaridade, para compreendermos e prevermos quais as mutações mais prováveis de acontecer nos vírus mais prevalentes, monitorizando especialmente áreas de enorme densidade populacional e, quando possível, promovendo, eficaz e atempadamente, campanhas globais de vacinação.

Resta-nos esperar que ao sabermos reagir mais cedo, mais rapidamente e de forma mais eficaz, consigamos poupar o maior número de vidas humanas possível, com a consciência de que: «Ninguém está a salvo, enquanto não estivermos todos a salvo.», lúcido alerta dado por Tedros Ghebreyesus (Diretor da OMS).

Termino como comecei, com uma citação, esta de Padre António Vieira, que assim concluiu uma de suas cartas ao Rei de Portugal: «Perdoe-me Vossa Alteza a extensão desta carta, mas é que não tive tempo de fazer uma menor». E não é ironia. É de facto mais difícil expressar resumidamente um conjunto de ideias do que expô-las sem a preocupação de ser breve.

Referências bibliográficas

- Andiman, W. A. (2018), *Animal Viruses and Humans, a Narrow Divide: How Lethal Zoonotic Viruses Spill Over and Threaten Us*, Paul Dry Books; 1ª edição, EUA.
- Camus, A. (2002) *A Peste*, Editora Livros do Brasil, 1ª edição, Portugal.
- Daolin Tang, D., Comish, P. e Kang, R. (2020), “The hallmarks of COVID-19 disease”, *PLoS Pathogens*, *PLoS Pathog* 16: e1008536, <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008536> (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7244094/pdf/ppat.1008536.pdf>).

- Hayward, A. (2017), “Origin of the retroviruses: When, where, and how?”, *Current Opinion in Virology*, vol. 25, pp. 23-27.
<https://www.britannica.com/place/Guangdong>, consultado em abril de 2022.
<https://www.cshlpress.com/pdf/sample/2020/influenza/InfluenzaChap.pdf>, consultado em abril de 2022.
<https://www.ecohealthalliance.org>, consultado em abril de 2022.
<https://www.icao.int/sustainability/Pages/Air-Traffic-Monitor.aspx>, consultado em Abril de 2022.
<https://www.macrotrends.net/cities/20517/guangzhou-guangdong/population>, consultado em abril de 2022.
<https://www.macrotrends.net/cities/20712/wuhan/population>, consultado em abril de 2022.
<https://www.statista.com/statistics/1104709/coronavirus-deaths-worldwide-per-million-inhabitants/>, consultado em abril de 2022.
<https://winstonchurchill.org/resources/quotes/>, consultado em abril de 2022.
Oldstone, M. B. A. (2020), *Viruses, Plagues, and History: Past, Present, and Future*, Oxford University Press, 2ª edição, UK.
Padre António Vieira (2013), *Obras Completas* — Volume I, Círculo de Leitores, Lisboa, Portugal.
Punt, J., Stranford, S., Jones, P. e Owen, J. A. (2018), *Kuby Immunology*, MACMILLAN, 8.ª edição, EUA.
Roossinck, M. J. (2016), *Virus: An Illustrated Guide to 101 Incredible Microbes*, Princeton University Press, 1.ª edição, EUA.
Smith, I. e Wang, L. (2013), “Bats and their virome: an important source of emerging viruses capable of infecting humans”, *Current Opinion in Virology*, vol. 3, pp. 84-91.

Epidemias e consequências na história de Portugal

HELENA DA SILVA

Investigadora do Instituto de História Contemporânea da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (IHC-NOVA-FCSH)

Para muitas pessoas a COVID-19 foi uma surpresa sobretudo quando esta foi declarada pandemia, mas também pelas suas diferentes vagas, os sucessivos confinamentos, recolheres obrigatórios e quarentenas. Muitas pessoas desconheciam que noutros momentos da História outros vírus e bactérias tinham assolado o Mundo, incluindo Portugal. Essas doenças tiveram graves consequências económicas, políticas, sociais e demográficas.

Assim, várias doenças assolaram o Mundo ao longo dos séculos, tanto epidemias (doença infecciosa que se propaga rapidamente a um grande número de pessoas, mas limitada a uma região ou população específica) como pandemias (epidemia numa escala mais vasta, ou até global), tendo marcado a História e nalguns casos alterando-a de forma irreversível. Também no caso português, quando se olha rapidamente para a História de Portugal, encontram-se variados surtos e epidemias, por vezes recorrentes, e que até se tornaram doenças endémicas. Podemos assim dizer que a doença foi quase uma constante na população portuguesa, em particular nalguns momentos de dificuldades económicas. Contudo, como auferir as consequências diretas das epidemias ou pandemias? Como separá-las de outros acontecimentos históricos?

Este é um exercício complexo porque a doença se cruza muitas vezes com outros agentes que podem agravar o estado de saúde ou até originar outras doenças. De forma simples, entre esses fatores podemos destacar as condições higiénicas, a inexistência de um sistema de esgotos ou de água potável, condições habitacionais e/ou laborais insalubres, a má-alimentação e/ou a fome, as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, entre muitos outros elementos como os conflitos militares e as consequências destes para as populações. É uma conjuntura específica que conduz a doença às epidemias e que faz com que seja difícil isolar as consequências destas epidemias da restante conjuntura social, económica e política.

Neste capítulo pretende-se abordar brevemente as principais ou grandes epidemias (nalguns casos pandemias) que marcaram Portugal, tentando delinear algumas das suas consequências. Num primeiro momento, debruçamo-nos sobre a Peste Negra, uma das doenças mais devastadoras e com inúmeras consequências a longo prazo. De seguida, abordaremos a cólera e, por último, a Gripe de 1918-1919, mencionando algumas outras doenças que contribuíram para o quadro epidémico no início do século XX. Convém insistir que muitas outras doenças afetaram Portugal, algumas com consequências a longo prazo pois tornaram-se endémicas, isto é, recorrentes no território, como a lepra, a malária ou a tuberculose.¹

Peste Negra

A “Peste Bubónica” ou “Peste Negra” grassou na Europa Ocidental desde os finais do século XIV até ao século XVIII. A bactéria *Yersinia Pestis*, transmitida ao Homem por pulgas de roedores e outros parasitas, manifesta-se de várias formas, tendo ocasionado vários surtos de peste e três grandes pandemias. A primeira chamada “Peste de Justiniano” entre os séculos VI e VIII, seguida da “Peste Negra” e de uma terceira pandemia que do Extremo Oriente se alastrou para a Europa e para os restantes continentes ao longo dos séculos XIX e XX.²

Focamo-nos na segunda pandemia que marcou o imaginário da Idade Média pelo medo e incapacidade de curar os doentes, bem como pelo elevado número de mortes. Convém recordar que desde o ano 1000 vivia-se um período de crescimento populacional e assistia-se a um crescente êxodo rural. Ao mesmo tempo, o fenómeno *El Niño* terá contribuído para um conjunto de alterações climáticas que conduziram

¹ Sobre a malária em Portugal, leia-se Mónica Saavedra, *A Malária em Portugal: Histórias e Memórias*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2014. Sobre a tuberculose, Ismael Vieira, *Conhecer, Tratar e Combater a “Peste Branca”*. A Tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853-1975). Portugal: Edições Afrontamento/CITCEM. 2016. Sobre a lepra, Rita Sampaio da Nóvoa, *A casa de São Lázaro de Lisboa: contributos para uma história das atitudes face à doença (Séc. XIV e XV)*. Lisboa: NOVA FCSH, 2010. Dissertação de mestrado.

² André Filipe Oliveira da Silva, *A Peste Negra em Portugal. Os casos do Entre-Douro-e-Minho e do Entre-Tejo-e-Odiana*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2021. Dissertação de Doutoramento. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/137710/2/514861.pdf>, acedido em 19/05/2022.

a fracas colheitas sucessivas, numa situação agravada pelo aumento da produção para responder às necessidades da população em crescimento. Isto contribuiu para a especulação dos preços e, claro, para revoltas. É perante este cenário que a população europeia enfrentou a grande fome (1315-1322) e posteriormente a Peste.³ Ou seja, quando a Peste deflagrou, a Europa já estava em crise, com o sistema feudal em decadência.

Quanto a Portugal, mesmo se a historiografia parece concordar que o quadro não terá sido tão negativo, houve também um conjunto de secas e de sucessivos maus anos agrícolas, em particular entre 1332-1333, que levaram também à fome. Ao mesmo tempo, vários sismos afetaram o país causando pânico, bem como um conjunto de conflitos bélicos, nomeadamente entre o rei D. Dinis e o seu filho D. Afonso e entre D. Afonso IV e Afonso XI de Castilha, criando tensões, instabilidade e conflitos nas zonas fronteiriças. Assim, quando a Peste chega a Portugal, em junho de 1348, completa-se o tríptico fome, guerra e peste. Segundo a análise de André Silva, na sua brilhante tese de doutoramento, a Peste tem em Portugal um impacto sem precedentes e consequências sociais, institucionais e económicas, em linha com as que marcaram a Europa, mesmo se com diferenças regionais.⁴

No contexto europeu, muitos foram os estudos que destacaram como principal consequência da Peste a enorme quebra da mortalidade. Alguns tentaram avançar com números para esta quebra entre um ou dois terços da população. A maioria dos estudos destaca também a lenta recuperação dos níveis populacionais devido, em parte, às alterações nos comportamentos da nupcialidade e fertilidade, e a outros fatores como a situação económica e conflitos bélicos como a Guerra dos 100 anos (1334-1453), havendo variações entre os países europeus e regiões.⁵

³ Sobre a Grande Fome leia-se William Chester Jordan, *The Great Famine. Northern Europe in the Early Fourteenth Century*. Princeton: Princeton University Press, 1996.

⁴ André Filipe Oliveira da Silva, *A Peste Negra em Portugal*.

⁵ Christopher Dyer, *An Age of Transition? Economy and Society in England in the Later Middle Ages*. Oxford: Oxford University Press, 2009; Christopher Dyer, *Making a Living in the Middle Ages: The People of Britain 850-1520*. Yale University Press: New Haven and London, 2009; Stephen Broadberry, Bruce M. S. Campbell, Alexander Klein, Mark Overton, and Bas van Leeuwen, *British Economic Growth, 1270-1870*. Cambridge: Cambridge University Press, 2015; Ben Dodds and Richard Britnell eds., *Agriculture and rural society after the Black Death: common themes and regional variations*. University of Hertfordshire Press: Hatfield, 2008.

No caso nacional é praticamente impossível avançar com números para a mortalidade, ou estes seriam pouco fidedignos. Certo é que a mortalidade terá sido elevada. Como se seguiram outras epidemias e conflitos bélicos como as Guerras Fernandinas (1369-1382), o aumento da natalidade não foi imediato e foi difícil (ou lento) para repor os níveis da população pré-Peste. Ainda segundo André Silva, a peste é parte de um ciclo, sendo um entre outros fatores para a mudança e evolução no século XIV. «O conjunto dos fatores é vasto e a sua combinação complexa e variada».⁶ A peste, a fome e as guerras marcaram a viragem da Idade Média para a Idade Moderna, tendo a população demonstrado uma grande resiliência e adaptação às estruturas sociais, económicas e administrativas.⁷

Outros surtos de Peste ocorreram posteriormente, chamando a atenção para a epidemia de Peste Bubónica no Porto em 1899. Perante os primeiros casos o então médico e diretor do Serviço Municipal de Higiene, Ricardo Jorge,⁸ identificou a doença, o que levou à imposição de um polémico e humilhante cerco sanitário no Porto, controlado pelos militares. O cordão sanitário teve consequências diretas no comércio e na indústria da cidade, tendo também revelado a fome, a pobreza e a miséria de algumas zonas da cidade (em particular das *ilhas*).⁹

Indiretamente esta epidemia terá contribuído para a reorganização do sistema de saúde em Portugal. Em outubro de 1899 era criada a Direção Geral de Saúde e Beneficência Pública que concentrava no Ministério do Reino a repartição da saúde e da beneficência, encabeçada por um médico higienista e com a colaboração de um inspetor-geral dos

⁶ André Filipe Oliveira da Silva, *A Peste Negra em Portugal*, 689.

⁷ Bas van Bavel, Daniel R. Curtis, Jessica Dijkman, Matthew Hannaford, Maïka de Keyzer, Eline van Onacker, and Tim Soens. *Disasters and History: The Vulnerability and Resilience of Past Societies*. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.

⁸ Médico, higienista, epidemiologista e professor de medicina, Ricardo Jorge é uma figura incontornável da saúde pública em Portugal, reconhecido pelos diferentes regimes políticos. Foi Inspetor Geral dos Serviços Sanitários do Reino, Diretor Geral de Saúde, fundador do Instituto Central de Higiene, representante de Portugal no Comité de Higiene das Sociedades da Nações, entre outros. Rui Manuel Pinto Costa, *Ricardo Jorge. Ciência, humanismo e modernidade*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2018.

⁹ David Pontes, *O cerco da peste no Porto. Cidade, imprensa e saúde pública na crise sanitária de 1899*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2012. Dissertação de mestrado.

serviços sanitários (que seria Ricardo Jorge). Assim, cada capital de distrito teria um delegado de saúde, um médico, e existiam subdelegados de saúde que eram os médicos do partido em cada município. Em 1901, foram criados outros serviços anexos como a Inspeção Geral dos Serviços Sanitários do Reino, a Repartição de Saúde e o Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública.¹⁰ Foram também reorganizados os serviços de saúde marítima com a passagem de quarentenas obrigatórias a específicas e a desinfecção das mercadorias, bem como a criação de uma rede com quatro postos sanitários, em vez do único local de quarentena, o “lazareto” de Lisboa.¹¹

Uma vez mais, a epidemia da Peste revelou a falta de condições higiénicas e sanitárias da população portuguesa, tal como no caso da epidemia de cólera.

Cólera

Tal como a peste, a cólera é causada por uma bactéria, a *vibrio cholerae*. Esta transmite-se pelo consumo de água ou de alimentos contaminados, causando diarreia e vómitos que quando violentos podem levar à rápida desidratação e consequente morte. No caso da cólera, destaca-se a importância das condições higiénicas, nomeadamente uma rede de saneamento básico, para evitar surtos. Quanto às medidas propostas para fazer face à doença, no passado, destacaram-se os cordões sanitários, as quarentenas e isolamentos, com graves consequências económicas para as populações, e mais tarde pela desinfecção das águas.¹²

Ao longo dos tempos muitas foram as epidemias de cólera em vários pontos do Mundo, com diferentes vagas.¹³ Em Portugal, a primeira epidemia de cólera afetou inicialmente a cidade do Porto em 1833, aquando do cerco à cidade durante a Guerra Civil (1832-1834),

¹⁰ Jorge Fernandes Alves e Marinha Carneiro, “Saúde Pública e Política. Do «Código Sanitário» ao regulamento geral de 1901”. *CEM* 5 (2014): 27-43.

¹¹ Maria Paula Diogo e Ana Simões, “Epidemias e os Avisos Surdos da história”. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário* 10 (2) (2021): 31-51. <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i2.778>.

¹² Maria Antónia Pires de Almeida, “As epidemias de cólera no Portugal Europeu (1833-1975)” in Jorge Couto ed., *Atlas de História de Portugal. Uma perspectiva geopolítica*. Lisboa: Sociedade Francisco Manuel dos Santos, 2021, 2-3.

¹³ Charles E. Rosenberg, *The cholera years: the United States in 1832, 1849 and 1866*. Chicago: The University of Chicago Press, 1987.

tendo-se depois propagado ao resto do país. Considera-se que no século XIX a cólera era endêmica a Portugal, com várias vagas. Assim, na primeira vaga, a cidade do Porto ficou isolada, o que teve consequências diretas na economia, levou à carestia de vida, à falta de bens essenciais e à fome. O número de mortos terá sido mais de quarenta mil, número apontado como superior ao da própria guerra.¹⁴ Já André Pita, defende que nesta primeira vaga, o número de mortos em Lisboa terá sido inferior ao apontado pela historiografia, mesmo se houve um aumento da mortalidade, explicado também pela epidemia de tifo e pela Guerra Civil.¹⁵

Ainda no século XIX, seguiram-se outras vagas de cólera em Portugal como em 1854-1855, 1856 e 1865, reveladoras da falta de condições higiénicas, habitacionais e laborais nas cidades portuguesas. Quanto às consequências das sucessivas vagas de cólera (juntamente com outras doenças), como já referido, o isolamento e a imposição de cordões sanitários tinham sobretudo impacto direto a nível económico. Sobre este assunto, Laurinda Abreu destaca, por exemplo, o condicionamento no negócio do tabaco que consequentemente afetava negativamente as receitas do estado português.¹⁶ Mas no século XIX destaca-se a importância crescente do higienismo, ao qual Portugal não fica alheio. As sucessivas vagas de cólera terão igualmente contribuído para novas políticas sanitárias e para a aplicação de novos conceitos de higiene e de saúde pública. Assim, surgiu um conjunto legislativo sobre a salubridade na indústria bem como nas habitações (abastecimento de água, de esgotos, construção) e que regulamentam ainda a produção e venda de bens de consumo.¹⁷

¹⁴ Maria Antónia Pires de Almeida, “As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918”. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v.21, n.2 (abr.-jun. 2014): 687-708; Maria Antónia Pires de Almeida, “A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa”. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v.18, n.4 (out.-dez. 2011): 1057-1071.

¹⁵ André Filipe Samora Pita, *A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, 2017. Dissertação de mestrado.

¹⁶ Abreu, Laurinda (2018b), “A luta contra as invasões epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI-XIX”, *Ler História* [Online], 73. DOI: 10.4000/lerhistoria.4118.

¹⁷ André Filipe Samora Pita, *A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56)*.

Uma lenta mudança estava em curso, com uma crescente medicalização da sociedade, pois a doença alertava o poder político para a tomada de decisões, aumentando a influência do poder médico. Contudo, algumas medidas foram difíceis de implementar, resultando numa lenta melhoria das condições higiénicas nas cidades do Porto e de Lisboa. Como consequência, na viragem do século sucediam-se constantes epidemias, da qual já referimos a Peste ou o tifo. Devido às doenças infecciosas, a mortalidade permanecia elevada em Portugal; o quadro higieno-sanitário era negro e novamente a fome, a guerra e a doença cruzar-se-iam.

Gripe de 1918-1919

Considerada como a maior pandemia do século XX e, mesmo talvez de toda a História pelo elevado número de mortos que a Gripe de 1918-1919 causou. As estatísticas variam muito consoante os autores: no mínimo 30 milhões de vítimas, mas podendo chegar até aos 100 milhões, o que hoje corresponderia a 200-425 milhões de mortos, ou seja, entre 2,6% a 5% da população mundial.¹⁸ Apesar de esta Gripe em tão pouco tempo ter causado um número de vítimas muito superior à Primeira Guerra Mundial (1914-1918, cerca de 18,6 milhões de mortos em quatro anos) esta foi uma “Pandemia Esquecida”. Ao contrário da guerra em que se criou uma memória, o mesmo não aconteceu com a gripe.¹⁹

Mesmo se o número real de vítimas permanece desconhecido, e se há ainda muitas outras questões em aberto, sabemos hoje que esta gripe causada pelo vírus H1N1 se propagou rapidamente pelo Mundo em parte devido ao conflito mundial que então deflagrava. Durante muito tempo foi denominada erroneamente de “gripe espanhola” pois este país era neutro, logo com uma menor censura, o que permitia a publicação na Imprensa de notícias sobre a gripe. O vírus era então desconhecido e só foi identificado mais tarde, o que levou à especulação na comunidade

¹⁸ David Killingray, “A pandemia de gripe de 1918-1919: causas, evolução e consequências”, in José Manuel Sobral; Luísa Lima; Paula Castro; Paulo Silveira (orgs.), *A pandemia esquecida: olhares comparados sobre a pneumónica, 1918-1919*. Lisboa: ICS 2009, 41-61.

¹⁹ Leia-se as variadas publicações do grupo como: Sobral, José Manuel, Maria Luísa Lima, Paula Castro e Paulo Silveira e Sousa (org.), *A pandemia esquecida: olhares comparados sobre a pneumónica, 1918-1919*. Lisboa: ICS, 2009.

médica sobre as possíveis causas para tantas mortes em tão curto espaço de tempo.²⁰ Surgiram várias hipóteses, incluindo a de uma guerra biológica em que a Alemanha, através da Bayer e da aspirina, introduzira um vírus — contudo também os alemães e austríacos morriam de gripe e não tinham um antídoto — pelo contrário, a Aspirina era um dos fármacos utilizados no tratamento possível.²¹

O vírus transmitia-se por contacto direto com uma pessoa infetada (tosse, espirros) e um a três dias depois a pessoa sentia dores de cabeça, calafrios, febre, dificuldades respiratórias. Na altura, sem meios para lutar eficazmente contra o vírus, pouco mais havia a fazer do que descansar e evitar contagiar outras pessoas.

Esta Gripe afetou o Mundo em três vagas sucessivas: a primeira ocorreu na Primavera de 1918 quando parecia uma gripe banal com uma mortalidade reduzida; a segunda vaga, no Outono de 1918, foi a mais violenta e mortal; e assistiu-se ainda a uma terceira vaga no Inverno e Primavera de 1918-1919, mesmo se esta cronologia pode variar em alguns locais. O que é certo é que coincide com a Grande Guerra e ambos acontecimentos estão intimamente relacionados. Hoje discute-se ainda a origem geográfica do vírus, mas todas as hipóteses cruzam-se com a guerra: do campo militar no Kansas onde os soldados americanos se preparavam para entrar no conflito, aos campos militares no sul da Inglaterra ou no norte da França, passando pela hipótese asiática em que o vírus teria chegado à Europa via trabalhadores recrutados como mão-de-obra barata pelos exércitos francês e britânico. Não restam dúvidas de que a guerra contribuiu para acelerar a propagação do vírus pelo Mundo com a concentração e circulação dos militares pelas mobilizações, desmobilizações e licenças ou ainda das populações civis deslocadas. Além disso, a pandemia acompanha as últimas fases do conflito: a primeira vaga corresponde à última grande ofensiva alemã e à chegada das tropas americanas à Europa; a segunda vaga aos últimos

²⁰ Sobre a Gripe em Portugal, leia-se por exemplo Laurinda Abreu e José Vicente Serão, “Revisitar a pneumónica de 1918-1919: introdução”, *Ler História*, 73 (2018). DOI: 10.4000/lerhistoria.3944; Helena da Silva; Rui M. Pereira; Filomena Bandeira (coords.), *Centenário da Gripe Pneumónica, A pandemia em retrospectiva. Portugal 1918-1919*. Lisboa: IGAS, 2019; Antero Ferreira (coord.), *A Gripe Espanhola de 1918*. Guimarães: Casa de Sarmento, 2020.

²¹ Anne Rasmussen, “The Spanish flu”, in Jay Winter (org.), *The Cambridge History of the First World War*, Vol. III: Civil Society. Cambridge: Cambridge University Press, 2014, 334-357.

combates e ao armistício; e a terceira vaga à desmobilização das tropas e ao regresso progressivo aos seus países de origem. Quase após quatro anos de conflito, que devastaram várias zonas da Europa, causando nalguns casos um desequilíbrio na atividade económica e na produção agrícola, bem como desequilíbrios populacionais e políticos, a pandemia surgia no pior dos momentos. Assim, as autoridades civis e militares, as organizações voluntárias (como a Cruz Vermelha) e os profissionais de saúde estavam concentrados na guerra, o que de certa forma dificultou e retardou a implementação de uma resposta eficaz.²²

O caso português não é uma exceção, pois a participação na “guerra total” apenas agravou a conjuntura de fatores favoráveis à propagação do vírus. Desta conjuntura podemos referir a instabilidade política da República e o curto período do sidonismo, e ainda a conflitualidade social agravada pela constante carestia de vida e pelas carências estruturais algumas já anteriormente mencionadas. Além das epidemias recorrentes (varíola, tifo) o sistema de saúde e de assistência era maioritariamente controlado pelas Misericórdias e faltavam hospitais e profissionais de saúde. Para agravar a situação, Portugal tinha enviado um número importante de profissionais de saúde para o conflito, quer para a Europa quer para África. Tudo isto dificultou a intervenção das autoridades administrativas, sobretudo sanitárias, e a articulação com outros agentes sociais que poderiam ter prestado cuidados à população. Logo, quando os primeiros casos surgiram ainda em maio de 1918, trazidos por trabalhadores alentejanos que tinham estado em Espanha, rapidamente o vírus se propagou pelo país.²³

Como resultado, em Portugal esta pandemia de gripe pode ter causado a morte a mais de 100 000 pessoas, sendo uma das mortalidades mais elevadas da Europa. Ou seja, o impacto demográfico é considerável, sobretudo porque esta gripe causava a morte sobretudo aos jovens adultos com idades entre 20 e 40 anos, em particular aos homens.²⁴ Além da elevada mortalidade, a crise causou uma quebra na nupciali-

²² Helena da Silva, “A Gripe no Corpo Expedicionário Português”, in Antero Ferreira (coord.), *A Gripe Espanhola de 1918*. Guimarães: Casa de Sarmento, 2020, 117-136. <https://doi.org/10.21814/1822.64699>.

²³ João Frada, *A gripe pneumónica em Portugal continental 1918: estudo socioeconómico e epidemiológico com particular análise do concelho de Leiria*. Lisboa: Sete Caminhos, 2005; Sobral et al., *A pandemia esquecida*.

²⁴ Baltazar Nunes; Susana Silva; Ana Rodrigues; Rita Roquette; Inês Batista; Helena Rebelo-de-Andrade, “The 1918–1919 Influenza Pandemic in Portugal: A Regional

dade e consequente natalidade, e deixou ainda um importante número de órfãos.²⁵ Como exemplo, podemos mencionar o hospital da Cruz Vermelha Portuguesa em Lisboa que recebia militares e começou a receber crianças órfãs desde novembro de 1918, tendo até dezembro de 1921 acolhido 728 órfãos.²⁶

Todavia, uma vez mais, é hoje difícil avaliar as consequências apenas da Gripe uma vez que estas se misturam com a própria Guerra e outros fatores políticos, sociais e culturais. Além do impacto demográfico, houve certamente consequências na saúde pública; no Reino Unido, por exemplo, o Ministério da Saúde foi criado em 1919. Já no caso português, esta epidemia contribuiu uma vez mais para uma crescente medicalização da sociedade.²⁷

Considerações finais

No século XX, esta não foi a única pandemia de gripe. Outras estirpes assolaram o Mundo nos anos 1950-1960, mas a diferença terá sido o rápido desenvolvimento de vacinas, incluindo em Portugal. Além da gripe, este “século pandémico” ficou marcado por outras epidemias como a SIDA, o Ébola, a SARS ou o vírus Zika, para mencionar apenas algumas.²⁸ Apesar dos avanços científicos, as doenças continuam a surpreender o Homem e a causar medo, pânico e histeria. Se os meios para identificar e combater as doenças (vírus ou bactérias) se têm desenvolvido, continua-se a ignorar o potencial risco e muitos outros fatores que podem contribuir para que uma doença se torne numa pandemia mortal.

Analysis of Death Impact”, *American Journal of Epidemiology*, 187(12) (2018), 2541-2549. DOI: 10.1093/aje/kwy164.

²⁵ Helena da Silva, “Families, Marriages and Free Unions in Portugal”, in Luminița Dumănescu, Daniela Mârza and Marius Eppel (eds.), *Intermarriage throughout History*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2014, 286-308.

²⁶ Helena da Silva, “As estruturas hospitalares face à gripe pneumónica”, in Helena da Silva; Rui M. Pereira; Filomena Bandeira (coords.), *Centenário da Gripe Pneumónica, A pandemia em retrospectiva. Portugal 1918-1919*. Lisboa: IGAS, 2019, 163-180.

²⁷ Helena da Silva, “A gripe pneumónica e a medicalização em contexto militar e civil (1918-19)”, in Tiago Pires Marques e Sílvia Portugal (eds.), *A Medicalização da Vida em Portugal: História e Problemas Contemporâneos*. Portugal: Almedina, 2021, 57-81.

²⁸ Expressão utilizada por Mark Honigsbaum, *The Pandemic Century: One Hundred Years of Panic, Hysteria, and Hubris*. New York: W. W. Norton & Company, 2019.

Na era da globalização e da tecnologia digital, são diversos os fatores que influem na evolução das doenças como questões ambientais, imunológicas e comportamentais. E como no passado há uma associação constante entre doença, fome e guerra. As epidemias foram, são e serão eventos multifatoriais que afetam as sociedades a variados níveis, muitas vezes com efeitos secundários difíceis de compreender ou encontrar nas fontes históricas. Também talvez por isso a história das doenças, das epidemias e das pandemias está permanentemente a ser reescrita pelos historiadores, que devem ser auxiliados nesta tarefa por outras ciências.

Apesar de há vários anos a OMS alertar para que uma nova pandemia estava iminente, esta causou surpresa, medo e pânico. Se para alguns esta foi a COVID-19, para outros a grande pandemia ainda está para vir. Já se fala da era AC (Antes da COVID-19) e DC (Depois da COVID-19). Contudo, ao ver a Rússia invadir a Ucrânia, podemos questionar-nos se a COVID-19 não será novamente uma nota de rodapé como foi durante décadas a gripe de 1918-1919. A COVID-19 não deixa de ser um momento histórico único, vivido de formas diferentes e com consequências variadas, mas que também já se começam a cruzar com outros fatores, eventos e acontecimentos históricos como a Guerra na Ucrânia.

Aprender com uma experiência limite: a erradicação da varíola

ANA RESENDE, ELISA GARCIA

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

A partir de legislação e de fontes primárias e secundárias que foram sendo publicadas em Portugal através de investigação histórica, podemos acompanhar o conhecimento científico que foi sendo adquirido ao longo dos períodos de crise sanitária graves, assim como, as principais soluções práticas apresentadas e implementadas pelas autoridades sanitárias com impacto positivo na minimização/irradicação das doenças.

Com este capítulo pretende-se: refletir o que a humanidade foi aprendendo com estas experiências limite e, de um modo muito particular, com o sucesso da erradicação da varíola a partir também de um movimento rigoroso de vacinação; e perceber que repercussões positivas destas lições influíram no século XXI, no combate da pandemia do SARS-CoV-2 e da doença COVID-19.

Contextualização do conhecimento adquirido com as epidemias/ /pandemias

A realidade demonstra que, ao longo da sua existência, a Humanidade viveu sempre com doenças e que se cruzará, muito provavelmente, com a ocorrência de diversos outros surtos epidémicos/pandémicos, com maior ou menor expressão, que continuarão a acarretar consequências que se fazem sentir em diferentes planos da vida humana.

Todas esses efeitos têm vindo a alterar comportamentos, práticas e saberes, que já influenciaram, e que continuarão (como podemos observar atualmente com a realidade ocorrida com a pandemia da COVID-19) a influenciar no futuro estruturas económicas, sociais e políticas das sociedades atuais em que vivemos (Diogo & Simões, 2021). Também assistimos à evolução do conceito de saúde pública que, antes das descobertas científicas, já se encontrava inquestionavelmente ligado à importância atribuída à higiene pública como arte de conservar a saúde dos

povos, e que o estado higiénico de um povo indicava o seu grau de segurança, de liberdade e de comodidade (Monlau, 1847).

Os períodos de crise sanitária graves têm sido vários ao longo dos tempos e todos eles foram sendo responsáveis por elevadas percentagens de mortalidade na população mundial. Destaca-se, entre estes, a peste negra que terá causado cerca de 300 milhões de mortos, a gripe pneumónica, 100 milhões, e o VIH/SIDA, que continua a ser responsável pelo desaparecimento de 32 milhões de pessoas até à data (Almeida, 2014; Diogo & Simões, 2021; Esteves, 2020; Miranda, 2021).

De acordo com Almeida (2014) e Esteves (2020), podemos destacar ainda, também em relação a períodos graves de doença, relevantes na história da humanidade, os períodos da cólera (1853-1856 e 1865), da peste bubónica (1899), do tifo exantemático, da gripe pneumónica, da varíola (1918), e mais recentemente, o da pandemia da COVID-19 (2020).

A preocupação em controlar a ocorrência dos surtos e minimizar os seus efeitos acompanha o Homem também, desde há muito. Tendo em conta a investigação realizada, conseguimos constatar, a partir do século XIX, que o conhecimento à data sobre a prevenção e o tratamento das doenças era usado pelas autoridades para colocar em vigor medidas de controlo e eliminação dessas mesmas doenças (Almeida, 2014; Esteves, 2020).

Berridge & Crosby, 2012; Ferreira, 2015, citados por Esteves (2020), referem que, já na Antiguidade, o povo grego manifestava preocupação com o facto de o ambiente influenciar o estado de saúde do ser humano e que acreditava que a doença tinha uma origem mítica.

No séc. XIX, a memória histórica demonstra que o grande fator que influencia o aparecimento da doença é o constituído pelas condições de vida das populações e que, para as prevenir e tratar, era necessário alterar-se comportamentos, e que os Estados, no âmbito do setor social, investissem mais na melhoria das condições de vida de cada país (Esteves, 2020).

Apesar de periférico, Portugal dispunha, entre os meados do séc. XIX e início do séc. XX, de conhecimentos adquiridos com todas estas crises sanitárias, bem como de pessoal especializado, equiparado aos países mais avançados à época; disso são exemplo os trabalhos dos médicos Bernardino António Gomes, Câmara Pestana e Ricardo Jorge, no âmbito da higiene e epidemiologia (Bastos & Barreto, 2011; Esteves, 2020).

Estes trabalhos eram, à época, elogiados tanto a nível nacional, pelos seus pares e pelo próprio poder político, como, também, a nível internacional, através das suas produções científicas (Almeida, 2014).

Até ao final do século XVIII, os medicamentos que existiam tinham a função de curar e, nesse sentido, como refere Almeida (2014), distingue-se o médico Bernardino António Gomes (1768-1823), através dos seus trabalhos de «controlo da doença no sentido da sua prevenção», podendo ser comparado à época com Pasteur, Koch e Roux, que deram início ao desenvolvimento da farmacoterapia e à prevenção da doença.

No final do século XIX, o médico Ricardo Jorge foi responsável por medidas sanitárias relevantes, com especial enfoque na peste bubónica na cidade do Porto. Preocupado com a higiene, salubridade e a sua relação com a saúde, apresentou, nessa altura, o «Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública» como consta no *Boletim dos serviços sanitários* — Ministério do Reino, 1902, publicado em 24 de dezembro.

Este regulamento visava a organização da assistência pública e a educação sanitária como parte essencial na estrutura administrativa dos serviços de saúde centrais e locais, constituindo um marco fundamental no desenvolvimento da saúde pública no país (Garcia, 2016). Um dos seus objetivos era organizar os serviços de saúde marítima em Portugal, uma vez que o mar constituía, nessa altura, a porta de entrada da grande maioria das doenças (Almeida, 2011, 2014, 2021). O regulamento apresentava já várias medidas, que assentavam sobretudo na passagem da quarentena obrigatória e num lazareto, para a quarentena em casos específicos, sempre que necessário. Também começou por integrar o controlo sanitário em todo o friso marítimo nacional, e contribuiu igualmente, como veremos mais à frente, para a adoção de medidas e preocupações sanitárias e higienistas, nos centros urbanos (Almeida, 2014).

Estas práticas de vigilância e controlo sanitário integravam já a legislação europeia que tinha como principal interesse a construção de uma rede sanitária internacional, com vista a desempenhar um papel relevante no novo sistema internacional de vigilância e controlo sanitário das fronteiras marítimas e das fronteiras nacionais e europeias (Almeida, 2014).

As grandes preocupações com a higiene e a salubridade e a sua relação com a saúde transitaram para o século XX e foram objeto de reflexão no XV Congresso Internacional de Medicina, realizado em Lisboa de 19 a 26 de abril de 1906. Este congresso teve a colaboração de vários países

e de conceituados higienistas, entre eles, o Professor Calmette, Diretor do Instituto Pasteur, em Lille. A secção XIV de Higiene e Epidemiologia deste congresso, presidida pelo Professor Ricardo Jorge, debateu os problemas relacionados com a salubridade e a mortalidade da população, dada a sua importância para a medicina social. De acordo com a apresentação do Dr. Montenegro, no citado congresso, a higiene urbana e os serviços de saneamento, em Portugal, foram iniciados com atraso em relação aos outros países da Europa (Montenegro, 1906).

Na transição do séc. XIX para o séc. XX, também o crescimento da população portuguesa nos dois grandes centros urbanos (Lisboa e Porto), na sequência do processo de industrialização, implicou uma preocupação acrescida do Estado com a habitação destes novos operários (pátios ou vilas em Lisboa e ilhas na cidade do Porto) construída, pelos industriais e donos das fábricas, de modo a abrigar os seus trabalhadores perto dos seus locais de trabalho (Diogo & Simões, 2021; Esteves, 2020). O crescimento das cidades foi notório, nomeadamente em Lisboa, que contava, em 1885, com 240.000 habitantes e em 1900 passou a ter 370.000, o que levou ao aumento da sua superfície de ocupação, implicando medidas para alojamentos mais cómodos e higienicamente habitáveis (Montenegro, 1906, p. 276).

Estas construções habitacionais nos bairros operários eram muito deficitárias, no que concerne, sobretudo, às questões de sobrelotação e de higiene, associadas à promoção de focos de pobreza e de infeções. Nesse sentido, o Estado teve necessidade de reformar o espaço urbano, quer público, quer privado, no que diz respeito às estruturas básicas de saneamento e à construção de espaços verdes, promotores de adoção de estilos de vida saudáveis (abandono da permanência nas tabernas, possibilidade da prática de exercício físico e atividades de lazer ao ar livre, e, ainda, o convívio familiar num ambiente saudável e higiénico), (Diogo & Simões, 2021; Esteves, 2020).

As várias crises epidémicas que assolaram o país constituíram um grande desafio, não só para os higienistas, como, também, para as instituições científicas de investigação que os acolhiam à época (Almeida, 2014; Diogo & Simões, 2021; Esteves, 2020).

Em 1885, o médico Ricardo Jorge, publica *A Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa*, dando um especial relevo à importância do saneamento básico. Além de ser membro do Conselho Superior de Higiene e Saúde, começou a trabalhar na organização geral dos Serviços de Saúde Pública e no Regulamento Geral da Saúde e Beneficência Pública

(1901), já anteriormente referido, daí resultando uma legislação atualizada de redes de controlo e fiscalização da higiene e saúde pública (Almeida, 2014; Esteves, 2020).

Este trabalho de Ricardo Jorge dá origem a uma nova e profunda reforma de saúde pública em Portugal e à criação da Direção Geral de Saúde e Beneficência Pública, do Instituto Central de Higiene/Instituto Superior de Higiene, que em 1929, mudou para o atual Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Almeida, 2014; Esteves, 2020). Criado em 1899, a sua intervenção não seria apenas nos domínios da higiene pública, mas também no domínio da formação; tinha como função ser um centro docente e concorrer de sobremaneira, «para o fomento científico e prático da sanidade nacional» («Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública», 1901, p. 7).

A criação da Direção Geral de Saúde e Beneficência Pública, permitiu um avanço no controlo de epidemias e surtos de doenças. Aquela Direção encontrava-se subdividida em duas repartições, tendo, entre outros, um diretor geral e um inspetor geral dos serviços sanitários (Diário do Governo n.º 226, de 6 de outubro de 1899, p. 488).

Estes lugares eram providos por médicos com a formação em medicina e cirurgia das Escolas Médicas de Lisboa e Porto ou da Faculdade de Medicina. No prosseguimento das reformas, após a implementação da República, em 1910, estes serviços são extintos, ocorrendo a criação da Direção Geral da Saúde, em 1911 (Diário do Governo n.º 33, de 10 de fevereiro de 1911, p. 486).

A Direção Geral de Saúde teve como primeiro diretor o Prof. Ricardo Jorge, que passou a ter a seu cargo a resolução e expediente dos serviços de saúde pública, até à sua aposentação, em 1929, por limite de idade (Garcia, 2016).

A entrada do Prof. Ricardo Jorge no “Office International d’Hygiène” e a nomeação como delegado do Governo, em 1912, no “Comité d’Hygiène” da Sociedade das Nações, permitiram-lhe alargar o seu campo de ação, tão necessário à originalidade do seu espírito e à amplitude das suas iniciativas, e dar rumos inéditos às investigações epidemiológicas que constituem publicações únicas em toda a literatura científica (Coelho, 1946, p. 253).

A comunidade portuguesa dialogava, já nessa altura, em pé de igualdade com os interlocutores estrangeiros que se deslocavam a Portugal para estudar as epidemias, como se fazia representar também nas conferências sanitárias internacionais, para a discussão de medidas para o

combate das mesmas (Almeida, 2014; Diogo & Simões, 2021; Esteves, 2020). As grandes potências europeias enviam, desde 1851, os seus melhores especialistas às conferências sanitárias internacionais, com o intuito de uniformizar as medidas sanitárias a pôr em prática (Almeida, 2014; Diogo & Simões, 2021).

Realizaram-se conferências ou convenções, quer na Europa quer na América, sobre os métodos de luta contra as epidemias, que levaram a propor, em 1874, a criação do “Office International d’Hygiène Publique”, posteriormente efetivada em 1907 (Ferreira, 1963, p. 898).

Contudo, as posições de cada país foram, por vezes, divergentes e mutáveis ao longo dos tempos. A comunidade científica, quer internacional quer nacional, foi verificando, ao longo dos tempos, a incapacidade de resposta prática imediata às epidemias/pandemias e suas consequências. Para além da identificação das doenças e das medidas profiláticas e tratamentos que eram recomendados aos Estados, para a aplicação de medidas uniformizadas nestas conferências, não era unânime, contudo, a questão do contágio das doenças (Almeida, 2014; Diogo & Simões, 2021).

Durante séculos, o contágio das doenças foi defendido e apoiado por alguns países, quando se estabeleceram as primeiras quarentenas, refere Ackerknecht (1948), citado em (Almeida, 2014). Contudo, no século XIX, surge uma nova geração de cientistas que negaram o contágio das doenças, sustentados na ineficácia dos lazaretos, quarentenas e cordões sanitários, aquando da epidemia da cólera em 1832 (Almeida, 2014; Diogo & Simões, 2021; Esteves, 2020).

Enquanto os governos mais liberais do norte da Europa avançaram com políticas higienistas, abolindo os cordões sanitários e quarentenas, os países do sul da Europa, mais conservadores, mantiveram as práticas previstas pela teoria do contágio, com o isolamento das pessoas e a aplicação de medidas de higiene, com resultados mais eficazes no controlo das epidemias e das doenças em geral (Almeida, 2014; Diogo & Simões, 2021; Esteves, 2020).

Apesar da circulação do conhecimento científico e da apropriação deste por parte das autoridades, que o usaram para o combate das epidemias, a falta de higiene, tanto pessoal, como das habitações, com especial enfoque nas cidades, era o maior problema a resolver, assim como a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde nas zonas mais rurais (Almeida, 2014; Diogo e Simões, 2021; Esteves, 2020).

Desde o século XIX, que as medidas de prevenção das doenças com ênfase na higiene (arejamento das casas, limpeza das casas e roupas)

eram as mais divulgadas na imprensa nacional nos períodos de crises sanitárias, mas o cuidado da higiene das mãos e o uso de máscaras profiláticas faciais não eram, no entanto, medidas tão frequentes nas crises sanitárias vividas à época em Portugal (Almeida, 2014; Diogo e Simões, 2021; Esteves, 2020). Surge a necessidade de a comunidade científica, juntamente com a classe política, se esforçarem por educar as populações nesse sentido, com o apoio da imprensa e a afixação de cartazes ilustrativos e informativos para a divulgação das principais medidas a adotar.

Verificamos assim que, no séc. XIX, os jornais e os cartazes/panfletos informativos desempenharam um papel preponderante para travar a luta, quer contra a epidemia da cólera em 1855, quer contra a peste bubónica em 1899, reportando à população portuguesa, em geral, a natureza das doenças, as medidas sanitárias restritivas a tomar (como os cordões sanitários) e as suas principais consequências (como a pressão sobre os hospitais), que geraram, à data, fortes reações por parte da população (Almeida, 2014; Esteves, 2020).

No séc. XIX, a divulgação de informação no que diz respeito à Saúde Pública era mesmo uma questão de sobrevivência e, nesse sentido, a prevenção e a higiene eram os meios mais eficazes para se lidar com as crises sanitárias em geral e com as doenças em particular (Almeida, 2014; Diogo e Simões, 2021; Esteves, 2020).

Para além do número devastador de mortes, todas as epidemias/pandemias tiveram um grande impacto na humanidade, não só pela divulgação desse mesmo número à população em geral, como, também, pelas consequentes medidas sanitárias tomadas pelas autoridades públicas, de acordo com a literatura científica, e que vieram alterar, de forma significativa, a forma como o poder político passou a encarar as doenças com impacto na saúde pública (Almeida, 2014; Diogo & Simões, 2021; Esteves, 2020; Rosenberg, 1987).

Esta mudança de atitude dos governos dos diferentes países foi crucial, na medida em que passou a influenciar, não só o desenvolvimento de políticas sanitárias, mas, também, pela criação de novos conceitos de higiene e saúde pública que vigoram ainda atualmente. Nesse sentido, o discurso higienista na luta contra as epidemias e pandemias veio colocar os profissionais de saúde e as políticas de saúde pública no centro das atenções da vida dos municípios dos diferentes países no mundo (Almeida, 2014; Diogo & Simões, 2021; Esteves, 2020; Rosenberg, 1987).

Para além das obras de saneamento básico, a partir dos trabalhos de John Smith (1848-1854), os diferentes Estados reagiram às epidemias/pandemias de forma distinta, com a tomada de diversas medidas, inicialmente medidas mais restritivas que privilegiavam os lazaretos, cordões sanitários e as quarentenas com consequências, por vezes, tão ou mais devastadoras do que a própria doença e, ao longo dos tempos, nem sempre bem aceites pela população em geral (Almeida, 2014; Diogo & Simões, 2021; Esteves, 2020; Rosenberg, 1987).

Posteriormente, outras medidas sanitárias foram sendo adotadas para a prevenção e combate às doenças, como o uso de máscaras profiláticas faciais, o isolamento das pessoas infetadas, o reforço das medidas de salubridade (desinfecção das casas e higienização frequente das mãos), a intensificação da desinfecção de espaços públicos, o desaconselhamento de ajuntamentos populacionais e, ainda, a adesão aos programas de vacinação, como aconteceu com a pandemia da varíola.

Em Portugal, a atividade anti-infeciosa limitava-se a contra-atacar os surtos epidémicos, faltando um combate persistente e metódico das endemias. Foi devido à pressão externa exercida pela Convenção Sanitária Internacional, assinada em Paris, em 21 de junho de 1926, e à reformulação dos serviços de saúde pública, proposta pelo Prof. Ricardo Jorge, que foi criado o parque sanitário de Lisboa (Garcia, 2016).

Esta estrutura, no âmbito da prevenção e combate das doenças infecciosas, em posse da “casuística das moléstias epidémicas”, permitia providenciar recursos humanos com a criação de brigadas sanitárias e materiais necessários para acudir “aos focos epidémicos” e vinha colmar a necessidade de um serviço permanente de combate antiepidémico (Decreto-lei nº14.433, de 1927, p. 1996).

Pandemia da Varíola VS Pandemia da COVID-19

Na tentativa de se perceber que lições se foram tirando com as epidemias/pandemias que foram assolando o nosso país, destacamos com especial relevo, neste capítulo, alguns aspetos referentes à pandemia de varíola, porque, à semelhança com a pandemia da COVID-19, a população portuguesa experienciou um programa rigoroso de vacinação em massa.

A doença da varíola parece ter existido já no Império Romano e na China antiga. Esta doença, cujo termo advém do latim (*varius* = mancha ou *varus* = pústula), atinge praticamente toda a Europa, entre o século

XI e o século XV. Nos séculos XVI e XVII, a varíola difunde-se da Península Ibérica, para os restantes continentes, e, ao longo de diferentes períodos da história, ficaram conhecidas várias epidemias da varíola em diferentes continentes (Toledo, 2005).

É a partir da era cristã, século IV, que se encontram os primeiros relatos sobre esta doença (Toledo, 2005; Oliveira 2019). No século XVI, entre os médicos preocupados com a varíola, encontra-se o português quinhentista Garcia Lopes, à qual dedica um capítulo do seu livro (Oliveira, 2019). A autora, através da análise dessa obra, explicita a relevância, para a época, do contributo pessoal deste médico, dado que através das suas reflexões, documentadas em outros autores, evidencia sobretudo a questão de natureza prática, a transmissão, os sintomas, e os diferentes tratamentos para a doença, demonstrando o conhecimento empírico que foi adquirindo no exercício da sua prática como médico. «Nesta mistura de saber de experiência feito com erudição, Garcia Lopes converte-se, ele próprio, numa autoridade a estudar, num mestre a seguir» (Oliveira, 2019, p. 182).

Na Europa ficaram conhecidas muitas epidemias e surtos de varíola, com grande impacto na mortalidade da população. Em Portugal, a varíola verificou-se com maior expressão entre junho e dezembro de 1918, traduzindo-se numa doença infecciosa que afetava exclusivamente os seres humanos (Almeida, 2014; Esteves, 2020).

De início, a doença da varíola manifestava-se por calafrios, febre, mal-estar, vômitos, dor de cabeça e dor nos músculos, seguindo-se a erupção cutânea com manchas, bolhas, pústulas, que se alastravam por todo o corpo, provocando um grande desconforto (Levi & Kallás, 2002).

Para o sucesso da erradicação da varíola, contribuiu o facto de esta doença ter um período de incubação curto, o que limitava a sua disseminação antes do início dos sintomas, e apresentar um quadro clínico característico, que permitia que pessoas bem treinadas a identificassem facilmente, facilitando assim o diagnóstico precoce e a instituição rápida das medidas de controlo (Borges, 2020; Levi & Kallás, 2002; Toledo, 2005).

Outros fatores que contribuem como vantagem ao combate da varíola prendem-se com: as pessoas serem sintomáticas; terem lesões particulares na pele que facilitam a identificação da doença; os seres humanos serem os únicos hospedeiros da doença; não haver transmissão do vírus entre pessoas assintomáticas; o vírus, à qual pertencem a varíola humana e a varíola dos macacos, serem considerados estáveis, não passando por muitas mutações, conferindo assim, imunização a

longo prazo a quem foi contaminado ou vacinado (Borges, 2020; Levi & Kallás, 2002; Toledo, 2005).

A transmissão desta doença era exclusivamente pessoa-a-pessoa, não tendo hospedeiro intermediário, nem reservatório na natureza, sendo, todavia, necessário o controlo da infeção entre os seres humanos (Borges, 2020; Levi & Kallás, 2002; Toledo, 2005).

Até ao final do séc. XVIII, não havia métodos e medicação eficazes, para a prevenção de doenças de fácil contágio, como era o caso da varíola, considerada uma das maiores pandemias, na história da saúde mundial. Prevaleceu durante pelo menos três mil anos e foi responsável por cerca de 300 milhões de mortes só no século XX. O último caso registado desta doença, foi em outubro de 1977, em Merka, na Somália (Lopes, 1996).

A sua erradicação é considerada uma vitória para toda a humanidade, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS), em maio 1980, na sua 33.^a Assembleia Mundial de Saúde, a declarar oficialmente ao mundo que a população estava livre de varíola, trazendo a esperança para serem eliminadas outras doenças infecciosas, na medida em que o sucesso do programa de erradicação permitiu angariar conhecimentos e ferramentas vitais no que respeita à vigilância epidemiológica, aos benefícios da vacinação e à importância da promoção da saúde para se enfrentar as doenças (Henderson, 1994). Nesse sentido, a libertação do risco da varíola representa, «seguramente, o maior marco da Medicina que separa dois tempos históricos diferentes: antes e depois de 1980» (George, 2022).

Não existia tratamento para a doença da varíola, a prevenção pelo meio da vacinação era a única forma de a combater. A estratégia para a contenção dos surtos consistia em isolar o doente e vacinar os seus contactos (Henderson, 1994).

É importante referir que, na procura de formas de a combater, surge a descoberta da vacina, em 1796, atribuída ao médico inglês Edward Jenner, como resultado da sua investigação. Sem conhecer a imunologia e sem conhecimento de vírus e bactérias, apresentou uma vacina que mudaria para sempre a história da humanidade no combate a uma doença que levava à morte. Com esta descoberta foi aberta uma nova etapa na história dos medicamentos, a terapêutica medicamentosa ficou a ser também preventiva (Cabral & Pita, 2015).

O início do controlo da doença na Europa dá-se, todavia, no século XVIII, com a variolização (inoculação de material extraído das crostas

da varíola em pessoas sãs, na tentativa de produzir doença mais branda do que a natural) e com a descoberta da vacina, por Edward Jenner (1796), no final do século XVIII, que confirmava que a contaminação pela varíola bovina conferia proteção contra a varíola humana. O uso das vacinas foi depois generalizado por Pasteur, em 1885 (Borges, 2020; Toledo Jr., 2004).

Um dos primeiros registos da prática da «variolição» que ocorreu em Portugal deve-se ao físico da Corte Portuguesa, Francisco Tavares que, em 1812, enviou para o rei o resultado das observações do Real Hospital Real da inoculação das bexigas, de forma a tornar público o procedimento utilizado e as observações diárias dos sinais e sintomas dos expostos, nos anos de 1796, 1797, e 1798, realizadas pelos médicos do mesmo hospital, António Mendes Franco e Fortunato Rafael Amado.

A variolição consistia na inoculação de uma quantidade de pus das feridas das pessoas com a doença na pele dos que estavam saudáveis para que estes a adquirissem de uma forma mais atenuada. A introdução do documento faz uma alusão sobre esta prática e resultados obtidos, sobretudo na Europa. Nesse sentido, no dia 2 de julho 1796, foi ensaiada a primeira inoculação da matéria “bexigofa” a seis pessoas expostas. Posteriormente, também as crianças foram expostas ao mesmo procedimento. O relatório descreve, ao longo dos anos, os sinais e sintomas e a forma como a doença se manifestava em cada uma dessas pessoas e conclui que os resultados obtidos produziram, nos expostos, bexigas verdadeiras. As bexigas provocadas pela inoculação eram efetivamente a mesma doença (Tavares 1812). A criação deste Hospital, em 1796, deve-se ao Intendente Pina Manique, que pretendia lutar contra a varíola. Refira-se que os alunos da Casa Pia forma imunizados.

Entre as estratégias para a prevenção da varíola, a vacinação ocupou lugar de expressão no quadro epidemiológico mundial, ao ser a doença precursora das vacinas. A «vacinação antivariólica é representada como o ato inaugural da medicina científica [...] é o ponto de apoio a partir do qual a evolução das ciências biomédicas toma sentido» (Lopes, 1996, p. 66).

Na sua tese apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, o médico Azevedo Domingos mencionava o impacto desta doença no país, sobretudo no Porto, devido à falta de saneamento e à pobreza da população, principalmente a que vivia nas ilhas da cidade «as epidemias de varíola ceifam muitos adultos, mas fazem as suas principaes razias nas creanças, porque a vaccinação é restricta e muitos adultos

adquiriram a imunidade por esse primeiro ataque de varíola» (Azevedo 1896, p. 21).

Este médico proclamava: a importância do isolamento em casa ou, na sua impossibilidade, no hospital; a higiene individual e habitacional; e a desinfecção através dos serviços públicos, estabelecida obrigatoriamente para Lisboa em 12 de abril de 1894 e para o Porto em 4 de maio do mesmo ano. Também defendia a obrigatoriedade da vacinação, por contribuir para a diminuição da mortalidade pela varíola, dando o exemplo de alguns países, nomeadamente, a Alemanha, valorizando a importância da cobertura vacinal das crianças e a revacinação de todas as pessoas:

a vacinação das crianças deve ser considerada como o principio d'uma série de inoculações impostas a cada individuo [...] A vaccina confere uma imunidade média approximada de dez annos; devia portanto ser praticada todas as décadas e n'aquelles individuos que não tiverem ainda recuperado a receptividade, far-se-hiam inoculações todos os annos até que dessem bom resultado [...] um anno que passa é um numero considerável de victimas sacrificadas vergonhosamente á tibieza dos governos, — a varíola conserva ainda considerável gravidade, os seus estragos continuarão a ser grandes, se não forem esterilizados os terrenos onde ella cahir (Azevedo 1896, p. 63).

A partir do séc. XIX, surgem grandes campanhas para a vacinação antivariólica e fundaram-se instituições para a difusão da vacinação na Europa; nesse sentido, a existência da vacina da varíola permitiu, já nessa altura, um movimento o mais rigoroso possível de vacinação (OMS, 1980).

De modo a divulgar a vacina de Jenner e aplicar a vacinação contra a varíola, foi fundada em Portugal, em 1812, a Instituição Vacínica na Academia Real das Ciências de Lisboa, através do grande incentivo do médico Bernardino António Gomes (1768-1823), (Cabral & Pita, 2014; Subtil & Vieira, 2011); cinco anos depois verifica-se que, em Portugal, já tinham sido vacinadas cerca de 20.000 pessoas (Cabral & Pita, 2014).

Inicialmente a vacinação era realizada à custa do esforço individual dos médicos que importavam o material vacínico de Inglaterra. É sob a égide da Academia Real das Ciências Médicas que se fez um esforço de vacinação de grande escala, o que se revelou difícil de concretizar devido à falta de recursos humanos e financeiros. Os números mostram um crescimento das vacinações entre 1813 e 1817. No entanto, a partir

dessa data, há uma diminuição acentuada desses números; em 1822 administraram-se menos vacinas do que em 1813, como está referido no *Diário das Cortes*, no número 38, na sessão do dia 20, de 21 de março (1821).

Em Portugal a aplicação da vacinação começou, efetivamente, a ser implementada a partir da Primeira República. Durante a Monarquia, através da análise das atas dos debates dos deputados, podemos perceber que surgem propostas fundamentadas com base na prática amplamente disseminada por toda a Europa, defendendo o método devidamente testado para a erradicação da varíola. Nesse sentido, ressalta-se o debate, em 1822, na Câmara dos Senhores Deputados, no dia 14 de fevereiro, tendo por base a proposta do médico deputado Cunha Leal, para a obrigatoriedade da vacinação da varíola; no entanto, a dicotomia entre os direitos e deveres individuais dividiu os deputados e impediu a sua aprovação. Posteriormente, em março de 1896, o deputado Moraes Carvalho Sobrinho apresentou uma proposta semelhante para a obrigatoriedade da vacinação, que foi também rejeitada, como consta no diário da câmara dos senhores deputados, na sessão de março (1896).

Mesmo com as resistências que foram surgindo, em março de 1899, foi aprovada a lei n.º 81, que consagrou a vacinação e revacinação com a vacina antivariólica, sustentada no parecer da Comissão da Saúde e impulsionada pela ação do Prof. Ricardo Jorge, conforme referido na câmara dos senhores deputados, na sessão n.º 3 de 16 de janeiro, de (1899, p. 17). Por falta de regulamentação da lei esta não foi aplicada; acabou por ser regulamentada a partir de 1903, e a vacinação passou a ser obrigatória, de acordo com a câmara dos senhores deputados, sessão n.º 61, de 3 de abril de (1903).

Após a implementação da República, a 5 de outubro de 1910, o assunto regressou ao parlamento, em novembro de 1911, para avaliar a manifestação contra a vacinação obrigatória das crianças, apresentada pela Sociedade Vegetariana de Portugal. Após a sua discussão e análise, a Câmara dos Deputados decidiu pela confirmação da lei e a obrigatoriedade da vacinação, conforme consta no *Diário do Senado*, Comissão de Higiene e Assistência, de 22 de dezembro (1911).

Na primeira metade do século XX, as descobertas científicas levam ao aparecimento de outras vacinas: contra a cólera, tétano, difteria, tifo e outras doenças, o que leva a Câmara Corporativa, em 1964, a fazer uma avaliação da sua aplicação de 1952 a 1962. Verificou-se que foram administradas mais de 11 milhões de inoculações,

das quais 7,5 milhões correspondiam a vacinações antivariólicas, conforme consta na ata n.º 65, da Câmara Corporativa, de 1 de outubro de 1964, p. 680. À época, as vacinas administradas não obedeciam a um plano para a cobertura vacinal da população portuguesa (Cabral & Pita, 2015).

Com a exceção da varíola, o resultado obtido com a vacinação para as outras doenças era diminuto, para o que contribuía a dificuldade de se imunizar atempadamente os grupos mais suscetíveis, o que levava ao afastamento das nossas taxas de incidência e mortalidade por essas doenças, em comparação com grande parte dos países europeus. Assim, com a informação científica disponível sobre as diferentes doenças e respectivas vacinas, impunha-se aplicar um verdadeiro Programa de Vacinação Nacional, que se tornou passível de implementar a partir de 1965, com a ajuda da Fundação Calouste Gulbenkian.

Também foi instituído o boletim individual de saúde, em que se registavam todas as vacinas, facilitando o controlo das mesmas. O sucesso alcançado com o plano de vacinação deve-se sobretudo, «ao empenho e aceitabilidade dos profissionais de saúde e à adesão e confiança dos cidadãos na vacina» (Freitas, 2013, p. 53). Destaca-se o desempenho fundamental dos enfermeiros na «consecução do Programa Nacional de Vacinação, iniciado em 1965» (Subtil & Vieira, 2011, p. 167).

No nosso país, as vacinas não são obrigatórias por lei, embora na prática assim pareça, uma vez que para a frequência das escolas e dos locais de trabalho (oficina, fábrica, estabelecimento comercial ou industrial) e ainda para se fazer exame ou concurso de desempenho ou para desempenhar qualquer cargo público, seja pedida a prova de vacinação. As vacinas, à data, eram administradas de forma gratuita nas delegações de saúde e na Cruz Vermelha, assim como nos asilos, prisões e ainda nalgumas coletividades (Almeida, 2014).

Em relação à crise sanitária da varíola, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1959, criou um programa global para a erradicação desta doença, e nesta altura, a vacina altamente eficiente, em dose única e de fácil aplicação, já se encontrava disponível, o que permitiu, juntamente com a criação de programas de vacinação eficientes em todo o mundo, que a OMS pudesse declarar em 1980 a erradicação da varíola, considerada como primeira doença erradicada pelo Homem através da vacinação (OMS, 1980).

Podemos constatar, também, que outros fatores contribuíram para o sucesso desse programa, como a existência de um compromisso político

universal, de objetivos técnicos estabelecidos, de cronograma preciso, de estratégias flexíveis e de treino adequado dos profissionais de saúde (OMS, 1980).

Em 1979, a OMS possuía já um *stock* suficiente para vacinar contra a varíola 200 milhões de pessoas e, dada a possibilidade de a varíola ser usada como arma biológica, a OMS, continua a manter em *stock* uma quantidade adequada de vacina (OMS, 1980).

Para a erradicação da varíola foi necessário, para além da imunização, a adoção de procedimentos e medidas de saúde pública como: o rastreio de todos os casos; a identificação dos mesmos; o controlo das pessoas sintomáticas; o isolamento das pessoas infetadas; o contacto com os seus conviventes e o rigoroso cumprimento do programa de vacinação, enquanto estratégia de vacinação de bloqueio para a contenção dos surtos (OMS, 1980).

A erradicação da varíola constituiu uma das grandes conquistas da epidemiologia moderna, por a doença ter sido erradicada à escala mundial, graças à cooperação de vários países e por contribuir enormemente para a saúde e bem-estar das populações, com particular destaque para os países mais pobres, tornando-se assim um dos mais notáveis sucessos de saúde pública da história da humanidade (OMS, 1980).

Em Portugal, a partir de 1950, a varíola deixou de constituir problema sanitário com reflexos na taxa de mortalidade. Desde 1953, não se registou a existência de qualquer caso de varíola em Portugal, conforme consta em *Assembleia da República*, no 4º suplemento do número 4, de 19 de dezembro de 1961.

A varíola foi dada como erradicada, em 1976, quando o governo do Dr. Mário Soares decretou o fim da obrigatoriedade da vacina, revogando as normas da Lei n.º 2 de março de 1899 e o regulamento da vacinação antivariólica de 23 de agosto de 1911, antecipando-se, deste modo, à declaração da OMS. A partir de 1977, a vacinação deixa de ser obrigatória.

De acordo com a OMS, os governos, a partir de 1980, abandonaram a vacinação da varíola, porém «todas as pessoas que têm idade inferior a 50 anos não estão protegidas com anticorpos que a vacina teria assegurado» (George, 2022).

Já no séc. XXI, em dezembro de 2019, a OMS foi formalmente notificada em relação a uma nova doença infecciosa, cujo vírus foi isolado em janeiro de 2020 e, após a sequenciação do seu genoma, identificado como *vírus SARS-CoV-2*.

Desde então, a doença, conhecida como COVID-19, espalhou-se muito rapidamente por todo o mundo, causando até julho de 2021, mais de 4 milhões de mortes (Miranda, 2020).

À semelhança da varíola, este vírus é altamente contagioso, com consideráveis taxas de letalidade, sobretudo na população mais idosa e em pacientes com doença crónica; a sua transmissão faz-se através de gotículas expelidas por espirros, tosse e ainda por contacto direto da mucosa das vias aéreas respiratória dos seres humanos (Pang; et al. 2020).

Em relação aos sintomas, os pacientes apresentam, em geral, uma infeção respiratória aguda grave, dificuldade respiratória, constante sensação de fadiga, febre, tosse, expetoração e dores de cabeça. Contudo, nem todas as pessoas infetadas apresentam sintomas, podendo assim contaminar os conviventes, no seu dia-a-dia.

Trata-se de um vírus, tal como acontece com o do sarampo, mais difícil de ser completamente erradicado, servindo as estratégias e medidas de saúde pública para este tipo de doenças, mais para controlo do que para a erradicação plena do próprio vírus (Werneck e Carvalho, 2020).

Até ao aparecimento da vacina (2020), foram também adotados, à imagem de outras epidemias/pandemias, procedimentos, técnicas de saúde pública e medidas sanitárias como: rastreio de todos os casos; identificação dos mesmos; controlo das pessoas sintomáticas; isolamento das pessoas infetadas; contacto com os conviventes; reforço de auxílio de diferentes profissionais de saúde à população em geral; uso de máscaras profiláticas faciais em todos os locais públicos; reforço das medidas de salubridade (desinfecção das casas e higienização frequente das mãos a desinfecção das mãos com álcool em gel); adoção de regras de etiqueta respiratória; intensificação da desinfecção de espaços públicos; desaconselho de ajuntamentos (lúdicos, culturais, religiosos e políticos) e, ainda, rigoroso cumprimento do programa de vacinação com a devida certificação (MS: DGS, 2020; Werneck e Carvalho, 2020).

Com a pandemia da COVID-19, tal como com a pandemia da varíola, iniciou-se, com a maior brevidade possível a nível mundial, o desenvolvimento de uma vacina com a tecnologia já existente, que pudesse combater com eficácia esta doença, tal como sucedido com a pandemia da varíola.

Contudo, o sucesso verificado com a pandemia da varíola, não é fácil de ser replicado em relação à pandemia da COVID-19 porque as

doenças, apesar de ambas serem infecciosas, apresentam características diferentes entre si. O vírus SARS-CoV-2, da COVID-19, é muitas vezes transmitido de forma assintomática, passando despercebido em muita da população; sofre muitas mutações, dificultando a imunização do corpo humano e, em alguns casos, a proporcionada pelas vacinas (Werneck e Carvalho, 2020).

Considerações finais

A revisão bibliográfica realizada acerca dos estudos histográficos permitiu refletir e compreender a evolução do conhecimento, a apreensão das práticas, os procedimentos e medidas sanitárias que foram sendo adquiridos e postos em ação ao longo dos séculos, para o diagnóstico, combate e minimização dos efeitos devastadores que as crises sanitárias por epidemias/pandemias têm provocado à humanidade.

Podemos constatar que a relação entre o Homem e a Doença é antiga e que ao longo dos tempos tem havido infeções graves, com taxas de mortalidade muito elevadas.

Outro aspeto a destacar com a pesquisa realizada é o facto de a imprensa se ter revelado como fonte histórica indispensável para o estudo da correlação entre as diferentes pandemias, com especial interesse entre a pandemia da varíola e da COVID-19.

Constatamos também como relevante que a imprensa generalista portuguesa do séc. XIX e início do séc. XX tinha a intenção de educar e formar o público ouvinte e o público leitor, à luz do que acontece também atualmente, com ganhos evidentes na eficácia da implementação e execução de medidas ao nível da prevenção secundária, ou seja, no despiste da doença a meio do corolário do friso dos níveis de prevenção da doença.

Esta realidade pandémica, ainda atual, continua a revelar custos evidentes para as sociedades, por se descurar o princípio da prevenção, a prevenção primária, com a educação para a saúde para as doenças infecciosas agudas e/ou crónicas transmissíveis e o incentivo à adesão à vacinação enquanto proteção específica (Esteves, 2020).

Também salientamos, com a pesquisa realizada, que a circulação do conhecimento adquirido com estes surtos, através da divulgação por meio de livros, de transcrições e traduções de revistas científicas especializadas e de comentários de obras mais modernas, foi e é uma realidade (Almeida, 2014). Contudo, fica também claro, de acordo com a

mesma autora, que esse mesmo conhecimento, meios, equipamentos e medicamentos, se circunscreviam sobretudo aos grandes centros urbanos, causando assimetrias na população em geral em relação ao acesso a serviços e a profissionais de saúde, com práticas mais especializadas, o que se verifica ainda atualmente, quer a nível nacional, quer a nível mundial.

Com este capítulo, pretendemos refletir sobre a forma como as sociedades atuais, apesar do conhecimento existente há muito, têm lidado e transferido esse mesmo conhecimento, para a alteração de comportamentos e práticas que permitam a definição de estratégias e ações efetivas, que antecipem alterações das condições ambientais, sociais e políticas a nível local, regional, nacional e mundial, para que o mundo não se “paralise” com novas pandemias.

Tendo em conta o paralelismo da pandemia por COVID-19 no séc. XXI, com outras epidemias/pandemias, conhecidas nos séculos passados, podemos constatar que foram sendo, ao longo da história da humanidade, adotados métodos profiláticos e medidas sanitárias em comum. Com a pandemia da varíola, em particular, constatamos também que ambas — varíola e COVID-19 — têm, na tentativa da sua resolução, um movimento rigoroso de vacinação.

Almeida (citado em Miranda, 2020), afirma que a história tem demonstrado que as sociedades tendem, depois das crises, a desconstruir-se novamente quanto às medidas sanitárias, e a voltar a cometer erros ambientais, políticos, económicos e sociais, que poderão levar ao aparecimento de novos surtos de infeção/doença, com resultados muito idênticos aos vividos no passado.

Se pandemias como a do novo coronavírus, vivida em pleno século XXI, paralisam e causam o caos em todo o mundo, “obrigam” também, por outro lado, a que a humanidade repense as sociedades atuais, de modo a conseguir-se diagnosticar os seus problemas e a saber convergir antecipadamente para a procura das melhores soluções para os mesmos.

Contudo, já no século XX, no âmbito das conferências de saúde internacionais, a Declaração de Alma-Ata, em 1978, anuncia a todos os Estados membros, da OMS, a importância e a filosofia dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), mudança de paradigma nos cuidados de saúde que vem a ser reforçada pela Carta de Ottawa, em 1986, quando reafirma a necessidade em cada país, da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação física, emocional e social da população em geral.

Chegados ao século XXI, é reconhecido, por todos os governos, a importância da prevenção da doença (da primordial, à quaternária, passando pela prevenção primária, secundária e terciária), mas foi notório em 2020, aquando da pandemia do novo coronavírus, que a prevenção primária (medidas de promoção de saúde e de proteção específica) foi, de algum modo, a menos valorizada, relativamente à prevenção secundária (diagnóstico precoce para o tratamento imediato) e ainda, à terciária (reabilitação e inserção da pessoa/família no quotidiano da sociedade em que vive).

Em todos os estados-membros da OMS, tem havido ao longo dos tempos, nomeadamente, nos países ditos em desenvolvimento, melhorias nas condições de vida da população em geral, no que diz respeito ao saneamento básico; há ainda, contudo, muitas fragilidades em relação a outros determinantes da saúde (rendimento familiar, nível de escolaridade, nível de literacia para a saúde e acesso aos serviços de saúde fora dos grandes centros urbanos).

Esta realidade dificulta, muitas vezes, nos serviços de saúde, a operacionalização de estratégias de educação para a saúde ao nível da prevenção primária, para a apreensão da importância, por parte da população em geral, das medidas básicas preventivas (desde o séc. XIX consideradas essenciais) de doenças transmissíveis, doenças um pouco “esquecidas” no séc. XXI, pela importância do acompanhamento das doenças crónicas não transmissíveis (Miranda, 2020; Neto, 2020).

Medidas como os cuidados de higienização frequente das mãos, regras de etiqueta respiratória, uso da máscara profilática facial, isolamento da pessoa infetada e, ainda, a proteção específica com a adesão em massa, à vacinação, permitem, desde há muito, achatar a curva da infeção, que varia por grupo social e por indivíduo (Neto, 2020).

Verificamos, todavia, que as sociedades atuais estão mais familiarizadas em associar a saúde à carteira assistencial clínica, do que à adoção de comportamentos e práticas de prevenção primária, no seu dia-a-dia. Importaria fazer reconhecer, junto dos governos e municípios de cada país, a importância da implementação efetiva de diferentes medidas ao nível de outros determinantes da saúde, tão importantes para a saúde individual e coletiva (Neto, 2020).

Os trabalhos de John Snow (1854), permitiram o reconhecimento pelas sociedades atuais, nomeadamente nos países mais ricos, da importância do saneamento básico e da adoção das medidas sanitárias adequadas para a melhoria da qualidade de vida das populações e para a diminuição dos surtos de infeção e/ou doença.

O aparecimento desta nova pandemia revelou que, pela assimetria existente, quer a nível local, quer regional e nacional, de cada país e do mundo, continua a ser emergente a atenção das sociedades atuais: à tipologia dos edifícios residenciais, à existência de saneamento básico, ao abastecimento de água, ao tipo de rendimento familiar, ao nível de escolaridade, ao nível de literacia para a saúde, à estabilidade emocional e social da população em geral e ao acesso a diferentes serviços de saúde e do setor social. Estes determinantes, de uma forma geral menos valorizados no impacto que têm na saúde individual ou coletiva (prevenção primordial e primária), foram desvalorizados. Importou sobretudo a prevenção secundária, reconhecida e demonstrada na adesão aos testes de diagnóstico, muito mais do que as medidas que implicavam o isolamento social (Neto, 2020).

Esta situação exigiu aos Estados (através dos Sistemas de Saúde) a aquisição de uma maior quantidade de testes de diagnóstico e um custo superior em gastos em saúde, com impacto significativo, nomeadamente, nos países mais pobres. Por ser uma infeção respiratória com sintomas similares a outras doenças, o tratamento da COVID-19 requiere um apoio acrescido de diferentes profissionais e de uma tecnologia médica e farmacêutica com custos económicos também com maior impacto nos países com maior desigualdade social (Neto, 2020).

A prevenção terciária (medidas de reabilitação e inserção da população no quotidiano do seu dia-a-dia) implica por sua vez, por parte de todos os países, o mapeamento das sequelas da infeção nas pessoas recuperadas, sendo já reconhecidas, pela comunidade científica, sequelas pulmonares e a redução da expectativa média de vida de pacientes afetados com maior gravidade por este vírus (Neto, 2020).

A COVID-19, reconhecida atualmente como uma doença aguda, com marcas de doença crónica cujos efeitos ou complicações têm uma duração mais longa, com uma menor qualidade de vida nas pessoas com um nível de infeção mais grave, implica também mais gastos nos sistemas de saúde e do setor social de cada país.

De acordo com Esteves (2020) a “construção” de um mundo mais global — com facilidade na movimentação de pessoas e bens, com as migrações e com as alterações climáticas, os desequilíbrios na relação entre o Homem e o meio ambiente — põe cada vez mais em causa a harmonia ecológica, neste vai e vem de surtos epidémicos e pandémicos, que continuarão a assolar a humanidade.

Apesar de as experiências vividas com as epidemias/pandemias anteriores não terem provocado um efeito positivo e imediato, na recente pandemia (nas etapas de resposta aos surtos, bem como no planejamento e execução de medidas preventivas e protetoras), também se percebeu a importância do papel preponderante da sociedade, como um todo, quer na adoção de medidas preventivas e protetoras, de tratamento e de reabilitação, quer na procura do tratamento mais eficaz possível.

Tendo em conta a possibilidade de o Homem voltar a ser infectado por novos microrganismos nocivos à saúde ao longo dos próximos anos e décadas, importa agora, por fim, deixar a nota de que é essencial refletir-se em conjunto sobre a prevenção primária da doença nos cuidados de saúde, como um importante desafio para a humanidade.

É importante que as noções básicas de saúde e doença sejam abordadas como cuidado antecipatório, no âmbito das consultas nos CSP, e refletidas com a pessoa/família, promovendo, assim, a literacia para a saúde, de forma sistemática e sistematizada, tendo em conta os costumes, crenças, aspetos culturais e o nível educacional de cada um (a consciência sanitária não é igual para todos). De acordo com Aronowitz (2015), as pessoas interpretam e dão mais sentido ao que aprendem, e apreendem a partir das suas próprias experiências.

Nesse sentido, a importância da comunicação em saúde, quer a comunicação oral, quer a comunicação escrita, enquanto reforço dos cuidados antecipatórios, é essencial, para a eficiência das ações preventivas e protetoras, obrigando, nesse sentido, os profissionais de saúde, a par da imprensa generalista e comunicação social, a um discurso claro e conciso, com a informação necessária a adotar no quotidiano de cada pessoa/família, assim como a informação necessária a adotar nas situações excecionais como são as situações de crise provocadas por epidemias/pandemias (Neto, 2020).

Finalmente, na tentativa de se minimizar os efeitos mais devastadores aquando da ocorrência destas situações de crise excecionais, é necessário, nos momentos de pós-epidemias/pandemias, que, para além da população em geral, a Saúde e outras estruturas sociais, reflitam, em conjunto, sobre as questões estruturais das sociedades atuais, e repensem, no âmbito de uma responsabilidade coletiva, práticas de planeamento e de execução de procedimentos e medidas de saúde pública que possam dar uma resposta mais célere, com base nas experiências já vividas anteriormente, e do que correu de menos bem, agora no início do séc. XXI.

Referências bibliográficas

- 4.º Suplemento ao número 4.º de 19 de dezembro da Assembleia Nacional (1961) p.305. VIII Legislatura. Debates parlamentares, Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Parlamento/Paginas/debate-sobre-as-vacinas-no-parlamento.aspx>.
- Ackerknecht, E. H. (1948). Anticontagionism between 1821 and 1867, *Bull. Hist. Med.*
- Almeida, M. A. P. D. (2014). As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21, 687-708.
- Ata n.º 65 de 1 de outubro, p.680 da Camara Corporativa (1964) Legislação Portuguesa Debates Parlamentares sobre vacinação disponível em: <https://www.parlamento.pt/Parlamento/Paginas/debate-sobre-as-vacinas-no-parlamento.aspx>.
- Azevedo, D. A. D. (1896). *Hygiene da varíola*.
- Bastos, C., & Barreto, R. (2012). *A circulação do conhecimento: medicina, redes e impérios* (No. 2ª). ICS. Imprensa de Ciências Sociais.
- Berridge, V., & Gorsky, M. (2012). Introduction: environment, health and history. In *Environment, health and history* (pp. 1-22). Palgrave Macmillan, London.
- Borges, V. R. (2020). A peleja contra uma epidemia de varíola negra e possíveis aproximações com o tempo da pandemia da covid-19. *Temporalidades*, 12(2), 38-67.
- Cabral, C., & Pita, J. R. (2015). Ciclo de Exposições: Temas de Saúde, Farmácia e Sociedade. Catálogo. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 63(10), 1368-1371.
- Cabral, C., & Pita, J. R. (2015). Cinquenta anos do programa nacional de vacinação em Portugal (1965-2015). *Ciclo de Exposições: Temas de Saúde, Farmácia e Sociedade*, 25.
- Coelho, E. (1946) Ricardo Jorge Mestre da Medicina e Grande Europeu. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*. Ano I (n.º 1), 241-265.
- Decreto-lei n.º 14/433 do Ministério do Interior (1927) Diário do Governo: I serie n.º 230.
- Diário do Governo n.º 226 (de 6 de outubro de 1899). Legislação portuguesa. Coleção oficial de 1911. Imprensa Nacional.486-488.
- Diário do Governo n.º 226. Ministério do Reino (1899). Legislação portuguesa. Coleção oficial de 1911, 486-488. Imprensa Nacional.
- Diário do Governo n.º 33 do Ministério do Interior (1911) Legislação portuguesa. Coleção oficial de 1911, 485-486. Imprensa Nacional.
- Diário do Senado de 22 de dezembro da Comissão de Higiene e Assistência, (1911) Legislação Portuguesa Debates Parlamentares sobre vacinação disponível em: <https://www.parlamento.pt/Parlamento/Paginas/debate-sobre-as-vacinas-no-parlamento.aspx>.
- Diogo, M. P., & Simões, A. (2021). Epidemias e os avisos surdos da história. *CADERNOS Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 10(2), 31-35. doi.org/10.17566/ciads.v10i2.778.

- Esteves, A. P. L. (2020). As epidemias e a memória histórica. doi.org/10.21814/uminho.ed.23.9.
- Ferreira, F.A.G. (1963). Saúde Pública. Porto: Livraria Fernando Machado.
- Freitas, M. G. (2013). O programa nacional de vacinação: nota histórica. *Portugal Saúde em Números Ver. Científica da Direção Geral Saúde*, 2(1), 50-3.
- Garcia, E.M.B. (2016). Evolução Histórica do Ensino de Enfermagem de Saúde Pública (1901-1977). [Dissertação de Doutoramento não publicada] Universidade Católica Portuguesa.
- George, F. Opinião: lembrete sobre a varíola. *Jornal Diário de Notícias*, 2022, 25 de maio. Acesso online <https://www.dn.pt/opiniao/lembrete-sobre-a-variola-i-14885471.html>.
- Gonçalves-Ferreira, F. A. (2015). Sistemas de saúde e seu funcionamento: história da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Volume III. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Henderson, D. A. (1980). A victory for all mankind: brought about by hundreds of thousands of health workers from all over the world, eradication is a triumph of international cooperation and of preventive medicine. *World Health; 1980 May* p. 3-5.
- Henderson, D.; Fenner, F. (1994). Smallpox and vaccinia. In: Plotkin S, Mortimer E, editors. *Vaccines*. Philadelphia: WB Saunders.
- Levi, G. C., & Kallás, E. G. (2002). Varíola, sua prevenção vacinal e ameaça como agente de bioterrorismo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48, 357-362. doi.org/10.1590/S0104-42302002000400045.
- Lopes, M. B. (1996). O sentido da vacina ou quando o prever é um dever. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 3, 65-79.
- Miranda, F. (2021). Pandemias e história na era da COVID-19. *Medievalista. Online*, (29), 411-418. doi.org/10.4000/medievalista.4008.
- Monlau, P. F. D. (1847) Elementos de Saúde Pública. *Barcelona: Imprensa de D. Pablo Riera*. Acessível na Biblioteca do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em Lisboa.
- Montenegro, A. P. M (1906) L'higiene Urbaine en Portugal in Hygiène et Epidémiologie. *Lisbonne. XV Congrès International de Médecine*. (19-26 avril de 1906). Imprimerie Adolpho de Mendonça, p. 271-290.
- Neto, A.L.A. O novo coronavírus e o desafio da prevenção. Disponível em: http://ohs.coc.fiocruz.br/posts_ohs/o-novo-coronavirus-e-o-desafio-da-prevencao/, 4 de abr. 2020. Acesso em 16 de agosto de 2022.
- Oliveira, E. M. R. de (2019). A varíola em Portugal no século XVI, a partir dos comentários médicos de Garcia Lopes: transmissão, sintomas e tratamento. *História da Ciência e Ensino: construindo interfaces*, 20, 166-182.
- Pang, W., Liu, Z., Li, N., Li, Y., Yang, F., Pang, B., ... & Zhang, J. (2020). Chinese medical drugs for coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *Integrative medicine research*, 9(3), 100477.

- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Saúde e Atividades Diárias Medidas gerais de prevenção e controlo da COVID-19. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020.
- Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Publica do Ministério do Reino (1901). Boletim dos Serviços Sanitários do Reino, n.º 1, 1902.
- Rosenberg, C. E. (2009). *The cholera years: The United States in 1832, 1849, and 1866*. University of Chicago Press.
- Sessão de março do diário da Camara dos Senhores Deputados (1896) Legislação Portuguesa Debates Parlamentares sobre vacinação disponível em: <https://www.parlamento.pt/Parlamento/Paginas/debate-sobre-as-vacinas-no-parlamento.aspx#go-to-top>.
- Sessão n.º 3 de 16 de janeiro da Camara dos Senhores Deputados (1899) Legislação Portuguesa Debates Parlamentares sobre vacinação disponível em: <https://www.parlamento.pt/Parlamento/Paginas/debate-sobre-as-vacinas-no-parlamento.aspx>.
- Sessão n.º 38 do dia 21 de março do diário das cortes gerais e extraordinárias da nação portuguesa (1821) Legislação Portuguesa Debates Parlamentares sobre vacinação disponível em: <https://www.parlamento.pt/Parlamento/Paginas/debate-sobre-as-vacinas-no-parlamento.aspx#go-to-top>.
- Sessão n.º 61 de 3de abril da Camara dos Senhores Deputados (1903) Legislação Portuguesa Debates Parlamentares sobre vacinação disponível em: <https://www.parlamento.pt/Parlamento/Paginas/debate-sobre-as-vacinas-no-parlamento.aspx>.
- Subtil, C. L., & Vieira, M. (2011). Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 167-174.
- Tavares, F., Franco, A. M., & Amado, F. R. (1794). *Resultado das observações feitas no hospital real da inoculação das bexigas nos anos de 1796, 1797, e 1798: Pelos médicos do mesmo hospital Antonio Mendes Franco, e Fortunato Rafael Amado: publicado por ordem de sua magestade, a dedicado a SARO serenissimo senhor D. João principe do Brazil nosso senhor*. Na Regio officina typografica.
- Toledo Jr, A. C. D. C. (2005). História da varíola. *Revista Médica de Minas Gerais*, 15(1), 58-65.
- Werneck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00068820.
- World Health Organization. (2021). Preliminary results: rapid assessment of service delivery for noncommunicable diseases during the COVID-19 pandemic. 2020.

A ação das misericórdias portuguesas no combate à pandemia COVID-19: passado, presente e futuro

MANUEL LEMOS

Presidente da União das Misericórdias Portuguesas

Este capítulo relata um registo de quase sobrevivência, mas também de incrível imaginação, preciosa aprendizagem e solidariedade infinita, partindo de uma visão e de uma experiência partilhada por 387 Misericórdias e com respostas em diferentes áreas, por todas as regiões do país.

É a reflexão duma fundamental rede nacional da sociedade civil, que maioritariamente teve de (re)inventar as suas práticas profissionais, que pediu ajuda, que partilhou ideias, que assumiu a emergência e também a incapacidade e que, ainda assim, graças à sua identidade, partilhou recursos, cresceu e ficou mais resiliente com a pandemia que todos experienciámos.

O Mundo inteiro sabia das Pandemias. Portugal sabia das Pandemias. As Misericórdias já tinham passado por Pandemias noutros séculos. Havia inúmeros estudos, livros e relatórios sobre as Pandemias passadas e que previam a inevitabilidade de outras, num calendário sempre anunciado como breve. Ouve vários alertas no último século com a Gripe da Aves, com o Ébola e outras. Havia filmes de ficção que descreviam em pormenor onde surgiria, de que forma, como se propagava mundialmente e, nesses filmes, a tragédia condenava à morte certa milhões por todo o mundo sem olhar a nacionalidade, idade, riqueza ou sistema de saúde. Para nós, havia aquela espécie de negação lusitana de que no mundo moderno, uma pandemia, seria sempre coisa dos países longínquos porque nós estamos aqui tão longe abençoados pela brisa do mar, pelas temperaturas amenas e protegidos pela Senhora do Manto Largo.

Hoje, olhando para trás, aceitamos melhor que todo o mundo sabia desta inevitabilidade, até nós Misericórdias... só não se sabia quando. Só não se sabia quantas vidas ceifaria e quanto nos custaria a dor, o luto e a perda de liberdade e de direitos. Hoje entendemos que a tragédia era inevitável e que o mundo se fartou de gritar avisando para o que aí vinha. Mas hoje mesmo também entendemos ter evoluído enquanto humanos com dois anos de pandemia: assumimo-nos orgulhosamente no que antes

pareciam ser algumas das nossas fragilidades enquanto instituições, passámos a relativizar situações, somos todos mais ser humano e menos função. Somos todos mais filhos e menos ocupados. Valorizamos mais o tempo em convívio. A tragédia acertou no mundo com tamanha força que ele teve de reagir com aquilo que tem de mais primário: ser mais pessoa.

Pese embora noutros séculos já tivéssemos vivenciado outras pandemias, no dia 2 de março de 2020, quando foram confirmados os 2 primeiros casos em Portugal, entendemos que o mundo e a vida como a conhecíamos havia mudado: eram um empresário de 60 anos vindo de uma estância de esqui no norte de Itália e um outro homem de 33 anos, vindo de Valência, Espanha. Percebemos logo ali que ficámos sem fronteiras, estávamos expostos, mas a nossa fé portuguesa, inabalável, ainda estava longe de ser verdadeiramente testada.

No dia 6 de março a UMP fazia os primeiros Planos de Contingência e difundia-os por todas as Misericórdias já desconfiados que isso não bastaria. Acontece a primeira reunião no MTSSS com a presença da DGS e demais Organizações Representativas do Setor Social e Solidário. Especulava-se muito, mas o resto do mundo já havia anunciado quem eram os mais vulneráveis: os idosos e as pessoas com comorbilidades associadas. Temia-se que o sistema de saúde não aguentasse tamanha pressão.

Uma semana depois de a OMS ter declarado a COVID-19 como uma pandemia, e dois dias depois da primeira morte em Portugal (a 16 de março), já com todas as escolas fechadas, o Presidente da República decreta o estado de emergência por 15 dias. Era o primeiro estado de emergência desde o 25 de Abril de 1974. Para muitos dos profissionais no terreno seria o primeiro Estado de Emergência da sua vida.

Enquanto milhões de portugueses ficavam em casa e se tentava gerir a vida e o trabalho numa mesma sala partilhada, na televisão, em permanência, chegavam as alarmantes notícias de Itália e de Espanha: a morte virulenta tinha entrado nos lares de idosos e nalguns locais os funcionários tinham abandonado os residentes, alguns já falecidos. As morgues não conseguiam escoar os corpos. Havia relatos de mortes em casa, sem qualquer assistência. Os hospitais não conseguiam responder. Confirmava-se definitivamente que o alvo principal do vírus seriam os idosos. Não só, mas principalmente estes.

Depressa perdemos o entusiasmo como o “país milagre”, quase sem casos, quase sem mortes, quando estas notícias negras dos países da Europa do Sul nos alertaram para o que poderia vir a ser. Tínhamos que ser rápidos. Desistir dos nossos seria perder a nossa memória coletiva e

com ela todos os nossos afetos e infância. Achámos que estávamos preparados, como não? Somos Misericórdia há mais de 500 anos e já sobrevivemos a outras pandemias.

Nos Planos de Contingência enviados às Misericórdias, a UMP já tinha sugerido a criação de “equipas Casulo” e “equipas rotativas”. E mesmo antes de a Sra. Ministra da Saúde anunciar que tal modelo de equipas era necessário, já a maioria das Misericórdias tinham “funcionários residentes”. Voluntariamente residentes que de forma abnegada permaneciam no Lar, a dormir nas salas. Iam a casa de 2 em 2 semanas. Alguns de 3 em 3. Falavam com a família por WhatsApp e telefone. Depois iam a casa e entrava outra equipa de “funcionários residentes”. Algumas Mesas Administrativas também faziam turnos. Ouve Provedores que ficaram nas estruturas residenciais mais de 30 dias seguidos. Vários Irmãos da Irmandade, voluntariamente, ofereciam os seus serviços.

As Misericórdias são da terra, são o primeiro, segundo ou terceiro maior empregador de cada concelho, os funcionários são da terra. Os Residentes são, maioritariamente, os da terra. Nas Misericórdias encontram-se várias gerações da mesma família, de manhã, uns vão para a creche, outros para as equipas das respostas sociais, outros são residentes, outros estão nas equipas de fornecedores diretos e indiretos. A tão criticada característica da informalidade nas instituições do setor social era afinal o nosso maior trunfo contra esta pandemia, porque ninguém abandona as pessoas que conhece e que fazem parte da sua vida. Porque ninguém foge dos seus.

Foram dias de formação intensiva e incisiva sobre Equipamentos de Proteção Individual (EPI), circuitos, lavagem de roupa, confeção de comida, desinfeção de espaços enquanto as Normas da DGS mudavam todas as semanas, com novas regras, para todas as respostas sociais. Os EPI escasseavam e os poucos existentes eram vendidos a preços exorbitantes. Era preciso impedir a entrada do vírus por todas as portas e janelas. Era preciso, também, fechar os residentes a sete chaves. Mas o vírus entrava. Como? pelas frechas das janelas? Não... este vírus alimentava-se da vida social e familiar de cada um.

A notícia de um surto numa Misericórdia acionava as outras: equipas de uma Misericórdia do concelho vizinho fizeram turnos numa outra que, com um surto, ficou sem funcionários operacionais. As Misericórdias cediam EPI umas às outras até chegarem mais.

Protegidas que estavam as crianças em casa, era preciso garantir mesmo que a infelicidade italiana não nos entrava porta dentro: milhares de euros por mês em EPI em cada resposta social, reuniões, formações,

atividades pedagógicas, aulas e visitas a idosos em formatos telemáticos, muitas, a toda a hora, eram precisas ideias para não definharmos.

Algumas Misericórdias criaram anexos às estruturas residenciais para as visitas, onde uma parede transparente de vinil separava visitado e visitante. As mãos tocavam-se com a transparência entre elas. Outras criaram paredes de plástico com braços, onde eram possíveis os abraços, com a transparência entre estes. Uma Misericórdia alugou uma pequena grua para permitir a alguns filhos a visita aos residentes acamados num segundo piso, com uma visualização pela varanda. As janelas que davam para o exterior passaram a ser os écrans das visitas, janelas tingidas por lágrimas de medo, tanto do lado de dentro como do de fora.

Mais tarde, quando Portugal ultrapassa as mil mortes, profissionais, famílias, crianças e idosos, sem termos tido tempo de consciência efetiva e refletida, já todos tínhamos deixado de ser quem éramos. De uma forma ou de outra, sabíamos, todos seríamos atingidos.

As notícias sobre surtos e mortes nos lares de idosos em Portugal abriam e fechavam os telejornais. Por todo o país os lares com surtos passavam a ser dois: uma ala COVID-19 e uma ala não COVID-19. Afinal eram precisas duas equipas distintas. As notícias sobre surtos nos lares das Misericórdias abriam e fechavam também os nossos dias e noites: os surtos também afetavam as equipas que, infetadas, não podiam trabalhar, principalmente as sintomáticas. Muitos funcionários infetados, mas sem qualquer sintoma voluntariavam-se para se manter no posto de trabalho na “ala COVID-19”. Também não queriam ir para casa infetar a família. O trabalho de turnos de 8 horas diárias que antes era feito por uma equipa inteira era agora garantido por um quarto dessa equipa, já dividida em dois e exausta. Precisamos então de ajuda. Vieram as equipas de intervenção rápida nalgumas Misericórdias. A ideia foi bondosa, mas eram um “mal” necessário porque nas Misericórdias conhecemos os nossos utentes e eles conhecem-nos a nós. “Quem são estas pessoas?” perguntavam utentes e familiares. São ajuda, respondíamos.

Numa Misericórdia um filho sentou-se na escadaria da entrada do lar a chorar. Recusou sair dali. O pai estava a morrer, estava acamado e a entrada não lhe era permitida. O Provedor pergunta o que fazer, a situação comporta a insuportabilidade de não se conseguir um último adeus. Uma despedida. Fala-se com o médico, o filho não pode entrar. O filho que vista um EPI F2 para aquele último abraço. Não aconteceu.

Deu-se depois a angustiante “travessia no deserto” porque, e, não obstante Portugal registar o primeiro dia sem vítimas mortais por

COVID-19 desde o início da pandemia e a 3 de agosto, já tivéssemos regressado às escolas e arrancado em Lisboa a fase final da Liga dos Campeões (sem público), Portugal voltava depressa a uma situação de contingência, e a 5 de novembro estávamos de novo em estado de emergência. Agora todos com uma imensa consciência coletiva, obrigatoriamente refletiva nos lutos que fazíamos e nas guerras que travávamos, todos os dias, para protegermos os mais vulneráveis. Agora mais pesados com o afastamento social e a saudade porque também nós estávamos impedidos de estar uns com os outros e todos, de alguma forma, tínhamos um luto por fazer.

A testagem era massiva, também ela a desgastar, todos os dias, utentes, funcionários, famílias de todos. Aguardar o resultado da testagem nas respostas sociais era aguardar um veredicto. Quando vinham os resultados alguns Provedores ligavam, esfusiantes, orgulhosos: “todos negativos!”, “a minha equipa é fantástica e conseguiu”. Outros ligavam derrotados e vencidos: “temos 3 utentes e 4 funcionários positivos”, a UMP perguntava logo: “e sintomas? Têm sintomas?”. Tudo era esperança de se ouvir um redondo “não, sem nenhum sintoma”.

Numa Misericórdia, num Lar Residencial com várias dezenas de adultos com deficiência, aconteceu o improvável: a autarquia local procedeu a uma testagem massiva de todos as instituições e todos aqueles utentes — todos — estavam positivos. Nenhum tinha um único sintoma. Nenhum adoeceu. Agarrávamo-nos a todos os milagres e espalhávamos a notícia entre as Misericórdias para alimentar a esperança.

Os meios de comunicação e a opinião pública já tinham decidido: morria-se de COVID-19 nos lares e ser velho e estar num lar era morte certa. Nos nossos Lares as televisões deixaram de estar ligadas nas notícias. Tinha que haver informação para justificar a prisão forçada, mas não podíamos manter aquele altifalante de infelicidade.

Um dia anunciaram-se as vacinas, uma bolha de oxigénio nos nossos desgastados meses. Os grupos prioritários eram pessoas com mais de 50 anos com patologias associadas, residentes e trabalhadores em lares, e profissionais de saúde e de serviços essenciais, mas a tragédia já nos era dolorosamente familiar e a 7 de dezembro Portugal ultrapassava as 5000 mortes.

Celebrámos o Natal mais triste e emocional das nossas vidas, dentro e fora dos lares, os idosos definhavam com a ausência das famílias, impedidas de visitas. Não podiam sair à rua. Os utentes dos SAD apenas viam as equipas das Misericórdias e muitos ganharam temor em sair.

Entorpeceram. Com os Centros de Dia encerrados muitas pessoas passaram a ser apoiadas em casa, mas vivia-se na solidão extrema e que, percebemos mais tarde, podia matar tanto como o próprio vírus.

Só no dia 27 de dezembro arranca o plano de vacinação. Estamos resilientes, nós nunca desistimos, mas estamos feridos de morte porque o que eramos morreu e o que sobrasse de nós seria uma coisa nova e diferente.

A 8 de janeiro, quase 1 ano depois, Portugal passa a ser o país do mundo com maior número de novos casos por milhão de habitantes e em apenas 3 dias o governo anuncia novamente o encerramento das escolas.

Neste janeiro, desde dia 1 até dia 8, morreram 134 pessoas por COVID-19 nas estruturas residenciais para idosos das Santas Casas da Misericórdia do país. Foi a semana em que morreu mais gente. Na mesma semana havíamos realizado mais de 16.892 testes ao coronavírus entre os utentes e funcionários dos lares. Nestes sete dias, há também a registar cerca de 13.500 casos ativos, entre funcionários e idosos, sendo que a proporcionalidade era de 60% de casos entre os idosos e 40% entre trabalhadores, já que havia a registar 5.100 casos ativos entre funcionários. Na altura agarrámo-nos ferozmente ao facto de que a maioria das pessoas idosas, mais de 90%, estar assintomática. Acordávamos a dizer “já há vacinas, já há vacinas”.

Era uma nova fase, não podíamos impedir o vírus e já só queríamos que a infeção não tivesse sintomas. Nas Misericórdia de Portugal, o número de mortes a registar, desde março de 2020, foi de 775, um número que representará cerca de 10% do total global de óbitos em Portugal. Noutros países da Europa, os óbitos nos lares tinham pesos superiores a 40% do total de óbitos. Se estávamos felizes? Não. Nada. Mas sabíamos bem que tínhamos sido incríveis.

Em fevereiro de 2021, o vice-almirante Henrique Gouveia e Melo liderava o processo que garantia que infeções e mortes começavam a baixar significativamente. Mais tarde o Parlamento autoriza o 12.º estado de emergência desde o início da pandemia. Este manter-se-ia até á Páscoa. Fala-se agora de um plano de desconfinamento gradual. Muito gradual. O país está entorpecido, a economia agoniza e ainda estamos todos desconfiados. Enlutados. Fartos. Apesar de gradual e apesar das muitas vacinas, em dezembro e janeiro voltamos a novo confinamento. O trauma era grande e era preciso prevenir.

Aprendemos da pior forma que o mundo é totalmente global e que o mal dos outros será, seguramente e em pouco tempo, o nosso mal

também. Dificilmente existirão males alheios porque de alguma forma seremos sempre impactados pelo que acontece no outro lado do mundo.

Os números desta pandemia são absolutamente trágicos, mas enquanto sociedade aguentámos meses de isolamento, solidão e barreiras sociais. As pessoas tiveram que mudar as suas vidas de forma radical. Uma lição fundamental é o facto de a epidemia não ter sido apenas um problema biológico ou epidemiológico, ou de saúde, não. Ela causou enormes ruturas na nossa vida social e laboral, e em relação ao que a vida social e a sociedade significam para nós. Ela mudou a forma de relacionamento com os nossos utentes e com as famílias destes utentes.

Esta epidemia mudou as relações e a vida como a conhecíamos. Todas. As familiares, as amorosas, as de amizade, mas também as de trabalho. Valorizamos mais o momento e a celebração, somos mais seletivos. Podemos trabalhar em casa e reunir à distância. No próximo confinamento, e apesar de o número de divórcios ter aumentado, não queremos estar sozinhos nem reduzidos a uma varanda e, dizem as estatísticas, marcámos mais férias.

Esta pandemia também é a prova de que as crises têm também resultados positivos. Nas Misericórdias percebemos que a nossa informalidade foi a nossa maior vantagem. Como rede, quando foi mesmo preciso naquela altura, saímos do nosso quintal e apoiámos o vizinho.

Hoje também sabemos que o facto de nos relacionarmos enquanto rede, entre nós Misericórdias e entre os outros atores da comunidade, foi um fator chave nesses dois anos. “Orgulhosamente só” não ajuda a sobreviver numa pandemia.

Logo durante a pandemia ficou bastante claro que tínhamos que alterar as regras no que respeitava à relação com os familiares dos nossos residentes. Principalmente nas estruturas residenciais. Importa garantir estratégias que os envolvam nas rotinas diárias, que os façam querer participar e fazer parte. A vida foi demasiado curta para muitos entenderem isso e nós não vamos repetir esse erro.

Os profissionais do terreno, esses mágicos da reinvenção humanitária, que deixaram as famílias para trás porque a frente de batalha era ao lado dos idosos, exaustos, em luto, mas inabaláveis na sua fé, com desconfiança, mas ainda com imaginação, esgotam-se agora com uma segunda pandemia silenciosa: a de recuperar as almas assustadas, deprimidas e oprimidas por 2 anos de isolamento total.

Desde o início da pandemia, Portugal somou um total acumulado de mais de 3.854.308 infetados e mais de 22.282 vítimas mortais.

A esmagadora maioria com mais de 70 anos. Tudo visto, registou-se a percentagem de óbitos nas Misericórdias que se fixou abaixo dos 10%, o que é francamente notável.

Viveremos sempre com as cicatrizes desta batalha, mas também viverá em nós a certeza de que a tragédia teria sido infinitamente maior se não fossem as Misericórdias e os seus Provedores e profissionais no terreno com a sua alma lusa, abnegada, solidária, com imaginação tecnicista e uma solidariedade imensa e que fez deles, na história desta pandemia, os heróis dos que mais precisavam.

A União das Misericórdias Portuguesas (UMP) é uma Organização Não Governamental que visa representar e orientar as Santas Casas de Misericórdia de Portugal. Um dos seus principais papéis é a defesa dos interesses das suas associadas através da articulação e diálogo com os vários parceiros institucionais, designadamente com o governo. Atendendo às áreas de intervenção das Misericórdias a UMP articula diretamente e em especial com os Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, da Educação e da Saúde. Por este motivo, não obstante a necessidade de ser um elo de ligação entre as associadas e os parceiros institucionais, a União possui também um papel preponderante para as Misericórdias com vista à sua orientação e esclarecimento, através da existência de linhas de serviço, bem como de negociação e resolução de questões com enormes consequências no dia a dia destas instituições e dos utentes que frequentam as suas respostas sociais.

Uma vez que a UMP representa as Misericórdias de todo o país podemos considerar que se trata de uma instituição com uma perspetiva bastante abrangente em várias áreas, podendo, desta forma, com segurança, identificar quer as vantagens, quer as desvantagens das decisões políticas nas diferentes zonas do país. Uma mais valia da sua intervenção move-se com a possibilidade de obter informação sobre determinado assunto de forma descentralizada permitindo, desta forma, encontrar soluções que busquem o equilíbrio, isto é, soluções vantajosas de norte a sul do país, tentando minimizar as assimetrias tendo em conta as diferenças geográficas e as suas realidades sociais.

Desde sempre, as Misericórdias procuraram dar resposta às necessidades da população. Atendendo à variedade de problemáticas com as quais são confrontadas, as Misericórdias possuem um leque diversificado de respostas e apoios para assegurar uma resposta adequada.

As Misericórdias existem em Portugal há mais de 500 anos e esta foi a segunda pandemia por que passaram.

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* enquadramos 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.

NormaDGSn.º015/2020, 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.

Será possível o mundo estar preparado?

DOM AMÉRICO AGUIAR

Bispo Auxiliar de Lisboa

Perante o desafio de refletir sobre a possibilidade de o mundo vir a estar preparado para a realidade concreta de uma pandemia global, ou de uma terceira guerra mundial, a primeira imagem que me veio ao pensamento foi a daqueles filmes e programas de televisão que terminam com uma chamada de atenção para o facto de serem obras de ficção — qualquer semelhança com a realidade terá sido mera coincidência.

Mas a verdade é que o início do século XXI bateu todo o arquivo de Hollywood e qualquer passeio da fama de realizadores, produtores ou guionistas. As glórias merecidas das noites dos Óscares passaram a ser coisa para principiantes. O COVID-19 foi e é nome de protagonista, Wuhan a sua terra natal e a muralha da China poderá servir de melhor cenário. Quanto a nós, todos, parecemos figurantes e duplos uns dos outros, sem exceções.

Uma segunda imagem que retenho e considero determinante na história do nosso tempo é a da Praça de São Pedro, Vaticano, no dia 27 março de 2020. Completamente vazia, mas cheia. Apenas um homem vestido de branco, lento na sua dificuldade de caminhar, rampa acima. Curvado, carrega com o peso da humanidade que teima em transportar, toda a humanidade, rumo a um antiquíssimo crucifixo da cidade de Roma, que é testemunha de vários séculos de aflições, súplicas e gritos.

A pandemia que nos é dado viver, sintetiza, na nossa carne, a realidade pura e dura dos escritos que o Papa Francisco nos dirigiu, a todos, às mulheres e aos homens de boa vontade. Da *Economia de Francisco*¹ às Encíclicas *Laudato Si* (junho de 2015) e *Fratelli Tutti* (outubro 2020).

De um momento para o outro e sem qualquer aviso prévio caíram as nossas seguranças mundanas. Pobres, ricos, de todas as raças e etnias, de todas as religiões, do Norte e do Sul, daqui e dali todos ficamos sem chão, sem rede. Ficámos confinados. Nem esta palavra conhecíamos. O mundo inteiro confinado. E qual bebé, fomos aprendendo a dar os

¹ Ver https://francescoeconomy.org/wp-content/uploads/2020/10/Villages_EoF2020_V3.pdf

primeiros passos. A urgência de nos juntarmos e de reunir esforços para uma resposta, para toda a humanidade, acelerou todos os processos e conseguimos, em tempo recorde, descobrir a vacina.

Todavia, rapidamente esquecemos que era para todos. A produção da vacina, a sua distribuição e aplicação trouxe de volta o pior da tal economia que mata. E ainda hoje não nos convencemos do direito de todos à vacinação. Este “todos” significa países ricos e países pobres, os dois hemisférios e todas as geografias. Continuam a soar mais alto os custos e as prioridades. Se alguns já podem equacionar novas doses de reforço, outros morrem, pois ainda não conseguimos descobrir a tal vacina de todos e para todos.

Nestes mais de dois anos de pandemia, apesar deste dilema da vacinação mundial, permanece a questão da libertação ou não, das respectivas patentes, permanece o silêncio sobre quem de direito saber que a globalização dos problemas também deve arrastar a globalização das soluções. Só acabaremos com os sustos de novas e perigosas variantes do COVID-19, com a real vacinação da fraternidade universal a que Francisco nos exorta. Se o foco for mais local estou convencido que saímos desta provação global com muitas razões para termos um pensamento positivo.

E temos razões para acreditar que é possível. Foi bonito e emocionante vermos a esmagadora maioria dos nossos concidadãos a ir além do cumprimento estrito das suas funções. E, de modo especial, todo o setor da saúde, proteção civil e segurança, entidades religiosas, setor privado, o dito terceiro sector, todos merecem a nossa sentida homenagem.

De sublinhar também que o desafio pandémico provocou uma aceleração nunca vista, nem programada, de conversões ao digital, às novas tecnologias de modo muito transversal, seja de idades, de classes sociais, ou de geografias. Uma muito alegre e positiva consequência.

Não posso deixar de referir o exemplo da Igreja Católica, que em poucos dias passou a transmitir na televisão, na rádio e na Web a Eucaristia ferial, diariamente, assim como a Missa Dominical, atendendo à suspensão da presença do povo nas celebrações por razões pandémicas. E até hoje, o cumprimento rigoroso das normas estabelecidas por parte de todos, nas Celebrações da nossa Fé, continua a ser um exemplo da forma como podemos e devemos cuidar uns dos outros.

No mundo escolar também aconteceu uma grande mobilização para proporcionar a todos os alunos os equipamentos que permitissem

o acesso telemático às aulas. Muitos de nós reconhecemos o antigo esquema da telescola no Canal 2 da RTP, que tanto fez pela nossa população. Quanto às empresas e aos trabalhadores, também todos fomos chamados a grandes e rápidas conversões ao teletrabalho. Até fevereiro de 2020, o teletrabalho — já mais utilizado noutros países — era algo que só a médio e longo prazo iríamos alcançar. Pois aconteceu em poucos dias. Ao dia de hoje é preciso parar, avaliar, corrigir e seguir em frente. O teletrabalho tem prós e contras para as empresas, mas também para os trabalhadores. Considero que este é um dossier que precisa de ser trabalhado, numa participação partilhada, crítica e construtiva.

Infelizmente, a aparente reta final da pandemia trouxe consigo uma guerra entre a Rússia e a Ucrânia. Uma guerra já globalizada nos seus danos económicos, europeus e mundiais. Uma guerra que inflige uma dolorosa e profunda dor e sofrimento às crianças, às mulheres e aos homens ucranianos, dizimados aos nossos olhos, mas também à população russa, aos seus soldados e famílias. Uma guerra que atinge a humanidade que somos, todos, crianças, idosos, famílias, soldados, dos dois lados que são o mesmo lado. Porque todos somos gente, todos somos a Fraternidade Universal de Francisco. Se um de nós sofre, morre, é deslocado, migrante, chora ou ri, somos nós todos. Sempre todos. Uma realidade tão difícil de apreender, de viver, de deixar como herança para as futuras gerações.

Com a pandemia, quero acreditar que aprendemos e que estamos mais preparados para o futuro. Que aprendemos a conjugar com o nós, o todos. Mas será que aprendemos mesmo?

A pandemia lançou um *slogan*: «vai ficar tudo bem». Ficará tudo bem? Ficou mesmo?

A minha Fé, a minha Esperança, diz-me que não estamos sós, que não caminhamos sós. Pergunto-me muitas vezes qual a razão do nosso medo? Não acreditaremos de verdade? O Senhor está connosco e leva a barca, insistiu o Papa Francisco, naquela praça, naquele fim de dia inesquecível. No entanto, o mundo parece acreditar mais na força e nas consequências da tormenta.

De tudo o que acontece, há uma certeza que me acompanha. A pandemia que vivemos, a união que testemunhámos, a rapidez das respostas científicas, tudo foi caldeado pela realidade de uma comunicação global, capaz de nos dar a conhecer o bom e o mau, a verdade e a mentira, a humanidade que sofre e que se ampara. Tal como com

a invasão da Ucrânia. O mundo assiste, comove-se, indigna-se, exige, porque vê e escuta. A verdade liberta, todos o sabemos. Todavia, como é difícil e exigente o exercício da verdade. Pensar o futuro sem muito do que nos habituamos a possuir, a ter como adquirido é possível. Mas pensar o futuro sem verdade é um caminho sem saída. Foi Ele quem nos disse «Eu sou a Verdade». Que o Senhor tenha compaixão de nós e nos dê a sua Paz.

PARTE II



Agir no Presente:
lições dos combates à COVID-19
— individual, nacional, global

A mobilização nacional para o combate à pandemia COVID-19

HENRIQUE GOUVEIA E MELO

Coordenador da Task Force, Chefe de Estado-Maior da Armada

Gostaria de começar por partilhar convosco que redijo estas linhas num registo de testemunho na primeira pessoa, no qual compartilho a experiência vivida na Coordenação da *Task Force* contra a COVID-19 em Portugal.

Quando fui nomeado, a 3 de fevereiro de 2021, a situação pandémica do país era dramática. Se bem se recordam eram tempos de grande angústia, com abertura em todos os órgãos de comunicação social televisiva e primeira página da imprensa escrita. Os números eram avassaladores, mais de 300 mortos e milhares de novas infeções por dia.

Senti-me claramente num cenário de guerra perante um inimigo invisível e altamente letal (o vírus) e sem munições (vacinas). A primeira vacina tinha sido administrada em dezembro de 2020 e a quantidade de vacinas em depósito era claramente deficitária para as necessidades. E a população, sobretudo a mais idosa, a falecer. Dramático.

Perante tal cenário, decidi mudar-me para umas instalações onde pudesse trabalhar num ambiente sereno e focado com uma equipa de militares composta pelo que designei o meu “núcleo duro” e a Força de Reação Imediata — FRI — que me foi atribuída pelo Almirante Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas (CEMGFA), Almirante António Silva Ribeiro. No total éramos 37 militares (homens e mulheres) e uma funcionária civil.

Em menos de 24 horas adaptámos as instalações cedidas em Oeiras, criando uma sala de situação, na qual se instalou uma infraestrutura de rede informática com ligação a servidores. Seria o nosso espaço nos 8 meses seguintes, onde nos concentraríamos neste “combate”, sem distrações, focados na missão.

No dia 5 de fevereiro, com todos presentes, apresentei o meu primeiro *briefing* de situação à minha equipa de apoio, que me acompanharia ao longo de todo este processo. Nenhum deles sabia o que esperar desta situação. Apenas uma certeza, independentemente do que

acontecesse, teriam de agir rápido de forma multidisciplinar e fora da caixa habitual das nossas funções.

Para levar a cabo esta missão, tive de adotar uma metodologia de trabalho (mais tarde explicarei) designada por “OODA LOOP” tendo em conta 3 fatores críticos de sucesso, ao que designei o meu triângulo estratégico: *organização, comunicação e liderança*.

Começo por este último, o triângulo estratégico.

A. Organização

Nomeado em funções, senti a necessidade urgente de me organizar em dois níveis, um operativo e outro de decisão macro, mais político. No primeiro participavam o meu *núcleo de apoio interno* — o meu estado-maior; a *Sala de Situação* instalada no ministério da Saúde (com um representante do INFARMED e outra da DGS); os *Centros de Vacinação* e respetivas estruturas hierárquicas — ARS e ACES; o *centro logístico* — Serviço de Utilização Comum dos Hospitais — SUCH; e os *Sistemas de Informação* do ministério — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde — SPMS.

No segundo nível: o INFARMED; a *Direção Geral de Saúde*; a SPMS; a minha ligação direta aos *Ministros da Defesa e da Saúde*; e as *reuniões de coordenação interministerial semanais* dirigidas pelo Senhor Primeiro-Ministro. Posso considerar ainda, neste nível mais macro, a minha ligação às diversas ordens relevantes para o processo: médicos; enfermeiros; farmacêuticos; e associações de doentes; foram muito relevantes.

a. Organização Interna

As primeiras medidas visaram a criação de um modelo de governança interna, ou seja, organizar este grupo de 37 homens e mulheres, o meu estado-maior.

Dividi o grupo em sete células distintas: uma *célula de planeamento de longo prazo*; uma de *operações correntes*; uma de *monitorização e controlo* de casos anómalos e verificação do processo; uma de *comunicação estratégica*; uma de *normas e prioridades vacinação*, em contacto com a DGS; uma *secretaria e gabinete de apoio*; e uma *célula de ligação ao exterior* com representantes militares nos núcleos de decisão do ministério da saúde — no SUCH; nas ARS; e DGS/INFARMED.

Todas estas células operavam no mesmo escritório, num sistema de espaço aberto que facilitava a intercomunicação e a partilha de problemas e soluções. Tratou-se de uma atividade multidisciplinar exigente com um elevado “ritmo de batalha” que obrigatoriamente me fazia um ponto de situação matinal e depois diversos ao longo do dia, a operar todos os dias da semana sem descanso, de forma presencial nos dias úteis e por vídeo teleconferência — VTCs, nos fins de semana e feriados.

Em menos de dez dias, estavam todos com funções bem definidas, atribuídas e a funcionar em pleno.

Outro elemento crucial na organização foi a decisão rápida de passarmos a vacinar em grandes centros de vacinação com uma lógica diferente dos Centros de Saúde tradicionais. Foram feitos testes a modelos com uma vacinação de cerca de oitocentos militares tendo-se apurado aquele que foi considerado o mais eficiente. Seguidamente, com a ajuda insubstituível dos autarcas e do poder local, assim como das ARS e ACES, “franchisou-se” o modelo para centenas de centros, distribuídos pelo país e com capacidades proporcionais às populações aí residentes. A logística de armazenamento e distribuição das vacinas por esses centros, em tempo e cumprindo prazos de fornecimento e quantidades ajustáveis ao agendamento prévio, esteve a cargo do SUCH que teve um desempenho muito meritório durante todo o processo. Todo o sistema de informação: base de dados, agendamentos e controlo destes esteve a cargo dos SPMS que durante o processo enfrentou muitas dificuldades, que em certas situações tiveram um impacto negativo neste. Importa referir que, nesta área, havia uma lacuna imensa de sistemas que só com o empenhamento, dedicação e adaptabilidade dos SPMS foi possível ir superando.

Foi também criado, via infraestruturas do EMGFA, um micro site, onde eram colocadas para todos os participante e gestores, até ao nível dos centros de vacinação, as instruções gerais, as temporárias e diversas informações úteis para a condução das operações diárias. Esta ferramenta, operada diretamente pelo meu Estado-Maior, foi fundamental na condução do processo, unindo o esforço de todo o sistema.

Por fim, as reuniões periódicas, frequentes e estruturadas, com os diversos níveis do sistema de vacinação, via VTCs, permitiram uma rápida comunicação bidirecional, e fazer com que as pessoas envolvidas criassem um sentimento de identidade e de partilha, de muito salutar, durante todo o período de vacinação.

b. Organização Externa

Por razões óbvias, o dever de tutela obrigava-me a manter permanentemente informados o Senhor Primeiro-Ministro, o Ministro da Defesa e a Ministra da Saúde. Por outro lado, a função de Coordenador, obrigava-me a manter um contacto muito sensível com os representantes da *Task Force* que, por inerência das suas funções, eram elementos-chave na tomada de decisão deste processo. Assim, a minha organização externa pode ser expressa da seguinte forma:

- A título governamental, com o Senhor Primeiro-Ministro e com os Ministros da Defesa e da Saúde, sob quem estava, de acordo com o despacho de nomeação, sob tutela. Mantive, em todo este percurso, um estreito e saudável relacionamento com os três;
- Ao nível militar, com o Almirante CEMGFA;
- Ao nível do Ministério da Saúde, com a *Task Force*, onde nos reuníamos pelo menos 3 vezes por semana;
- Ao nível dos profissionais de saúde, com as ordens profissionais dos médicos, enfermeiros e farmacêuticos;
- Ao nível regional, com as Administrações Regionais de Saúde e com os Autarcas do Continente;
- Ao nível dos Governos Regionais dos Açores e Madeira, embora não houvesse uma dependência funcional, mantive uma estreita e excelente relação com ambos os Governos Regionais em mútuo apoio ao combate desta pandemia nas respetivas regiões autónomas.

B. Comunicação

a. A comunicação como elemento envolvente

Em termos de comunicação, a mesma pode ser vista de vários prismas. A necessidade de atuar em prol de uma situação tão grave como a que estávamos a atravessar, obrigou-me a intervir em vários domínios. A começar pelas ordens profissionais na área do setor da saúde. De imediato entrei em contacto com os Bastonários das Ordens dos Médicos, Médicos Dentistas, Enfermeiros e Farmacêuticos e as associações de doentes e IPSSs. Seria necessário criar sinergias para desenvolver um modelo de vacinação com a concordância e, sobretudo, apoio deles.

Devo manifestar com enorme apreço que desde o início as conversações tidas com os Senhores e Senhoras Bastonário(a)s foram de uma fluidez impressionante, em prol do bem comum, partilhando opiniões de como o processo podia e deveria ser conduzido no sentido de termos uma vacinação em massa e urgente. Salvar vidas era o nosso mote. Para uma vacinação em massa e urgente não seriam suficientes os meios do Serviço Nacional de Saúde, através dos seus Centros de Saúde e/ou Unidades de Saúde Familiar (USF). Era necessário edificar Centros de Vacinação em que fosse possível vacinar rapidamente um grande número de pessoas. Por esse motivo, dirigi-me aos Autarcas de Portugal Continental enviando-lhes uma missiva dando nota da necessidade da edificação desses centros, sensibilizando-os para essa necessidade. Todos foram excecionais e recebi muitíssimas respostas em total solidariedade e apoio institucional. E não passaram apenas de palavras. Foram mesmo edificados centenas de Centros de Vacinação pelas inúmeras autarquias deste país bem como requisitados e contratados enfermeiros e auxiliares de saúde para os colocar em funcionamento.

b. A comunicação como promotora do processo de vacinação

Extremamente importante. Recordo que, em março de 2021, cerca de 40% da população em Portugal tinha muitas dúvidas sobre a eficácia das vacinas. Potencialmente estávamos perante 4 milhões de portugueses que se interrogavam a eles próprios se deveriam vacinar-se e aos seus, dada a rapidez com que a Indústria Farmacêutica desenvolveu as vacinas e com receios dos seus efeitos secundários. A população tinha de estar informada sobre a evolução do processo de vacinação. Isso exigia uma comunicação simples, isenta, entendível à maioria da população e, sobretudo, verdadeira e transparente. Senti-me na obrigação de manter a população informada do que realmente estava a acontecer, mesmo que os cenários não fossem os desejados. A população tinha o direito de ser informada sem infantilizações nem meias-verdades. Seria uma construção de proximidade e laço de confiança entre a *Task Force*, na pessoa do seu Coordenador, e a população portuguesa. Nesta matéria, fui muito intransigente. Informaríamos como se encontrava a situação nacional, fossem elas boas ou más notícias. Aliás, relativamente às más e numa nota à parte, encarar os problemas sem paliativos, exigia de todos nós na *Task Force*, superarmos e revertermos as situações que nos atormentavam ou criavam fragilidades, mas nunca encontrar uma

escapatória numa falsa narrativa ilusória. Eram provas diárias a serem superadas.

Permitam-me recordar um episódio que me sensibilizou de sobremaneira. Encontrávamos numa fase em que dia a dia vacinávamos milhares de pessoas, mas a taxa de transmissão teimava em não baixar. Estes dados inquietaram-me e decidi que deveríamos, com um enorme esforço de todos os intervenientes dos Centros de Vacinação, em determinada semana vacinar 850 mil pessoas. Uma enormidade. Internamente, para a minha equipa, disse-lhes que o meu desejo seria vacinar um milhão. Uma tarefa hercúlea de difícil escoamento para a capacidade instalada nos Centros de Vacinação. Acabou por acontecer por um erro de agendamento. Percebi que apesar de irmos nessa semana degradar a qualidade do processo de vacinação, nomeadamente seria expetável filas de espera na ordem das 3 a 4 horas (dado o número de convocatórias para vacinação), esta, por estarmos em véspera de férias de verão e com elevados índices da taxa de transmissão, seria importante. Fizemos sair um comunicado de imprensa num sábado à noite explicando que tínhamos de “correr” contra o vírus e no domingo seguinte dirigi-me a população portuguesa, num órgão de comunicação social televisiva, dando nota que lamentava, mas quem fosse chamado ao processo de vacinação provavelmente iria esperar longas horas para ser vacinado. Durante a semana fui visitar vários centros de vacinação, esperando manifestações de desagrado como o processo estaria a decorrer. Nada disso. Nos centros de vacinação não assisti a queixumes por parte da população. Estavam tranquilos, esperando a sua vez por longas horas, muitas vezes em pé ao sol ou à chuva. Não consigo descrever o orgulho que senti perante esta reação dos portugueses. Não estava à espera. Foram bravos e ainda hoje reconheço a forma solidária como aderiram ao meu apelo. Um outro aparte, vacinámos nessa semana um milhão e noventa mil pessoas, esgotando praticamente todo o stock de vacinas. Não o repetimos na semana seguinte porque não havia vacinas suficientes.

c. Comunicação com os Órgãos de Comunicação Social

Por fim, a comunicação com os órgãos de comunicação social (OCS). Eles são o principal veículo de informação junto da população. O papel deles é importantíssimo na divulgação da informação junto das populações. As pessoas ouvem, naturalmente, o que eles têm a transmitir e por isso era essencial mantê-los atualizados da forma como está

a decorrer o processo de vacinação sem criar vazios que permitissem a implementação de narrativas oportunistas. Seria necessário criar empatias com os OCS, gerindo e indo ao encontro das suas expectativas, utilizando uma linguagem simples e inteligível que pudesse ser divulgada junto da população e sem dúvida que com a ajuda deles, a comunicação se tornou um veículo estratégico ao sucesso da missão.

Uma atitude de inteira disponibilidade para com os OCS, sem esconder problemas e questões com que nos debatíamos, ajudou a que estes criassem por sua vez confiança e nos ajudassem a informar a população. O país ficará a dever aos OCS um trabalho verdadeiramente informativo num período de elevada incerteza e angústia da população.

Acredito que houve uma afirmação de valores humanistas da nossa sociedade num momento particularmente difícil e que todo o processo de vacinação acabou por nos reconciliar um pouco connosco e isso deve-se a uma estratégia de comunicação que não teve desde o princípio qualquer desejo de manipular, mas de informar e partilhar o caminho com todos. Isso leva-me ao último aspeto que gostaria de referir neste resumo, a liderança.

C. Liderança

Tendo em conta uma possível definição de liderança: capacidade de motivar, influenciar, inspirar e comandar um grupo de pessoas a fim de atingir os objetivos propostos.

Eu sou uma pessoa muito exigente. Quem me conhece sabe disso. Mas sou exigente porque sou muito focado na missão e considero que normalmente estas (as missões difíceis e complexas) exigem sacrifícios de diversa ordem. Exijo muito aos que me estão próximos para que se mantenham focados nos objetivos necessários ao cumprimento da missão com total disponibilidade. Foi o que fiz pessoalmente e exigi da minha equipa e ela correspondeu a esse apelo. Empenho, esforço, dedicação e disponibilidade.

Esta exigência pessoal e com quem me é próximo tem-me ajudado a enfrentar as adversidades (e foram tantas neste processo) numa atitude em que desistir está fora de questão e na qual a vontade de encontrar soluções para as mesmas, por via de uma procura incessante de eficácia e eficiência, muitas vezes com soluções criativas fora da caixa, com elevada capacidade de adaptabilidade, passa a ser uma constante e quase uma personalidade do grupo que me rodeia.

Situações anormais exigem soluções diferentes ao padrão. Caso contrário não seria uma situação anormal. Nós mantínhamos 4 planos. O da semana corrente e os das semanas +1, +2 e +3. Sempre que uma adversidade afetava o plano da semana corrente implicava rever todos os restantes planos.

Estas adversidades foram de diversa índole. Recordo-me que estivemos umas semanas a planear a vacinação dos professores do ensino básico e secundário. A população alvo rondava as 250 mil pessoas. Seriam vacinados em dois fins de semana, mas o grosso seria no primeiro fim de semana. Estávamos prontos. As convocatórias enviadas. As confirmações recebidas. E, na 5ª feira anterior, é suspensa a vacina com que iriam ser vacinados. Parou tudo. Haveria que encontrar uma solução rapidamente. Rever todos os planos. Precisámos de menos de uma semana, com grande empenho de toda a equipa de apoio, para estarmos prontos a vacinar no fim de semana seguinte com uma das outras vacinas e mesmo neste circunstancialismo negativo o processo foi um sucesso.

A liderança implica visão, conhecimento, empatia, capacidade de comunicação e coragem. Um líder, na minha opinião, não pode ser avesso ao risco nem à consequente responsabilização pelas decisões tomadas, não ter experiência e conhecimentos sólidos que o deixem confuso no “campo de batalha”, operar sem valores e uma ética reconhecida por todos e através da comunicação empática deve conseguir agregar os grupos diversos envolvidos em torno dos objetivos estabelecidos e dos esforços necessários à sua concretização.

Estas qualidades de liderança foram todas postas à prova durante este processo de vacinação: tomadas de decisão impopulares; exigência de vacinar de acordo com hierarquias baseadas em valores humanistas, contra interesses instalados; assertividade em momentos de confusão e opiniões divergentes que tendiam para uma resultante nula; substituição, ou forte auxílio no processo de decisão, de atores avessos ao risco e responsabilidades; comunicação assertiva e envolvente de todos os atores sem preconceitos ideológicos ou políticos; combate a narrativas oportunistas assumindo o risco de exposição e confrontação direta; entre outros.

É necessário entender que este processo não só pelas perdas de vidas, pelos internamentos nos cuidados intensivos com as sequelas que daí advieram e com milhares de infeções por dia, pesava imenso em todos os que diretamente intervieram. Esse desgaste poderia traduzir-se em momentos de desmotivação. Isso foi algo que sempre combati. Não

podíamos baixar os braços. Teríamos de continuar e vencer este vírus. Falhar não era opção. Felizmente, fomos todos construindo uma base de confiança que permitiu superar todas as adversidades, oferecer uma resposta bem-sucedida e vencer esta batalha.

Em resumo, esta foi uma descrição daquilo que intitulei do meu triângulo estratégico cujos efeitos ajudaram no sucesso da missão.

Voltando atrás, e como escrito no início, sendo este um Livro de Lições da Pandemia, permitam-me descrever a metodologia adotada para esta missão: o “OODA LOOP”:

Observar: é o início do ciclo, para uma observação acurada é necessário a recolha de dados por forma a analisá-los. E o motivo pelo qual precisamos desses dados deve-se à necessidade de estabelecer critérios para o processo de vacinação, nomeadamente tentar inferir qual a população que está sob maior risco. Será a mais idosa (faixa etária)?, será por região (dispersão geográfica)?, será por doença (comorbilidades)?, de quantas vacinas dispomos (total de vacinas)?, de que laboratórios (tipo vacina)?, a quem se deve aplicar cada tipo de vacina?, quantos centros de vacinação são necessários?, qual deverá ser a sua dimensão (números de *boxes* de vacinação)?, quantos enfermeiros são necessários por centros de vacinação?, há profissionais de saúde suficientes para cada centro de vacinação?, há setores da sociedade que devam ser prioritários (profissionais de saúde, bombeiros, forças de segurança, outros)? Em resumo, as variáveis são tantas que é necessário recolher esses dados para se trabalhar num modelo de vacinação o mais adequado às necessidades do país, em defesa da sociedade;

Orientar: aplicar os conhecimentos e experiência adquirida. Se no início estávamos muito fragilizados com a letalidade deste vírus, a verdade é que, como em qualquer outra de situação de conflito, vamos conhecendo melhor o nosso inimigo (vírus), mesmo que ainda não tenhamos arsenal (vacinas) suficiente para o derrotar. Mas também vamos conhecendo como atua, como se transmite, como nos podemos proteger dele, como mitigar a sua propagação (impedir a circulação livre das pessoas é uma das formas), como reagem as pessoas à vacina, como reage o vírus pelos estratos da população e todo esse conhecimento e experiência vão sendo conhecidos e nós vamos aplicando esse conhecimento ao nosso planeamento e à nossa estratégia;

Decidir: é um ato muito importante, de tudo o que vem das fases anteriores, há que escolher e definir a linha de ação que iremos tomar. Numa palavra, decidir. As decisões não são fáceis, mas têm de ser tomadas sem receios, num equilíbrio adequado (assumindo que o risco zero é

utópico), mas havia que travar o mais rapidamente possível a taxa de transmissão e, simultaneamente, vacinar o maior número de pessoas no maior curto espaço de tempo, tendo em conta as vacinas disponíveis, conferindo a mais larga proteção possível;

Agir: tomar ação, pôr em execução os planos elaborados, as decisões tomadas e manter o controlo desses planos nomeadamente as variáveis endógenas (aquelas internas ao sistema e que podemos controlar), preparados para as contrariedades que vão surgindo (variáveis exógenas ao sistemas, e por isso não as controlamos), verificar os desvios aos planos para que o ciclo continue e recolher estes dados e analisá-los de modo a corrigir os desvios aos planos, ou, em casos mais extremos, elaborar novos planos.

Foi com esta metodologia que me fui guiando no processo de tomada de decisão e que ia transmitindo tanto ao Governo, como à *Task Force* e à minha equipa.

Não há que temer tomar decisões inovadoras. Toda a situação em si é inovadora e por essa razão é expectável que se tomem decisões diferentes às que se tomam em situações normais.

Torna-se necessário ter consciência de que um dos objetivos da nossa missão seria minimizar não só a taxa de infeção, mas essencialmente conferir proteção aos mais vulneráveis primeiro e depois a toda a população. Tal foi atingido com sucesso, fomos o primeiro país do mundo a atingir os 85% de toda a população com a vacinação completa.

Vencemos a Batalha. Não erradicámos o vírus, mas a maioria da população ficou protegida.

Missão cumprida, mas com o sabor amargo de não ter podido salvar muitas das vidas que infelizmente se perderam neste período.

Não podia deixar uma nota de agradecimento a todos os envolvidos neste processo, nomeadamente à *Task Force*, à minha equipa de apoio, aos profissionais de saúde, aos autarcas e à população portuguesa que acreditou neste processo de vacinação, que acreditou na eficácia da vacina e que aceitou as dificuldades deste processo como um facto do próprio processo em curso. Se Portugal foi o primeiro país do mundo a atingir 85% da população vacinada, apenas se deve aos portugueses que aceitaram ser vacinados, contribuindo para que a taxa de transmissão diminuísse, que os casos de doença grave diminuíssem e sobretudo que a taxa de mortalidade associada ao COVID-19 diminuísse significativamente.

Sinto um enorme orgulho dos portugueses. Juntos conseguimos. Parabéns a todos.

A mobilização nacional para o combate à pandemia ‘COVID-19’: o papel das instituições sociais

RITA VALADAS

Presidente da Cáritas Portuguesa

A pandemia COVID-19 atacou-nos de forma despreparada, inesperada e avassaladora. No início agarrámo-nos à convicção de um “não chega cá”, mas chegou muito rapidamente. Vinha acompanhada da presunção de que era por “pouco tempo”, mas não foi... Depois houve vários “acho que agora é que foi embora” pouco convictos e acompanhados de um receio permanente de que nos chegasse, e aos nossos.

Encerrámo-nos em casa, suspendemos o lazer e pendurámos os amigos, os passeios e as rotinas de saúde...

Num primeiro momento a COVID-19 atingiu especialmente os mais dependentes, que precisavam de uma atenção permanente de cuidadores, quer estivessem isolados no seu domicílio, quer estivessem em respostas residenciais. Atingiu também os cuidadores, formais e informais e pareceu proteger os mais novos. Foi o pânico das respostas residenciais para idosos, dos profissionais que não podiam deixar de trabalhar, das suas famílias, e da escassez de EPI (Equipamentos de Proteção Individual).

Assumi-se que a pandemia não ficaria por muito tempo... mas não ... Na verdade ainda dura. E, apesar da proteção das vacinas e da menor gravosidade da doença não sabemos até quando, e que outros danos causará.

Na emergência da situação havia que garantir os cuidados e o bem-estar dos mais isolados, dos mais doentes, e dos mais frágeis. Todos com vidas suspensas, mas necessidades permanentes.

Com avanços e recuos fomos somando estratégias, recursos, soluções e procurando acudir num espírito de emergência sem fim à vista, sem conseguir olhar para as consequências mais escondidas. Com o arrastar desta situação vivemos a consciência da Crise Económica que nos assolou, se multiplicou em novas situações, e nos confronta agora com o receio de um aumento generalizado do custo de vida que terá claramente consequências para todos.

Esta democrática doença (porque não escolhe condição social) também discriminou em função da capacidade de aceder a cuidados de saúde privados e aprofundou as desigualdades.

Entre a crise inicial no trabalho quando tudo fechou, o arrastamento da emergência e a diminuição dos rendimentos, tivemos a “concorrência” da Crise Social que ainda nos acompanha e a que se somam agora as consequências de uma Guerra na Europa, do aumento generalizado do custo de vida, das taxas de juro, da energia... Novos ingredientes para o aprofundamento de uma crise social que não consegue curar-se da crise anterior.

Nunca tínhamos sido confrontados com uma situação de saúde que obrigasse a confinar, criando novos desafios para quem cuida, sejam pessoas, sejam instituições. Os desafios estiveram por todo o lado... Dentro das instituições nas respostas residenciais, mas também no apoio aos domicílios, nas alternativas às respostas abertas, no estabelecimento de redes de alerta aos mais isolados ou mais vulneráveis, mas também no apoio a novas situações de pessoas e famílias em risco sócio-económico.

A crise pandémica trouxe a precariedade a muitos que dependiam de atividade no exterior.

Houve setores particularmente fragilizados logo no primeiro momento. Os que dependiam do turismo, da cultura, da restauração, da estética, dos pequenos negócios (entre outros), que, de repente, se viram sem alternativa, sem capacidade de sustentar a sua família e que não tinham, na primeira fase, acesso a qualquer apoio. A resposta das instituições a estas situações foi particularmente importante.

Houve um aumento súbito dos pedidos de apoio para pagar rendas, água, luz e *internet* (para a escola) e houve uma mobilização para acorrer a estas situações.

Foi esta consciência que levou a Cáritas, desde a primeira hora, a montar o seu primeiro programa nacional de apoio social, o “Vamos Inverter a Curva da Pobreza” com apoios em espécie, apoio financeiro e atribuição de Vales para aquisição de bens de primeira necessidade. O programa vigora até hoje e foi uma ferramenta muito importante para a atividade das Cáritas Diocesanas no apoio a esta Nova Vulnerabilidade.¹

Especial colaboração no apoio a este programa foi o dos doadores, que permitiram manter este apoio ativo até hoje, acompanhando

¹ <https://caritas.pt/2021/noticias-principais/a-rede-caritas-em-portugal-e-a-resposta-a-covid-19/>.

as necessidades da crise inicial e das que se lhe foram juntando. Houve uma crise pandémica, uma crise económica, mas não houve uma crise de solidariedade. Houve empresas do setor privado e cooperativo que “cerraram fileiras” com as instituições e permitiram que os apoios chegassem a quem mais precisou.

As “almofadas” criadas pelo Estado foram cruciais, mas a situação de muitas famílias teria sido muito mais crítica se não fosse a expedita e capacitada reação inicial das instituições e o seu acompanhamento de todo o processo.

Chegar perto à distância

Quando no primeiro dia de confinamento se percebeu que as medidas exigiam proteção, e a proximidade teria de se conseguir com distância, ficou óbvio que seria necessário agir com emergência, criar planos de contingência que evitassem o contágio exponencial junto de cuidadores, de pessoas cuidadas e apoiadas e das suas famílias, e redefinir postos de trabalho, escalas, equipas e funcionamento.

Nenhum Plano de Atividades, nem nenhum Orçamento estava preparado para isso e os EPI escasseavam no mercado.

Foi com isto que todos nos confrontámos e foi logo no primeiro momento que as instituições se mobilizaram. Os desafios foram múltiplos.

Era preciso avaliar a situação dos colaboradores, dos fornecedores, dos voluntários e das pessoas que dependiam de cuidados das instituições, sempre observando as regras sanitárias.

Confinando e cuidando, era preciso:

- garantir a existência de EPI para todos,
- acompanhar as crianças, igualmente confinadas, nas suas atividades e no seu percurso escolar,
- substituir funcionários que, em função das suas responsabilidades parentais ficaram em casa, e os que, colaborando a tempo parcial nas instituições e acumulando com atividade no setor da saúde, passaram a ter regime de exclusividade no SNS,
- Substituir (diariamente) os funcionários que, por contágio ou outra doença prévia, tiveram de cumprir quarentena ou isolamento.

Entre o receio, a insegurança sobre a escolha de procedimentos, a revolta de muitos que não entenderam logo a importância de confinar e

a angústia pela distância e isolamento, a consciência de que esta batalha não era só de um setor, uniu todos e creio que hoje é clara a importância que a mobilização célere do setor solidário teve para o apoio aos isolados e aos mais vulneráveis e para a manutenção de uma “porta aberta”.

Algumas respostas sociais tiveram de fechar, mas foram também encontradas respostas inovadoras para substituir os apoios já dados e para responder aos novos desafios.

E Agora?

A saúde teve o seu foco na crise pandémica e desinvestiu na prevenção, no diagnóstico precoce e no tratamento de outras doenças. A situação era aguda e tudo o que não era pandémico ficou pendente. O medo reduziu os cuidados ao mínimo tempo e por isso a distância foi também motivo de desatenção, entre a solidão, a falta de estímulos e sem o benefício de um convívio saudável. Pudemos olhar para o que estava perto e desaprendemos de planear, construir, reunir e festejar. O espaço e o tempo impediam-nos e protegiam-nos, criando um fosso e aprofundando as ausências que hoje deixam a nu as consequências na saúde mental de jovens, adultos e idosos.

É o tempo do “E Agora?”

E, depois da situação mais crítica da pandemia, quando já se fala de um “novo normal”, o que é que aconteceu aos cuidadores?

Durante todo o tempo pandémico tiveram de cuidar. Não puderam distrair-se desta missão, função, responsabilidade e obrigação. Agora, quando se abrem as portas e nos é dada uma liberdade diferente e maior, muitos se confrontam com o ter de reaprender a viver num estado em que já não estão tão presos a esta função de cuidadores. Podem ter uma vida diferente, mas não sabem como o fazer... Esta ambivalência entre olhar para dentro e ousar olhar para fora é uma situação muito difícil com que se deparam quase todos os cuidadores. Mesmo aqueles que saíam de casa para cuidar, não se distraíam no caminho, não era possível ficar na rua, não era possível contactar mais ninguém... O espaço da conversa, o espaço da palavra foi-se, e é muito difícil retomá-lo. São tempos de incerteza que se prolongam e tornam difícil perceber o caminho.

Estamos longe de saber quais os efeitos desta pandemia em todas as áreas, mas não temos dúvida de que tiveram, e têm, consequências severas sobre os cuidadores e para todos os que dependem de cuidados pessoais.

A pandemia veio evidenciar a importância do tema da saúde mental. Os sinais, em especial nos idosos isolados ou institucionalizados, nos jovens e nas crianças, alertaram especialistas em todo o mundo, conscientes de que muitos dos efeitos ainda não são visíveis. Alguns estudos casuísticos já realizados exibem resultados inquietantes, mas o impacto desta crise, do confinamento e do isolamento social, ainda se fará sentir por muito tempo.

O que me fica?...

Vivemos (pelo menos) desde 2020 num círculo vicioso de crises que não cessam. Será que saberemos retomar, com aprendizagem, um caminho mais resiliente, mais saudável e mais comprometido?

Esta “Nova vida” ainda transporta muitos receios e medos antigos e a retoma não é o retorno ao normal... É, quanto muito, um novo normal, numa conjuntura internacional difícil, cheia de aprendizagens e dificuldades, mas que pode promover a nossa resiliência.

Perdoem-me um pensamento muito pessoal nestas últimas palavras. É um voto para que a Europa consiga ser um exemplo de civismo, que os interesses não se sobreponham uma vez mais às pessoas. Que as pessoas, em especial as mais frágeis, estejam no pensamento dos decisores políticos.

Depois da crise pandémica, das crises económicas subsequentes e da crise social, esta velha Europa, e o Mundo em geral, não precisam de uma guerra que lhes comprometa a vida, o bem-estar, e o futuro.

E, por fim, que se reconheça o papel do setor solidário e se reveja a cooperação.

A capacidade de reagir em emergência, de encontrar novas soluções para novos problemas, a flexibilidade e adaptabilidade da sua ação, a aptidão para a leitura da realidade social a partir dos territórios, e a competência do seu exercício, são marcas indeléveis e demonstrativas da capacidade e do papel das instituições sociais nesta crise sanitária / social / económica, que nos ficam como garante.

Muito importante seria que o envolvimento dos agentes sociais fosse continuamente mantido na leitura da realidade social de proximidade, na avaliação da política social e no concurso para novas medidas e recursos.

O setor solidário é claramente fundamental, em complementaridade e em gestão.

Pandemia COVID-19: ameaça ao conforto dos enfermeiros

PATRÍCIA PONTÍFICE DE SOUSA

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

Vivemos tempos de inquietação. Com a evidência da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, designada e declarada oficialmente em março de 2020 pela OMS por COVID-19, uma crise fortíssima e imprevisível aconteceu a nível da saúde, pondo em perigo todas as pessoas, arrastando e provocando consequências gravosas e exigindo um elevado esforço dos sistemas de saúde. Os primeiros casos da doença foram identificados no final de 2019 em Wuhan, província de Huei na China. O aumento do número de novos casos e as suas consequências vieram a declarar uma emergência de saúde pública de importância internacional, com alterações na sociedade e em todas organizações governamentais e não governamentais. Segundo o European Centre for Disease Prevention and Control, até ao início de maio de 2022 foram registados a nível mundial 508 498 877 casos de COVID-19 e 6 235 962 mortes. Em Portugal, cerca de 3 876 412 pessoas foram identificadas com infeção por SARS-CoV-2 e 22 301 acabaram por morrer.

A rápida disseminação levou a transformações e mudanças significativas dos ambientes de trabalho que exigiram uma atenção considerável, quer na rotina de toda a população (períodos de quarentena obrigatórios, isolamento social, encerramento de serviços e escolas, teletrabalho obrigatório, instabilidade, incerteza e insegurança), quer na pressão exercida nas instituições de saúde, concretamente nos cuidados a prestar aos doentes em diferentes contextos de saúde^[1]. Agravado pelas exigências pessoais e do trabalho que a COVID-19 veio impor por tempo indeterminado, a atual pandemia tem alterado de forma significativa os contextos de trabalho dos profissionais de saúde, concretamente enfermeiros e médicos, potenciando múltiplos desconfortos conduzindo a consequências pessoais, organizacionais e financeiras muito graves.

Num primeiro momento, antes de qualquer diligência, importa referir que ao serem os recursos humanos um dos principais motores para o bom funcionamento das organizações e desempenho com qualidade

e eficiente, a gestão dos mesmos deve ter em conta o bem-estar e conforto do próprio, concretamente, na criação de condições benéficas para uma melhor adaptação e gestão às rápidas mudanças em contexto de trabalho. Ao considerarmos o capital humano como o núcleo central das instituições, as preocupações associadas aos ambientes de trabalho saudáveis assumem uma importância maior, sendo os riscos psicossociais associados ao trabalho um desafio.

O ambiente/contexto de trabalho, como fonte de satisfação de diversas necessidades humanas, pode constituir uma ameaça à fragilidade humana, quando impõe fatores de risco à saúde, e/ou o profissional não dispõe de recursos suficientes para se proteger desses riscos. Evocar a fragilidade humana coloca vários desafios ao cuidado em saúde. Na esfera da ação profissional, o cuidado constitui um valor desejável e envolve uma gestão emocional significativa, principalmente ao lidar com o desconhecido, a incerteza, a pressão, o sofrimento e o desconforto das pessoas, para além da necessidade de manter a Vida dos que são acometidos pela doença. A regulação emocional em contexto de trabalho é desejada e exigida em áreas em que o contacto direto e o envolvimento relacional é central, como é o caso dos cuidados em saúde, em que se requer um trabalho emocional e uma gestão apropriada das emoções, pela forte e intensa ligação/relação ao envolvimento com as pessoas.

Conscientes de que a complexidade dos cuidados exige um trabalho em equipa, centramo-nos no cuidado em Enfermagem, em determinado momento e contexto, como um cuidado profissional, que cuida da *Vida como um bem valioso em si*^[2].

Na cultura de cuidado, numa responsabilização individual e coletiva, o trabalho de enfermagem ancora-se em três eixos estruturais (i) 1.º eixo: no (re)conhecimento /avaliação da vivência da pessoa, pois trata-se de um serviço profissional dirigido à pessoa como um todo integrado e às suas particularidades, nos detalhes específicos da situação; (ii) 2.º eixo: no compromisso de cuidado, de natureza intencional, complexa, difusa, dinâmica e multidimensional, concretizado numa relação de sintonia co-criada, o que exige conhecimento e saber dos enfermeiros; (iii) 3.º eixo: no contexto particular e singular e seus determinantes fundadores, socialmente constituído por estímulos e condicionantes configurando a estrutura da cultura confortadora em que a intencionalidade das intervenções dos enfermeiros procura o bem-estar, o conforto e a segurança. Para tal, não só a dedicação se revela essencial, como também, as existências de ingredientes são essenciais: o conhecimento,

a honestidade, a paciência, a alternância de ritmos, a confiança e humildade, a esperança e a coragem. A continuidade dos cuidados e avaliação do estado de saúde têm como finalidade ajustar a intervenção, em função do julgamento profissional e das necessidades das pessoas.

Cuidar, como intervenção terapêutica, é um processo que traz benefícios à díada enfermeiro e pessoa cuidada, e conduz ao desenvolvimento de ambos. É, pois, a forma de concretizar o cuidado que o distingue: *uma forma de ser, de relação e ação*.

Enquanto compromisso, o cuidado humanizador decorre da responsabilidade do cuidador assumida por um agir ético, o que torna os enfermeiros responsáveis pelo Outro em vulnerabilidade própria. Numa co-construção contínua manifesta-se na preservação do potencial saudável dos cidadãos, sendo que a compreensão do ser humano na relação com a sua fragilidade e vulnerabilidade acontece nas interações e requer uma atitude para com a pessoa no respeito pela sua diferença e dignidade.

No compromisso de cuidado de enfermagem procura-se desenvolver conhecimentos relacionados com os fenómenos humanos associados à saúde e à doença, compreender a realidade das experiências individuais daqueles que são confiados ao cuidado. Trata-se de profissionais que dão resposta às necessidades de saúde das pessoas, de modo confortador, que procuram ajudar a manter, melhorar ou recuperar a saúde, que procuram promover o autocuidado e autonomia e acompanhar os processos de morrer em qualquer situação e temporalidade de vida.

Num contexto cada vez mais exigente e preocupado com a qualidade e a segurança, em ligação com o conceito positivo de saúde, a prática de cuidados de enfermagem, para além da sabedoria e dos aspetos técnicos que a enformam, exige sensibilidade, ajustamento pessoal e estabilidade emocional. Envolvidos no combate à pandemia COVID-19, os enfermeiros constituem um grupo de profissionais em que os riscos psicossociais se tornam cada vez mais evidentes devido à exposição a uma situação limite e prolongada. É imperioso que os profissionais de enfermagem entendam e analisem as diversas relações e manifestações de saúde/doença, o que requer um contacto próximo e relacional com doentes e familiares, exige um investimento de tempo, por vezes, em condições de trabalho deficientes, e ainda, responsabilização, inerente ao compromisso de cuidado, pelo que, facilmente se percebe que se trata de uma profissão vulnerável ao *burnout* (síndrome de esgotamento profissional)^[3,4].

O maior contacto com os doentes COVID-19, ao ser gerador de maior risco, tem levado a uma maior exigência em relação aos cuidados prestados e à capacitação dos profissionais. Com o surgimento da quarta vaga, toda a sobrecarga veio a aumentar. Reforçando a incerteza e o desconhecido, com especial impacto no local de trabalho, a pandemia intensificou, sem dúvida, a pressão sobre o trabalho da Enfermagem, de profissionais que lidam diretamente com doentes com COVID-19. Neste tempo de cuidado, as múltiplas exigências e a evidência de mudanças repentinas afetaram e causaram pressões num ambiente hostil e desfavorável, com interações emocionalmente exigentes de natureza diversa e complexa.

Nesta realidade pandémica, a saúde, o conforto, o bem-estar e a segurança dos profissionais de saúde ficam assim comprometidos. As investigações realizadas mostram que devido à necessidade de dar respostas de cuidados, efetivas e rápidas, às exigências de alta complexidade, os enfermeiros ficam sujeitos a uma experiência limite, contexto complexo acometido por múltiplos desconfortos de natureza física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, com influência no bem-estar e qualidade de vida, o que pode potenciar o medo, a ansiedade, o *stress* emocional no trabalho e na vida pessoal^[5,6]. Para além dos riscos de contaminação, particularmente dos que estão em especial risco, as evidências sobre o impacto psicológico mostram que o maior número de contactos com estes doentes, a imprevisibilidade dos cuidados e a necessidade da sua rápida resposta, o maior investimento de tempo e energia com os doentes e familiares e a frequência de lidar com situações emocionalmente difíceis, se relacionam diretamente com maior exaustão emocional, maior prevalência da ansiedade, depressão, contribuindo assim para o aparecimento do *burnout* (síndrome de esgotamento profissional), e para o *disengagement* (desvinculação) no trabalho, durante e após surtos pandémicos^[6,7].

Nesta lógica, comprometida a dinâmica de trabalho e de vida, têm surgido novos desafios, para os enfermeiros tais como as políticas e procedimentos novos, a pressão inerente ao sentido profissional de dever para com os doentes, o medo do contágio, a mortalidade elevada, os dilemas éticos profundos, o uso de equipamentos de proteção individual, o *stress* da equipa e dos doentes, entre outros^[8].

Decorrente do desgaste físico e psicológico, surgem, igualmente, problemas no ambiente de trabalho que afetam negativamente estes profissionais, pelas funções que desempenham junto das equipas: (i) a

sobrecarga de trabalho; (ii) a falta de controlo da situação; (iii) a necessidade de fazer a seleção dos doentes que vão cuidar; entre outros agentes potencialmente stressores, que poderão conduzir ao surgimento de possíveis problemas físicos, mentais e sociais. A estes fatores, juntam-se, ainda, as longas horas de trabalho, a fadiga, o estigma, a violência física e psicológica, o sofrimento psicológico, o *burnout* (síndrome de esgotamento profissional), e o *disengagement* (desvinculação) no trabalho^[5,7,8,9,10,11].

Pelo exposto, emerge a compreensão de que tais fatores de risco, quando não controlados, afetam disruptivamente o dia-a-dia e podem conduzir a um risco elevado e agravado, particularmente dos enfermeiros, ao experienciarem estados de exaustão física e emocional devido ao desgaste diário vivido na prática clínica, em atendimentos aos doentes consequentes da COVID-19^[12,13]. Estamos cientes de que o ambiente de trabalho dos enfermeiros se rodeia de efeitos adversos, situações stressantes e traumáticas, exigindo que estes profissionais encontrem formas de se protegerem, o que nem sempre se torna fácil.

Síndrome de *Burnout*: situação limite

Ao longo das últimas décadas, o conceito de *burnout* tem sofrido uma natural evolução, fruto das constantes alterações sociais e culturais e dos inúmeros estudos que se têm vindo a realizar. Recentemente reconhecido e concetualizado pela Organização Mundial de Saúde como a «síndrome de *burnout*», liga-se a um fenómeno ocupacional que afeta várias profissões e está incluído na 11.^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Com origem na expressão em inglês *to burn out*, esta síndrome foi referida pela primeira vez por Freudenberger em 1974, para significar a sensação de esgotamento pela falta de estímulo que origina uma falta de energia emocional associada à fadiga, depressão, irritação e inflexibilidade (Freudenberger, 1974)^[14]. A definição mais conhecida é a de Maslach e Jackson e faz referência a uma síndrome psicológica, complexa, secundária a uma resposta a agentes stressores crónicos, emocionais e interpessoais, que decorrem do excessivo *stress* ocupacional provocado pelo trabalho. Pressupõe a existência de um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pelo envolvimento continuado em situações de elevada exigência emocional^[14].

Apesar de não ser ainda consensual entre os países da União Europeia que o *burnout* seja uma doença, uma síndrome ou ambas, integra,

atualmente, a classificação internacional de doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS), na ICD-11 — Classificação Internacional de Doenças, 11.^a Revisão — relacionando-a com um estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional^[11].

O *burnout*, como um fenômeno multifatorial, está relacionado com três dimensões que o caracterizam: (i) a exaustão emocional, (ii) a despersonalização/cinismo e (iii) a redução da realização pessoal. A exaustão emocional está associada ao desgaste psicológico e fisiológico, refere-se a sentimentos de cansaço e desgaste emocional e ocorre na forma de falta de energia, com a sensação de que os recursos emocionais se esgotaram; a despersonalização corresponde à noção de lidar/enfrentar e caracteriza-se por atitudes e sentimentos de frieza, negativismo e distância mental relacionada com o trabalho, face aos doentes; a diminuição da realização profissional diz respeito à competência e aos sentimentos internos de realização, à redução dos sentimentos de competência e à satisfação no trabalho^[15]. Com repercussões a nível individual, social e financeiro o *burnout* apresenta manifestações: (i) físicas (exaustão/esgotamento físico, insónias, somatização, enxaqueca, cansaço constante, palpitações, pressão alta, dores musculares, crises de asma e distúrbios gastrointestinais, aumento de consumo de álcool) (ii) psicológicas (apatia, desânimo, ansiedade, sentimento de incapacidade ou inferioridade, irritabilidade, alterações bruscas de humor); (iii) ocupacionais (atitudes negativas no trabalho, falta de motivação relacionada com a ansiedade e depressão) e (iv) organizacionais (absentismo, aumento dos níveis de abandono), originando perdas de índole variada^[16]. A par disso, todos estes aspetos contribuem para diferentes distúrbios de âmbito psicológico e manifestações psicossomáticas, dificuldades de âmbito relacional, aumento de conflitos interpessoais de natureza laboral, alteração na eficácia e qualidade do serviço prestado, diminuição da produtividade, aumento de erros, abuso de substâncias psicotrópicas, podendo, em situação limite, originar suicídio.

Evidenciam-se as consequências do *burnout* categorizadas em duas vertentes: as consequências para o indivíduo e para a organização. Nas consequências individuais, surgem quatro indicadores: (i) os indicadores emocionais, como os mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de ansiedade, solidão, alienação, impotência ou onnipotência; (ii) indicadores atitudinais, como atitudes negativas, apatia, cinismo, hostilidade e suspeita; (iii) indicadores comportamentais, como agressividade, mudanças repentinas de humor, raiva, irritabilidade e

isolamento e (iv) indicadores somáticos, como problemas respiratórios (crises de asma, falta de ar, etc.), cardiovasculares (dor no peito, palpitações, etc.), imunológicos (maior frequência de infecções, alergias, etc.), musculares (dores de costas, fadiga, rigidez muscular, etc.), digestivos (úlceras, náuseas, diarreias, etc.), sexuais e alterações no sistema nervoso^[15,16]. Relativamente às consequências para a organização, surgem: a diminuição da qualidade do atendimento, o absentismo laboral elevado, a baixa satisfação laboral, a diminuição do interesse e esforço na realização de tarefas laborais, a tendência para o abandono do posto de trabalho/organização, o aumento de conflitos interpessoais com colegas, pessoas cuidadas e supervisores, a diminuição da qualidade de vida profissional dos trabalhadores e o aumento dos custos na organização^[17].

“Gente que cuida de gente” (Vanda Horta)

Nos primeiros dois anos de Pandemia, foram realizados alguns estudos sobre o impacto psicológico que mostraram que a prevalência da ansiedade, depressão e *burnout* foi alta durante e após surtos pandémicos, evidenciando que o maior número de contactos com estes doentes estava relacionado com uma maior exaustão emocional.

Uma investigação inicial na China (primeiro país em que surgiu a doença COVID-19) evidenciou que os profissionais de saúde apresentavam graves problemas psicológicos, incluindo insónia, ansiedade e depressão e que mais de 70% apresentava desconforto, *distress* psicológico^[18]. Um estudo realizado em três momentos distintos durante a pandemia, com profissionais de enfermagem, mostrou que os fatores relacionados com o contexto profissional se revelam determinantes nos níveis de *burnout*, para além de o atendimento a doentes com SARS apresentar uma tendência crescente de exaustão emocional. No Brasil, uma outra investigação mostrou que a prevalência do *burnout* foi de 79% em médicos e 74% em enfermeiros^[19].

A tendência dos níveis de *burnout* tem sido crescente. A pandemia da COVID-19, as suas exigências e gravidade, vieram acentuar a prevalência do *burnout*, surgindo como um foco relevante, e dando sentido ao Barómetro COVID-19: Opinião Social, — um projeto de investigação da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa, com o objetivo de acompanhar comportamentos e perceções da população em Portugal e compreender o seu impacto no quotidiano, na saúde e bem-estar da população. Em abril de 2020, em Portugal, o barómetro

realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública evidenciou que cerca de 72% dos profissionais de saúde apresentavam níveis moderados ou elevados de exaustão emocional e de *burnout*. Posteriormente, a investigação assinalava que cerca de três em cada quatro profissionais de saúde apresentava níveis médios ou elevados de exaustão emocional e valores semelhantes de *burnout*^[20].

Recentemente, alguns estudos procuraram não só determinar os níveis de *burnout* de enfermeiros e médicos, durante a pandemia, como o relacionaram através das três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Os dados revelaram que do total da amostra de enfermeiros e médicos, 77% apresentaram níveis altos em exaustão emocional, 44,4% em despersonalização e 58,5% baixa realização pessoal. Verificou-se também que 31,3% dos participantes se encontravam em *burnout* total e apenas 2,1% não apresentam valores elevados nos indicadores de *burnout*^[21]. Os resultados evidenciaram também que os fatores relacionados com o contexto profissional assumem maior expressão nos níveis de *burnout*. Concretamente: o receio de contágio e a burocracia revelam-se fatores de risco para a exaustão emocional; o apoio organizacional revelou ser um fator protetor na exaustão emocional e na realização pessoal; a comunicação clara, na despersonalização; e a remuneração na realização pessoal. Por outro lado, perceber pouco reconhecimento social, o elevado nível de pressão, a remuneração e as condições de trabalho pouco adequadas são indicadores de risco para a realização pessoal^[22,23].

Comparativamente a estudos anteriores à Pandemia, verificou-se que durante a pandemia COVID-19 houve um aumento da exaustão emocional e da despersonalização em Portugal e uma diminuição na realização pessoal. Acompanhando passo-a-passo a evolução da pandemia em Portugal, os últimos dados (maio 2022), do Barómetro COVID-19, são reveladores de uma redução no aumento diário de novos casos em Portugal. Apesar disso, verificou-se um aumento nos níveis médios a elevados de exaustão emocional e *burnout* durante a pandemia (70% dos profissionais de saúde). Os dados mostram, também, um aumento da sensação de fadiga intensa ou muito intensa em 58% dos profissionais, sendo que, quase três em cada quatro (72,2%) apresentam níveis médios ou elevados de exaustão emocional e valores semelhantes de *burnout*^[20,22,23].

Perante este problema de saúde pública, é por isso expectável que os profissionais, ao vivenciarem múltiplos desconfortos, desenvolvam

níveis de *burnout* consideráveis, o que nos remete para a necessidade de identificar os fatores que poderão ter mais impacto nos mesmos, com a finalidade de delinear medidas promotoras do bem-estar e conforto, capazes de mitigar e proteger o profissional durante e após o surto^[22,23].

Esta consciência convoca ao exercício de pensamento sobre a importância do impacto da pandemia nos enfermeiros como um grupo suscetível à síndrome de *burnout*, considerada um fenómeno ocupacional que não deve ser aplicado para explicar experiências noutras dinâmicas da vida das pessoas.

Os ensinamentos da pandemia de COVID-19: cuidar de quem cuida

Neste tempo de cuidado contemporâneo acometido por mudanças constantes, facilmente percebemos que o ambiente de trabalho frutífero em fatores de *stress* é um fator preditor a ter em conta no desenvolvimento de efeitos prejudiciais na saúde e conforto dos profissionais que constituem a equipa de saúde e que são constantemente confrontados com eventos potencialmente traumáticos.

Agravado este panorama pelas exigências do trabalho que a COVID-19 veio impor por tempo indeterminado, revela-se ser fundamental a criação de medidas/estratégias de prevenção do *burnout* (*prevenção quinzenária*), com vista à capacitação emocional, através de intervenções eficazes de gestão do *stress*, para uma maior qualidade de vida e de trabalho dos profissionais de saúde, na perspectiva dos cuidados prestados.

Neste novo nível de prevenção de *burnout*, reforça-se a necessidade da existência de contextos da prática saudáveis que promovam não só o bem-estar e conforto das pessoas, como também a sua produtividade. Considera-se os enfermeiros um grupo profissional de risco importante, pelo que se impõe a adoção de medidas preventivas aos três níveis de atuação: (i) *individual* com base na construção de relações positivas e estimulantes, o treino da resiliência, a gestão do tempo e programas de *mindfulness*, gestão das emoções e do *stress*, a alimentação saudável, o dormir no mínimo 6 horas diárias de sono, o não preenchimento de horários livres, com mais trabalhos, mas sim com o lazer e a prática de exercícios físicos; (ii) *coletivo* com medidas que fomentem o apoio e a interajuda, o diálogo/interação harmoniosa entre equipas e supervisores, cooperando uns com os outros; (iii) e *organizacional*, através da melhoria das condições de trabalho, promotoras de tranquilidade, da participação nas decisões, da flexibilidade de turnos e promoção de uma cultura

empática e de partilha, da existência de gabinetes de apoio, de estratégias de relaxamento que podem ser adotadas no contexto de trabalho (pela importância na redução e na prevenção de problemas ocupacionais)^[22,23,24,25]. Trata-se da oportunidade de as instituições de saúde contribuírem para o conforto e bem-estar dos profissionais^[26].

Numa visão promotora da saúde mental, torna-se, ainda, determinante o acesso dos profissionais à informação que permita a deteção precoce dos níveis de *burnout*, os fatores e indicadores de potenciais problemas. Este reconhecimento permitirá o planeamento de intervenções específicas com vista à redução da carga psicológica e ao aumento do conforto nas suas diferentes dimensões (físico, psico-espiritual, socio-cultural e ambiental), bem como ajudará os profissionais na conquista de maior felicidade nos contextos da prática clínica. A escolha de estratégias preventivas e a procura de intervenções ajustadas com vista à prevenção e minimização de efeitos prejudiciais são um estímulo para comportamentos e ambientes positivos nas organizações e contribuem para o desenvolvimento de uma cultura organizacional saudável e segura.

A Pandemia COVID-19 constitui uma ameaça ao conforto dos enfermeiros, mas, poderá ser um novo grito em prol de um cuidado mais responsável. Na incerteza de quando será ultrapassada, importa avaliar com regularidade o seu impacto na relação com os níveis de *burnout*, a sua prevalência e os seus preditores, bem como as suas consequências. É com sentido de missão e de cuidar que se mantêm como imperativo a investigação continuada e a reflexão profunda acerca da forma como se está a proteger e a promover a saúde de “gente que cuida de gente”. Tal permitirá orientar as instituições governamentais e de saúde na tomada de decisões relativas à prevenção do *burnout*, e, ainda, desenvolver políticas de gestão de recursos humanos promotoras de conforto e bem-estar, potenciadoras do Bem Comum. Nesta lógica de ação, melhorando as condições dos profissionais, será possível gerar um clima emocional positivo que beneficie a conquista do estado de saúde do enfermeiro, capaz de encadear, num todo eficaz, um agir justo e digno, ético e responsável, promotor do melhor interesse e maior bem: o estado de saúde da pessoa cuidada.

Referências bibliográficas

- [1] Hamouche, S. (2020). COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions. *Emerald Open Research*, 2(15).

- [2] Sousa, P (2021). O Estatuto do cuidador. Em Fernando Ilharco (coord.), *A sociedade do cuidado. Cuidar do outro, de si e do mundo no século XXI*, (pp 336-346). Lisboa: Universidade Católica Editora e Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.
- [3] Andela, M., Truchot, D., & Van der Doef, M. (2016). Job Stressors and Burnout in Hospitals: The Mediating Role of Emotional Dissonance. *International Journal of Stress Management*, 23(3), 298-317. <https://doi.org/10.1037/str0000013>.
- [4] Stelnicki, A. M., Jamshidi, L., Angehrn, A., Hadjistavropoulos, H. D., & Carleton, R. N. (2020). Associations Between Burnout and Mental Disorder Symptoms Among Nurses in Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/0844562120974194>.
- [5] Zhang, Y., Wang, C., Pan, W., Zheng, J., Gao, J., Huang, X., Cai, S., Zhai, Y., Latour, J. M., 50 & Zhu, C. (2020). Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.565520>.
- [6] Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A., Bruera, E., Yang, X., Wei, S., & Qian, Y. (2020). A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e60– e65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>.
- [7] Gomes, D.S.S. (2021). *Resiliência e job engagement como preditores do burnout em enfermeiros*. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- [8] Serrão, C., Duarte, I., Castro, L., & Teixeira, A. (2021). Burnout and Depression in Portuguese Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic — The Mediating Role of Psychological Resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph1802063>.
- [9] Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. de M., Lima, I. de A. A. S., Nunes, J. V. A. de O., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C. G. L., & Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact 43 of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287(112915). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>.
- [10] Montemurro, N. (2020). *The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people*. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 23–24. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.032>.
- [11] World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rightsroles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_.
- [12] Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.
- [13] Leiter, M. P. (2020). *Burnout in a Time of COVID-19*. <https://www.mindgarden.com/blog/post/48-burnout-in-a-time-of-covid-19>.

- [14] Maslach C, Jackson S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981; 2(2):99-113. DOI:10.1002/job.4030020205.
- [15] Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- [16] Eurofound (2021). *Portugal: Working life in the COVID-19 pandemic 2020*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- [17] Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*, 81-95. Madrid Síntesis.
- [18] Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
- [19] Barreto, C. (2020). *Prevalência de burnout é maior em médicos que atuam na linha de frente da Covid-19*. *PebMed*. <https://pebmed.com.br/prevalencia-de-burnout-e-maior-emmedicos-que-atuam-na-linha-de-frente-da-covid-19/>.
- [20] Escola Nacional de Saúde Pública — *Barómetro COVID-19* (2022). <https://www.ensp.unl.pt/barometro-covid-19-apresenta-novos-resultados>.
- [21] Ferreira, P., & Gomes, S. (2021). The role of resilience in reducing burnout: A study with healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Social Sciences*, 10(317), 1-13. MDPI. <http://hdl.handle.net/11328/3661>.
- [22] Oliveira, A. (2021). *Burnout nos enfermeiros e médicos durante a pandemia COVID-19*. Mestrado em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos. ISCTE, Lisboa.
- [23] Veloso, R. (2020). *Burnout nos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19*. Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- [24] Gomes, D. (2021). *Resiliência e job engagement como preditores do burnout em enfermeiros*. Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia das Organizações, Social e Trabalho, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- [25] Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 2997. <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>.
- [26] Vagni, M.; Giostra, V.; Maiorano, T.; Santaniello, G.; Pajardi, D. (2020). Personal Accomplishment and Hardiness in Reducing Emergency Stress and Burnout among COVID-19 Emergency Workers. *Sustainability*, 12, 9071. <https://doi.org/10.3390/su12219071>.

Intervenção das farmácias comunitárias no contexto da pandemia COVID-19: dispensa em proximidade de medicamentos de regime ambulatorio hospitalar e serviço de testes rápidos de Antígeno (TRAg) de Uso Profissional

SÓNIA ROMANO, JOSÉ PEDRO GUERREIRO, HUMBERTO MARTINS,
ZILDA MENDES, RUTE HORTA, EMA PAULINO*

Associação Nacional das Farmácias

Em todo o mundo, apesar de terem sido decretados estados de emergência em muitos países que implicaram o encerramento da quase totalidade dos estabelecimentos de atendimento ao público, as farmácias permaneceram abertas para garantir o acesso aos medicamentos, dispositivos médicos e demais produtos de saúde, assim como aos cuidados farmacêuticos necessários ao cidadão.

Neste texto, damos especial relevo a duas intervenções farmacêuticas desenvolvidas no contexto do combate à pandemia por COVID-19: a dispensa em proximidade de medicamentos de regime ambulatorio hospitalar, e o serviço de testes rápidos de Antígeno (TRAg) de uso profissional.

O acesso nas farmácias comunitárias, a medicamentos habitualmente dispensados em hospitais, foi uma necessidade crítica de resposta à pandemia por COVID-19. A evidência sugere que a dispensa em proximidade promove melhor acesso ao medicamento, gera poupanças, melhora os resultados em saúde e aumenta a satisfação dos utentes. Adicionalmente, a dispensa em proximidade pode ser uma oportunidade de otimização da carga dos serviços de saúde, representando uma medida de eficiência com garantia de qualidade e segurança.

Desde o início da testagem até março de 2022, tinham sido realizados em Portugal mais de 19 milhões de TRAg, tendo as farmácias

* Sónia Romano, José Pedro Guerreiro e Zilda Mendes — Centro de Estudos e Avaliação e Saúde/Infosaúde, Associação Nacional das Farmácias (CEFAR/IF, ANF); Humberto Martins — Infosaúde, Associação Nacional das Farmácias (IF, ANF); Rute Horta — Centro de Informação do Medicamento e Intervenções em Saúde/Infosaúde e ANF; Ema Paulino — Associação Nacional das Farmácias (ANF).

contribuído com cerca de 11,6 milhões. A inclusão das farmácias na rede de testagem à COVID-19, permitiu aumentar em muito a cobertura territorial de locais disponíveis para testagem, com elevada satisfação da população. A prestação destes novos serviços veio reforçar o importante papel das farmácias comunitárias nas políticas de saúde no contexto do sistema de saúde em Portugal.

Enquadramento

A pandemia por COVID-19 deixou claro que todos somos necessários quando se trata de tornar os sistemas de saúde eficientes e sustentáveis, e os farmacêuticos não são exceção. Têm um papel a desempenhar na saúde pública, na educação para a saúde e na prevenção da doença, na preparação e resposta de emergência, na realização de testes de apoio ao diagnóstico, na garantia do acesso aos medicamentos e na sua utilização responsável, assim como na melhoria da sensibilização para a vacinação e cobertura vacinal.

Mundialmente, e apesar de terem sido decretados estados de emergência em muitos países que implicaram o encerramento da quase totalidade dos estabelecimentos de atendimento ao público, as farmácias permaneceram abertas para garantir o acesso aos medicamentos, dispositivos médicos e demais produtos de saúde, assim como os cuidados farmacêuticos necessários ao cidadão.

Os farmacêuticos participaram na avaliação e identificação de pessoas com maior risco de infeção ou apresentação de sintomas sugestivos de COVID-19, referenciando-os para eventual diagnóstico e acompanhamento. Intensificaram ainda os serviços domiciliários a pessoas que se encontravam em situação de confinamento ou quarentena.

Em alguns países, as farmácias comunitárias foram autorizadas a efetuar renovação da terapêutica a pessoas com doença crónica, e a procurar alternativas para medicamentos em escassez ou rotura no circuito. Estes podem ser serviços a implementar no futuro em Portugal, uma vez que a pandemia veio expor a dificuldade que muitas pessoas têm em aceder às prescrições e aos medicamentos de que necessitam, por falta de acesso aos centros de saúde ou porque os medicamentos não se encontram disponíveis no mercado.

No âmbito da dispensa de medicamentos, os farmacêuticos desenvolveram soluções que permitiram dar continuidade à relação de proximidade que estabeleceram com a população que servem, mesmo no

contexto de afastamento social. Estas soluções passaram não só pela redefinição do circuito e dos procedimentos de dispensa, fazendo chegar o medicamento a quem mais dele precisa, mas, sobretudo, de otimizar o acompanhamento que o farmacêutico faz da efetividade e segurança das terapêuticas.

Neste texto, daremos especial relevo a duas intervenções farmacêuticas desenvolvidas no contexto do combate à pandemia por COVID-19: a dispensa em proximidade de medicamentos de regime ambulatorio hospitalar, e o serviço de testes rápidos de Antígeno (TRAg) de Uso Profissional.

Dispensa em proximidade de medicamentos de regime ambulatorio hospitalar nas Farmácias Comunitárias durante a pandemia COVID-19

A pandemia COVID-19 alterou profundamente a forma de prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, quer por força das características da própria doença, quer por força de várias medidas excecionais adotadas que visavam prevenir e conter a transmissão do vírus, recorrendo à restrição de direitos e liberdades, em especial no que respeita a direitos de circulação e liberdades económicas.^[1,2]

Neste ambiente, o Governo, criou enquadramento legal de exceção para, a pedido do utente, ser possível aceder em proximidade e segurança à medicação hospitalar, evitando deslocações desnecessárias destes grupos de risco ao hospital.^[3,4] Se por um lado se promovia segurança e minimização de riscos para uma população fragilizada, por outro libertavam-se as unidades hospitalares para o foco na resposta à infeção. A “Operação Luz Verde” (OLV) surgiu como uma resposta farmacêutica de emergência, de carácter universal, articulada entre os vários profissionais de saúde e agentes do setor do medicamento, visando assegurar que todas as pessoas tinham acesso aos medicamentos hospitalares de que necessitavam numa farmácia comunitária da sua preferência ou, se justificado, com entrega pela farmácia no seu domicílio.^[3,5]

Os medicamentos hospitalares ficaram assim disponíveis, de forma imediata, nas quase 3.000 farmácias existentes em Portugal, distribuídas por todo o território nacional, suportadas por um robusto circuito de distribuição farmacêutica garantindo a todos um acesso rápido, seguro e qualificado.



Operação Luz Verde

A OLV surgiu a 23 de março de 2020 e contou com a liderança institucional da Ordem dos Farmacêuticos e da Ordem dos Médicos, com envolvimento operacional da Associação Nacional das Farmácias (ANF), Associação de Farmácias de Portugal (AFP) e Associação de Distribuidores Farmacêuticos (ADIFA). Contou ainda com o apoio e envolvimento de mais 20 associações de pessoas que vivem com doença, da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA) e das empresas suas associadas, bem como da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH). Esta operação permitiu o acesso a qualquer medicamento (sem restrição por área terapêutica), em qualquer ponto do país (incluindo ilhas), proveniente de qualquer hospital em território nacional, de forma gratuita e de acordo com a livre escolha de cada pessoa.

Desde o início até ao seu término, a 31 de maio de 2020, dezenas de milhar de utentes que vivem com doença tiveram dispensa de medicamentos hospitalares na farmácia da sua preferência, em articulação com 33 hospitais de norte a sul do país. Esta operação foi integralmente suportada pelos seus promotores, sem custos para as pessoas ou para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Após a fase aguda de Estado de Emergência foi iniciada uma segunda fase de apoio à dispensa em proximidade através do Serviço da Assistência Farmacêutica (SAFE), em articulação com os hospitais que manifestaram a intenção de manter a dispensa em proximidade. Em 31 de dezembro de 2021, tinham sido realizadas quase 100.000 dispensas a cerca de 17.000 pessoas, através de mais de 2.400 farmácias comunitárias que prestaram este serviço de forma voluntária e gratuita, assegurando a confidencialidade e a liberdade de escolha dos seus utentes.

De sublinhar que, apesar do carácter de emergência desta intervenção e da ausência de uma preparação mais atempada desta transferência, não existem reportes ou evidências de quaisquer problemas novos de segurança ou de rastreabilidade dos medicamentos hospitalares dispensados pelas farmácias comunitárias.

Estudo de Avaliação da Operação Luz Verde¹

Foi desenvolvido um estudo que visou gerar evidência sobre o impacto para o cidadão do acesso a medicamentos de regime ambulatorio hospitalar na farmácia comunitária. O estudo envolveu uma amostra aleatória de pessoas beneficiárias da OLV, que tinham acedido aos seus medicamentos de regime ambulatorio hospitalar nas farmácias comunitárias^[6]. Os dados foram recolhidos por meio de questionário estruturado aplicado por entrevista telefónica no período de 15 de maio a 10 de outubro de 2020.

Os participantes no estudo (n=603) tinham em média 55 anos de idade e cerca 50% tinham um trabalho ou emprego. As áreas terapêuticas mais prevalentes nos participantes foram o VIH (25,2%) e a doença oncológica (20,6%).

Ao fim de 3 meses de seguimento, foi possível observar uma melhoria significativa ($p<0,001$) na adesão à terapêutica (medido com escala Medida de Adesão aos Tratamentos MAT-7^[7]), mantendo-se a qualidade de vida relacionada com a saúde (medido com EQ-5D-3L^[8]).

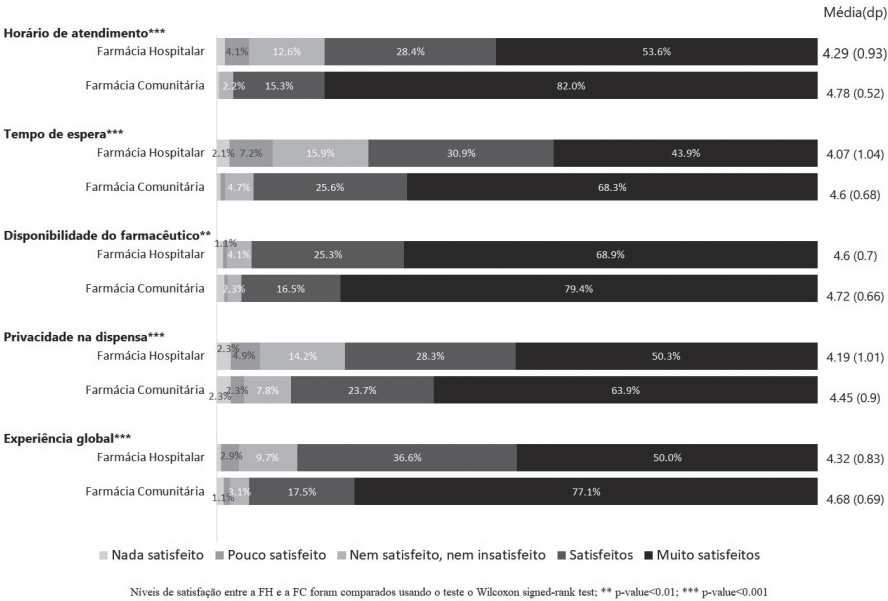
A nível da experiência no acesso aos medicamentos, verificou-se um aumento substancial e significativo dos níveis de satisfação das pessoas em várias dimensões da dispensa na farmácia comunitária relativamente à experiência com a hospitalar: disponibilidade do farmacêutico, condições de privacidade, horário de atendimento e tempo de espera, assim como na experiência global na farmácia (Figura 1).

De forma consequente, 9 em cada 10 participantes declararam que numa fase pós-pandemia optariam por continuar a aceder aos seus medicamentos na farmácia comunitária, caso essa possibilidade fosse mantida.

Ao nível de tempo despendido para aceder aos medicamentos, as pessoas beneficiaram de reduções substanciais e significativas ($p<0,0001$) em deslocações com a dispensa em proximidade, bem como no tempo de espera para atendimento. Também o absentismo laboral seguiu esta tendência de redução, com um decréscimo dos 28% das pessoas a reportar faltas a pelo menos meio-dia ao trabalho para irem à

¹ Artigo publicado: Murteira R, Romano S, Teixeira I, et al. Real-World Impact of Transferring the Dispensing of Hospital-Only Medicines to Community Pharmacies During the COVID-19 Pandemic. Value Health Published Online First: April 2022.

Figura 1. Nível de satisfação com o serviço de dispensa de medicamentos hospitalares prestado na Farmácia Comunitária e na Farmácia Hospitalar.



farmácia hospitalar, para menos de 0,5% de faltas no caso da dispensa em farmácia comunitária (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados no acesso ao medicamento

	Tempo deslocação (min)	Tempo espera (min)
Farmácia hospitalar	117	22
Farmácia comunitária	15	9
p-value	<0,0001	<0,0001

Com a dispensa em proximidade, estimou-se uma poupança anual de 262€ por pessoa, decorrente da redução nas despesas com deslocações e perdas de rendimento pelo absentismo laboral.

Implementação e desempenho do serviço de TRag de Uso Profissional para o diagnóstico do SARS-CoV-2 nas Farmácias Comunitárias

A testagem, a par da vacinação, tornou-se uma das principais medidas no combate à pandemia, tendo como objetivos a deteção e isolamento precoce de casos, a prevenção e mitigação do impacto da infeção

por SARS-CoV-2, nos serviços de saúde e nas populações mais vulneráveis, a redução e controlo da transmissão da infeção e a monitorização da evolução epidemiológica da COVID-19^[9,10].

A Estratégia Nacional de Testagem para SARS-CoV-2, adotada em outubro 2020, veio incluir para além dos testes RT-PCR, os TRAg na deteção da COVID-19, em Portugal.^[9] Perante a situação extraordinária do número de casos, importou reforçar e alargar a rede de diagnóstico laboratorial já existente, criando uma capacidade acrescida de testagem, permitindo detetar e responder, de forma célere e integrada, a surtos em Portugal.

Decorrente desta estratégia, em novembro de 2020, foram divulgados os procedimentos de operacionalização da utilização dos TRAg de uso profissional, os quais vêm a sofrer nos meses seguintes vários esclarecimentos e atualizações. Esta norma permitiu que todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde, com registo válido na Entidade Reguladora da Saúde (ERS), desde que devidamente habilitadas para a colheita e diagnóstico laboratorial, pudessem realizar TRAg de uso profissional. As farmácias comunitárias, cumprindo com este critério e com o suporte regulatório, profissional e tecnológico da ANF, rapidamente se mobilizaram para iniciar a prestação do serviço à população, aumentando a capacidade de testagem em Portugal^[11].

Envolvimento das Farmácias na prestação do serviço TRAg de uso profissional

Reconhecendo a capacidade da rede de farmácias, a sua disponibilidade e proximidade à população, várias entidades públicas (Câmaras Municipais e Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas) e privadas (CTT), no âmbito da sua estratégia de combate à pandemia de COVID-19, lançaram no início de 2021 em colaboração com as farmácias comunitárias várias iniciativas de testagem dos seus beneficiários ou cidadãos (acordos locais).

Paralelamente a estas colaborações de âmbito local e em contexto de agravamento da situação epidemiológica nacional, tornou-se essencial aumentar o número de indivíduos testados para parar as cadeias de transmissão. Assim, em julho de 2021, com o objetivo de afastar constrangimentos financeiros resultantes da realização de teste, garantindo o acesso gratuito e universal da população ao mesmo, bem como facilitar o acesso dos cidadãos à emissão do Certificado Digital COVID da

União Europeia, a eventos de natureza cultural, desportiva, corporativa ou familiar^[12], o Governo procedeu à comparticipação temporária e excecional dos TRAg de uso profissional aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no valor de 10€ por teste^[12–14]. Esta medida vigorou entre 1 de julho e 30 de setembro 2021, tendo cerca de 532 farmácias distribuídas por todo o território prestado o serviço à população com comparticipação pelo SNS^[15].

Posteriormente, em novembro de 2021, perante novo agravamento da situação epidemiológica, importou voltar a intensificar a testagem. Assim, com efeitos a partir de 19 de novembro de 2021, o governo voltou a comparticipar a TRAg a todos os utentes do SNS, sem exceção, num máximo de quatro testes por mês e no valor de 10€ por teste^[16]. No final de novembro de 2021, cerca de 660 farmácias e 160 laboratórios prestavam este serviço, um número de unidades ligeiramente acima dos registados no período de comparticipação anterior. No entanto, muitas unidades permanecem sem aderir ao regime de comparticipação devido ao (baixo) valor atribuído ser deficitário para cobrir os custos destas pequenas unidades^[17].

É assim reconhecido pelo governo que o montante de remuneração de 10€ é insuficiente para cobrir os custos associados à realização de testes, nomeadamente em termos de recursos materiais e humanos, pelo que o valor da comparticipação é então majorado para um preço máximo de 15€ por teste^[18]. Após esta alteração, a adesão das farmácias e laboratórios à prestação do serviço aumenta substancialmente, quer em número quer em cobertura geográfica. Em março de 2022 dá-se nova redução do valor comparticipado para 10€ por teste.^[19] o qual, nesta fase, com o serviço já bem integrado no funcionamento da farmácia, não impacta o número de farmácias a realizar TRAg, verificando-se mesmo um ligeiro aumento de unidades a prestar o serviço^[20].

A Figura 2, sumariza a evolução do número de farmácias em Portugal Continental a prestar o serviço TRAg de uso profissional para SARS-CoV-2 entre julho de 2021 e abril 2022. Numa outra abordagem, a Figura 3 ilustra a distribuição geográfica das entidades a realizar o mesmo serviço a 31 de janeiro de 2022. Nesta data estavam autorizados a realizar TRAg comparticipados pelo SNS, 1.369 farmácias de Portugal continental, 679 laboratórios de patologia clínica ou análises clínicas e cerca de meia centena de outros locais autorizados pela ERS distribuídos pelo território continental^[20].

Figura 2. Evolução do número de farmácias em Portugal a prestar o serviço TRAg de uso profissional para SRAS-CoV-2 em regime de comparticipação pelo SNS.

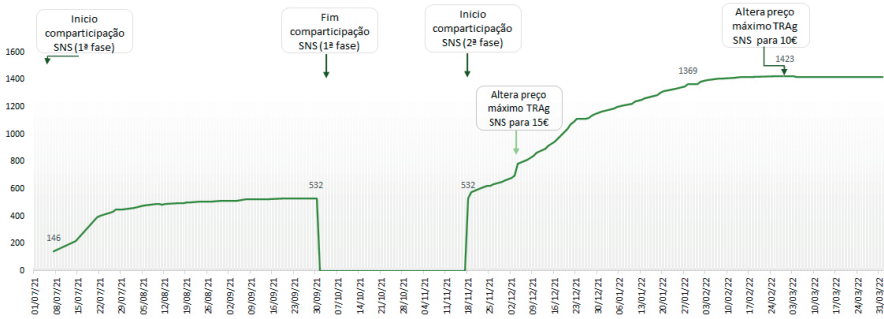
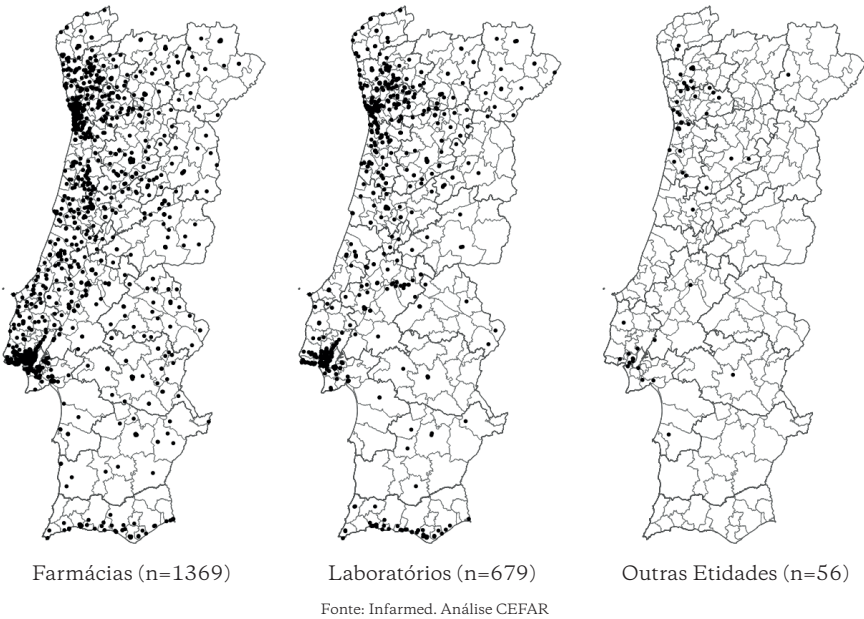


Figura 3. Distribuição geográfica das unidades autorizadas para a realização da TRAg abrangida pelo regime excecional e temporário de comparticipação pelo SNS por tipologia, por concelho de Portugal Continental.



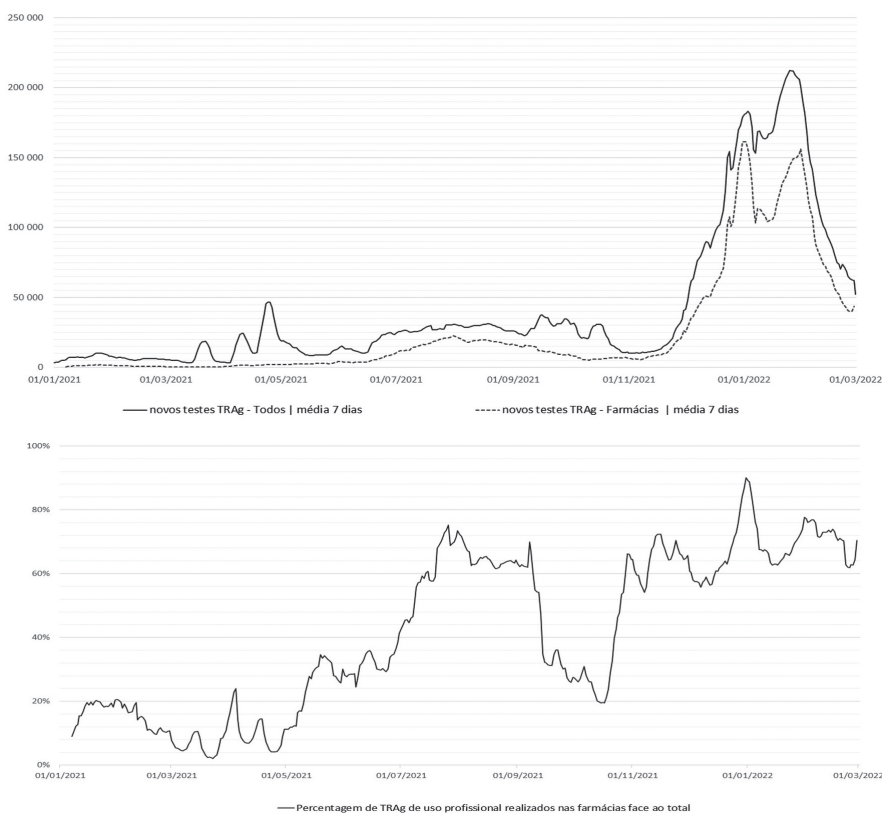
Caracterização do serviço de TRAg na Farmácia

Desde a implementação da Estratégia Nacional de Testagem, até 31 de março de 2022, tinham sido realizados em Portugal mais de 19 milhões de TRAg, tendo as farmácias contribuído com cerca de 11,6 milhões (61%) deste total.

O contributo das farmácias para o total de testes realizados foi bastante expressivo tendo aumentado ao longo do tempo. Em julho de 2021, mais de 50% dos serviços de TRAg realizados em Portugal já eram prestados pelas farmácias. Este resultado será, em parte, explicado pelo crescente número de farmácias que ao longo de todo o território nacional foram começando a prestar este serviço à população.

O máximo de testes diários foi atingido entre o final de dezembro 2021 e o final de janeiro de 2022 (Figura 4), período em que o total de

Figura 4. Evolução do número médio móvel de 7 dias de TRAg de uso profissional realizados (total e só pelas farmácias) em Portugal e percentagem dos testes realizados na farmácia face ao total².



Fonte: DGS; Sicmed/hmR. Análise CEFAR

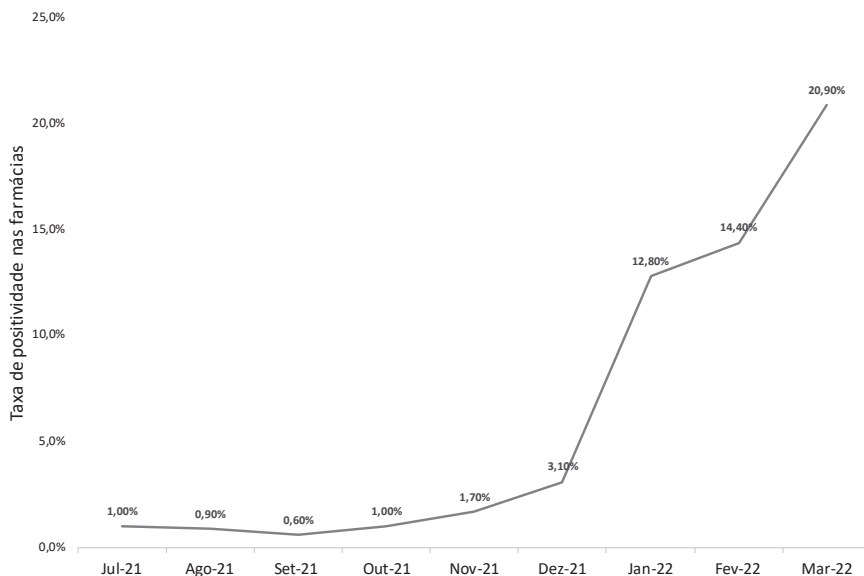
² Indicadores calculados com base na média móvel de 7 dias de forma a reduzir picos de reporte que podem não corresponder à data real da realização dos testes, mas sim a um acumulado de registos.

novos casos diários também atingiu o seu pico e se encontravam em vigor várias medidas restritivas que obrigavam a apresentação de teste negativo. Em janeiro de 2022, mais de 90% dos TRAg de uso profissional realizados em Portugal foram realizados pelas farmácias.

Para além da capacidade de testagem aumentada pelo crescimento do número de locais de prestação de serviço, também o número médio de testes realizados por farmácia aumentou até janeiro de 2022, período de grande procura por este serviço, uma vez que Portugal enfrentava um novo recorde de casos diários e um índice de transmissibilidade $R(t)$ superior a 1, valor indesejável para controlo da infeção^[21].

A taxa de positividade (casos confirmados) nacional pela TRAg de uso profissional realizada nas farmácias comunitárias manteve-se relativamente estável entre julho (1,0%) e novembro de 2021 (1,7%), tendo começado a crescer de forma acentuada em dezembro de 2021 (3,1%) coincidindo com o início do pico epidémico e atingindo o ponto mais elevado em março de 2022 (20,9%)^[22] (Figura 5).

Figura 5. Evolução mensal da taxa de positividade média nacional da TRAg de uso profissional realizado na farmácia.



Fonte: Farmácias Portuguesas. Análise CEFAR

Perspetiva da população portuguesa sobre o valor da TRAg de uso profissional na farmácia comunitária

Neste âmbito foi realizado um estudo observacional transversal de âmbito nacional, entre os dias 11 e 24 de março de 2022, a utentes que realizaram TRAg na farmácia comunitária, através da aplicação de um questionário online, anónimo, de autopreenchimento. Foram inquiridos 1074 utentes, com idade média de 47,3 anos e maioritariamente mulheres (56,1%), que apresentaram como principais motivos para a realização do teste a presença de sintomatologia que pode indicar COVID-19 (46,1%) e a ausência de sintomas, mas contacto com caso confirmado de COVID-19 (28,5%), o que sugere uma elevada responsabilização e preocupação das pessoas relativamente à COVID-19, contribuindo para o controlo da doença e redução da transmissão de infeção.

Os participantes foram questionados sobre a(s) alternativa(s) que escolheriam para realizar o TRAg, caso este não estivesse disponível na farmácia onde acabaram de o efetuar. A opção mais referida foi a realização do teste numa outra farmácia (74,4%), seguida pela opção de realização em laboratório ou outra entidade (20,9%). A preferência da farmácia, poderá decorrer não só de uma maior proximidade e distribuição regional destes locais na comunidade em relação a outras entidades, mas também do elevado índice de confiança e satisfação da população no que diz respeito à farmácia comunitária^[23].

No que se refere à disponibilidade para pagar pelo TRAg de uso profissional, num cenário em que o serviço não fosse gratuito, observou-se que cerca de 20,8% dos participantes não estariam dispostos a pagar pela realização do mesmo.

Conclusão

Os resultados do estudo da OLV confirmam o potencial de ganhos com a dispensa de proximidade de medicamentos que atualmente apenas são disponibilizados em hospitais. São identificadas vantagens relevantes para o cidadão a nível da comodidade, satisfação e resultados em saúde, gerando ainda poupanças para o cidadão e para a sociedade.

Esta evidência de âmbito nacional, aponta consistentemente para a evidência gerada em projetos-piloto em Portugal, os quais favorecem a adoção de uma política de dispensa em proximidade de vários medicamentos atualmente de dispensa exclusiva hospitalar.

Também a inclusão das farmácias na rede de testagem à COVID-19, para além dos locais tradicionais de análises laboratoriais, foi uma contribuição essencial na inovação das políticas de saúde no contexto do sistema de saúde em Portugal. Permitiu aumentar em muito a cobertura territorial de locais disponíveis para testagem, quer em termos de número de concelhos cobertos, quer em número médio de locais por concelho. Esta proximidade, ao encurtar a distância à população, representa um ganho no acesso, especialmente para as populações das regiões do interior (ver Figura 3) que sem estes locais teriam maior dificuldade em realizar um teste.

É importante ainda destacar o financiamento público do serviço de TRAg, o qual impulsionou um aumento do número de entidades a prestar o serviço e eliminou barreiras económicas de acesso para a população.

O envolvimento, capacidade e desempenho das farmácias comunitárias na prestação, quer do serviço de dispensa em proximidade quer do serviço TRAg à população, poderá servir de exemplo para uma futura revisão de políticas públicas em saúde, com um maior reconhecimento destas entidades enquanto locais prestadores de cuidados de saúde, atribuição de novas competências e um maior envolvimento em programas de saúde pública.

Referências bibliográficas

- [1] Shaaban AN, Peleteiro B, Martins MRO. COVID-19: What Is Next for Portugal? *Front Public Health* 2020;8.
- [2] Bell JS, Reynolds L, Freeman C, *et al.* Strategies to promote access to medications during the COVID-19 pandemic. *Aust J Gen Pract* 2020;49(8):530—2.
- [3] Despacho 4270-C/2020 do Ministério da Saúde [Determines the measures of an exceptional and temporary nature for the supply of hospital-only medicines on an outpatient basis by way of dispensation in a community pharmacy or the delivery at patients' home]. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/131246680/details/normal>. Accessed 09 July 2021.
- [4] Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 5315/2020. Determina que os medicamentos dispensados por farmácia hospitalar em regime de ambulatório podem, excecionalmente, a pedido do utente, ser dispensados nas farmácias comunitárias por si indicadas, ou no seu domicílio, enquanto a situação epidemiológica do País assim o justifique. *Diário da República* nº 89/2020, *Série II* de 2020-05-07.
- [5] Ordem dos Farmacêuticos. Duas linhas para cidadãos e farmacêuticos. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/duas-linhas-para-cidadaos-e-farmaceuticos/> (accessed 23 Jul 2021).

- [6] Murteira R, Romano S, Teixeira I, *et al.* Real-World Impact of Transferring the Dispensing of Hospital-Only Medicines to Community Pharmacies During the COVID-19 Pandemic. *Value Health* Published Online First: April 2022.
- [7] Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2001;2:81–100.
- [8] Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, *et al.* The valuation of the EQ-5D in Portugal. *Quality of Life Research* 2014;23(2):413–23.
- [9] Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Norma n.º 019/2020 de 26/10/2020 atualizada a 23/02/2022. COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2.
- [10] ECDC. COVID-19 testing strategies and objectives Key messages. 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-testing-strategies-and-objectives> (accessed 11 Feb 2022).
- [11] DGS/INFARMED/INSA. Circular informativa conjunta n.º 001/CD/100.20.200 de 12/02/2021. COVID-19— Operacionalização da utilização dos Testes Rápidos de Antígeno (TRAg) — 2ª atualização. Published Online First: 2021.www.acss.min-saude.pt.
- [12] Portugal. Ministério da Saúde. Portaria n.º 138-B/2021, de 30 de junho. Estabelece um regime excecional e temporário de comparticipação de testes rápidos de antígeno (TRAg) de uso profissional. *Diário da República n.º 125/2021, 2.º Suplemento, Série I de 2021-06-30, páginas 2 — 4* 2021.
- [13] Portugal. Ministério da Saúde. Portaria n.º 164-A/2021, de 29 de julho. Procede à primeira alteração à Portaria n.º 138-B/2021, de 30 de junho, que estabelece um regime excecional e temporário de comparticipação de Testes Rápidos de Antígeno (TRAg) de uso profissional. *Diário da República n.º 146/2021, Série I de 2021-07-29, páginas 13-(2)*.
- [14] Portugal. Ministério da Saúde. Portaria n.º 182/2021, de 31 de agosto. Determina a prorrogação da Portaria n.º 138-B/2021, que estabelece um regime excecional e temporário de comparticipação de testes rápidos de antígeno (TRAg) de uso profissional. *Diário da República n.º 169/2021, Série I de 2021-08-31, páginas 74*.
- [15] INSA. Atualizada lista de farmácias e laboratórios que disponibilizam testes rápidos de antígeno comparticipados. Dados a 19.08.2021. <https://www.insa.min-saude.pt/atualizada-lista-de-farmacias-e-laboratorios-que-disponibilizam-testes-rapidos-de-antigenio-comparticipados-3/> (accessed 11 Feb 2022).
- [16] Portugal. Ministério da Saúde. Portaria n.º 255-A/2021, de 18 de novembro. Estabelece um regime excecional e temporário de comparticipação de testes rápidos de antígeno (TRAg) de uso profissional. *Diário da República n.º 224/2021, 1.º Suplemento, Série I de 2021-11-18, páginas 2 — 4* 2021.
- [17] Só 29% das farmácias fazem testes à covid. 16 de julho 2021. Expresso. 2021. <http://pt.cision.com/cp2013/ClippingDetails.aspx?id=c24ce828-3f4f-4488-82f1-6423ae6a5153&analises=1&cp=1>.

- [18] Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. Portaria n.º281-A/2021, de 3 de dezembro. Procede à primeira alteração à Portaria n.º 255-A/2021, de 18 de novembro, que estabelece um regime excecional e temporário de comparticipação de testes rápidos de antigénio (TRAg) de uso profissional, procedendo. *Diário da República* n.º 234/2021, *Série I* de 2021-12-03, *página* 64 2021.
- [19] Portugal. Ministério da Saúde. Portaria n.º105/2022, de 28 de fevereiro. Procede à quinta alteração à Portaria n.º 255-A/2021, de 18 de novembro, que estabelece um regime excecional e temporário de comparticipação de testes rápidos de antigénio (TRAg) de uso profissional. *Diário da República* n.º 41/2022, *Série I* de 2022-02-28, *páginas* 8 — 9.
- [20] INFARMED IP. Testes COVID-19. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/testes-covid-19> (accessed 9 Feb 2022).
- [21] Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Evolução do número de casos de COVID-19 em Portugal. Relatório de nowcasting. Dia 04-02-2022. 2022. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/Report_covid19_20220204.pdf (accessed 10 Feb 2022).
- [22] Centro de Estudos e Avaliação em Saúde. Associação Nacional das Farmácias. Dossier de Valor TRAg. Lisboa: 2022.
- [23] Policarpo V, Romano S, António JHC, *et al.* A new model for pharmacies? Insights from a quantitative study regarding the public's perceptions. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):186.

A mobilização mundial para o combate à pandemia, o papel do voluntariado

EUGÉNIO FONSECA

Presidente da Confederação Portuguesa do Voluntariado

1. Voluntariado em saúde — breve enquadramento geral

Decerto que o conceito de voluntariado, direitos e deveres dos que o praticam e outras abordagens, já foram, ou hão de ser mencionados em algum(ns) do(s) texto(s) deste livro. Mesmo assim, sem pretender repetir o que já foi bem explicitado, mas ao jeito de vincar, deixo uma breve referência a estes três aspetos, que considero relevantes. Tanto mais, que sopram ventos de outras latitudes culturais que não dão relevo ao que me parece incontornável e, por isso, imutável nesta opção existencial.

O voluntariado é uma das formas concretas de exercer a cidadania. Não é apenas, nem, sobretudo, uma escolha de ocupar, de forma útil, o tempo disponível. Assim, tenho muita dificuldade em considerar consistentes as motivações das pessoas que esperam pela sua aposentação para se comprometerem, através do voluntariado, com o bem comum. O ser voluntário não se ensina, educa-se, pois, a sua prática está assente em valores fundamentais para um reto sentido que se pretenda dar à vida humana.

Mais que uma ocupação do tempo, o voluntariado é um estilo diferente de trabalhar. É certo que o trabalhador assalariado não se distingue do trabalhador voluntário pela dedicação e profissionalismo. Estes dois deveres são comuns. As diferenças são duas: o voluntário não espera qualquer tipo de gratificação remunerada e a motivação tem outro tipo de fundamentos. Aceito que possa parecer estranho identificar o voluntariado como um trabalho, se este for visto apenas na perspectiva do “ganhar o pão nosso de cada dia” e como uma obrigação e não um dever de cooperação para o desenvolvimento integral da sociedade em que cada pessoa se integra. Sustento esta minha constatação conceptual nos pensamentos de María Isabel Martínez Martín e Elvira González Gago, que afirmam:

A coexistência de trabalhadores voluntários e assalariados é uma característica específica das entidades não lucrativas. Gerir adequadamente estes dois tipos de trabalhadores é um dos seus principais desafios. Porém, são muitos ainda os que se interrogam sobre as diferenças e a relação entre eles: Têm características diferentes? Como se distingue cada grupo nas diferentes ocupações? Há critérios claros para esta distinção? As competências requeridas a um e a outro grupo são muito diferentes, e as necessidades formativas?¹

Na verdade, o voluntário desempenha tarefas, tem obrigações de horários e o que faz tem de ser bem feito. É neste sentido que aponto para a necessidade de haver profissionalismo nesta área da cidadania. O voluntário não é um empregado, pois não ocupa um posto de trabalho efetivo, e se, porventura, isso acontece, não só se perverte a identidade da missão, como, por parte da entidade que o acolhe, se está a cometer uma infração laboral que deve ter consequências punitivas. Neste sentido, reafirmo, o voluntário é um profissional, na medida em que tem competências para realizar as tarefas que lhe são confiadas. Por isso, quando se fala de voluntariado e de voluntarismo somos confrontados com duas realidades distintas. Há ainda que ter sempre presente que quem assume esta prática de cidadania tem o direito a ser respeitado e ao acesso a condições favoráveis e seguras para o seu desempenho. Aceitar a formação inicial e predispor-se à atualização contínua é um dever, bem como respeitar os compromissos assinados que constem no programa de voluntariado que lhe for atribuído. É-se livre na aceitação deste modo de se assumir a responsabilidade de cooperar na construção do bem comum, nas suas diferentes áreas de intervenção, mas, a partir da opção livre e consciente, o voluntariado passa a ser um dever a cumprir, porque alguém fica a contar com a cooperação, garantida por quem o pratica.

Em Portugal, já muito caminho foi feito na diversificação das áreas de intervenção do voluntariado que, durante décadas, esteve restrinvido à dimensão assistencial e sanitária, esta última mais nos domínios da doação benévola de sangue; dos “cuidadores informais”, ou seja, mais no apoio de proximidade; do florescimento de associações pelos próprios cidadãos que têm doenças crónicas; do acesso universal aos

¹ Cf. MARTÍN M.^a Isabel Martínez y GAGO Elvira González, «Coexistencia de voluntariado y trabajo asalariado en las ONG de Acción Social», in *Documentación Social* (Revista de Estudios Sociales Y de sociología Aplicada), 122 (2001), pp. 89-90.

medicamentos; dos visitantes hospitalares; no apoio a pessoas com deficiência mental que somam muitas centenas de voluntários. O voluntariado em saúde é aquele que mais dimensões toca na condição do ser pessoa, tendo em conta o conceito que, em 1946, após a Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiu como «um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou doenças.»². Há que acrescentar a dimensão espiritual, no seu sentido mais lato. O voluntário em relação com as enfermidades, nestas diferentes componentes da condição de ser pessoa, tem responsabilidades muito acrescidas, por isso a sua capacitação tem de ser maior. Em Portugal, existe um espaço no qual o voluntariado sanitário ainda é muito ténue. Podem-se considerar muito rudimentares as ações realizadas pelos que dão do seu tempo, graciosamente, que visem a prevenção em saúde e nos seus cuidados primários. Este pouco investimento foi claro nas dificuldades que o voluntariado teve, não só o que está relacionado com o setor da saúde, quando surgiu a pandemia provocada pelo novo coronavírus a COVID-19, na sua imprevisibilidade e nas suas consequências.

2. A Pandemia COVID-19 no contexto português

Há doenças que se adquirem por descuidos vários na sua prevenção. Muito mais eficaz e eficiente será o combate às enfermidades, na medida em que maior for o investimento na sua prevenção e se valorizarem os cuidados da saúde familiar, possibilitando que cada pessoa pertencente a um agregado familiar possa ter uma equipa pluridisciplinar que abranja as diferentes componentes que constituem a certeza de que se vive sadiamente. Infelizmente, no nosso país, continuam a existir milhares de concidadãos que não têm o chamado “médico de família”.

Por outro lado, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) não será ainda uma realidade organizada, com a necessária consistência, enquanto não for clara a articulação entre o que designo de Serviço Público de Saúde e o Serviço Privado de Saúde. Será na junção dos dois, assim penso, que se constituirá o SNS.

Não quero, muito longe disso, que o Serviço Público seja destinado apenas aos mais pobres e à classe média baixa, mas que todos os cidadãos portugueses tenham, em igualdade de oportunidades, acesso aos

² Cf. in <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3998/3/Projeto%20Final.pdf>.

dois sistemas, conforme as suas necessidades de sanar as doenças que lhes aparecem, tanto no que ao diagnóstico diga respeito, bem como aos cuidados reparadores. Esta é uma clarificação a fazer e uma organização imperiosa a pôr em marcha.

Todavia, há doenças que surgem sem responsabilidades diretas dos que as contraem. São evidências das limitações naturais da Criação que permanece em evolução, como se pode comprovar pelo avanço da medicina e das novas tecnologias que lhe dão apoio, avanço expresso no aumento da esperança média de vida. Na perspetiva da fé judaico-cristã, Deus viu que tudo o que tinha criado era bom (cfr. *Gn* 1, 31), mas não disse que tudo estava completo, por isso nos deu a possibilidade de ser, com Ele, co-criadores do Cosmos (cfr. *Gn* 1, 28). Grande foi a aventura que Deus assumiu, mas também a prova da confiança que depositou em nós assente na vivência responsabilizante da liberdade. No entanto, a maior grandeza que o ser humano poder ter é uma dignidade quase divina (cfr. *Sl* 8) que nos faz seres únicos e irrepetíveis. Por isso, o que não fizermos, jamais alguém o poderá fazer por nós. Sei que isto contraria uma outra constatação que é a recusa da imprescindibilidade seja de quem for. Por isso, não concordo com a afirmação atribuída a Elbert Hubbard³ que diz: «Os cemitérios estão cheios de pessoas insubstituíveis». Outra coisa, contra qual estou frontalmente contra, é haver pessoas que se consideram insubstituíveis. Ou seja, nada existia antes delas e jamais poderá acontecer algo após elas. Este posicionamento não deixa de ser uma mórbida “esquizofrenia egocêntrica” que tem aniquilado a saúde de quem assim pensa e vive. Na linha da antropologia cristã, a já referida irrepetibilidade do ser humano aponta para a responsabilidade de cada um no que diz respeito a cumprir o projeto que Deus preparou para se ser com Ele co-criador do Mundo. O que não se fizer, fica mesmo por fazer, pois outro semelhante o poderá realizar, mas não da mesma forma que o projeto original do Criador propunha para esse que não cumpriu. No plano da cidadania meramente humana e, muito mais, para a que está marcada pelos princípios cristãos, se todos os seres humanos tivessem este sentido dos seus deveres para com os outros e para com toda a criação, o Mundo seria bem diferente daquilo em que se tornou.

³ Nota do autor: Elbert Green Hubbard foi um filósofo e escritor norte-americano, nascido a 19 de junho de 1856, em Bloomington, Illinois. Evidenciou-se pelo seu ensaio *Mensagem para Garcia*.

Tudo isto tem muito a ver com o voluntariado como exercício do sentido responsável da existência, de ser-com-os-outros, para o desenvolvimento integral e sustentável. Nesta perspetiva, podemos entender a distinção entre voluntariado e voluntarismo. A primeira atitude é uma opção livre, mas com pleno sentido da responsabilidade, o que garante um compromisso mais consistente, enquanto a segunda é feita de ações esporádicas e, por vezes, motivadas por emoções sentimentalistas. O ter a consciência de que o ser humano é único e irrepetível ajuda o voluntariado em saúde a investir mais na sua componente espiritual, que não é, obrigatoriamente, uma vinculação a qualquer religião ou tipo de crença.

No que respeita ao voluntariado, a presente pandemia confrontou-se com estas duas dinâmicas: voluntariado e voluntarismo. Estas duas realidades não se confrontam, mas complementam-se. São reconhecidas por Francisco ao afirmar:

A recente pandemia permitiu-nos recuperar e valorizar tantos companheiros e companheiras de viagem que, no medo, reagiram dando a própria vida. Fomos capazes de reconhecer como as nossas vidas são tecidas e sustentadas por pessoas comuns que, sem dúvida, escreveram os acontecimentos decisivos da nossa história compartilhada: médicos, enfermeiros e enfermeiras, farmacêuticos, empregados de supermercados, pessoas de limpeza, cuidadores, transportadores, homens e mulheres, que trabalham para fornecer serviços essenciais e de segurança, voluntários, sacerdotes, religiosas... compreenderam que ninguém se salva sozinho.⁴

Mesmo assim, não se pode olvidar que a pandemia encontrou um sistema económico ainda ressentido de uma crise financeira, que tinha terminado apenas quatro anos antes, havendo ainda muitas inseguranças e fragilidades no tecido socioeconómico português.

Os voluntários, como cidadãos que são, não são imunes a estas inseguranças e precariedades que os levam a não arriscar compromissos de ordem cívica durante a designada vida ativa, predominando, por isso, um voluntariado com idades mais avançadas, o que veio a ter repercussões difíceis no afrontamento que a pandemia impôs.

⁴ Cf. FRANCISCO, *Carta Encíclica Fratelli Tutti* (3 de outubro de 2020), Prior Velho: Paulinas Editora 2020, p. 54.

3. O contributo do voluntariado no combate à pandemia

A COVID-19 suscitou muita criatividade, reorganização, esforço redobrado e também alguns equívocos.

Um pouco de tudo isto se passou na área do voluntariado. Aquele que foi realizado em contexto de cuidados de saúde sentiu mais o que se revelou necessário para se adaptar a uma inesperada, muito complexa e mortífera situação pandémica. A contaminação era fácil e as suas consequências fortemente gravíssimas. Os voluntários que realizam a sua missão na visita a doentes hospitalizados ou mesmo nos seus domicílios tiveram de interromper as suas atividades. Por um lado, porque a entidade responsável pelo controlo da pandemia cancelou essas visitas, por outro, porque muitos voluntários estavam na faixa etária de alto risco e tiveram de cumprir o isolamento físico. O nível etário de muitas pessoas que exercem a sua cidadania, pondo-se, graciosamente, ao serviço dos outros, foi, não só no setor da saúde, uma das fundamentais dificuldades. É já muito significativo o número de cidadãos que fazem voluntariado nos hospitais. Seria bom que esta colaboração se estendesse aos Centros de Saúde, não só pelo apoio a dar no acolhimento como até para solucionar muitas dificuldades processuais derivadas dos níveis de iliteracia que atingem, fundamentalmente, as pessoas mais velhas. Também deveria ser mais alargado o voluntariado dirigido a pessoas doentes e com fraca ou nenhuma mobilidade, atenuando o isolamento que gera dolorosas situações de solidão, assim como para complementar ou aliviar o trabalho dos chamados “Cuidadores Informais”. Não se conhece o número de voluntários em saúde que, dada a impossibilidade assertiva de realizarem as suas habituais atividades, as foram fazer noutras áreas, como a compra de bens essenciais para os que tinham de se manter confinados, levando-os a suas casas; como o apoio concedido ao pessoal de saúde, os grandes heróis deste combate, e a bombeiros que esperavam longas horas às portas dos hospitais. A estes foram fornecidos reforços alimentares, possibilidades de tempos de descanso, após longas horas de trabalho. Nesta última atividade, foi muito relevante a iniciativa de um grupo de jovens que se organizou para colocar, junto a um dos grandes hospitais de Lisboa, caravanas, para que dentro delas pudessem os funcionários hospitalares e os bombeiros descansar. Este tipo de iniciativas surgiu da criatividade e foi realizado pelos ditos voluntários esporádicos. A Associação Dignitude criou um programa específico, designado *Emergência Abem COVID-19* que tinha como objetivo levar os medicamentos

requisitados às farmácias a casa dos que deles precisavam. Neste caso, estamos a referir uma atividade organizada por uma instituição que enquadra voluntários.

É preciso saber se, em algumas situações, havia a percepção de que algumas das ações prestadas a famílias, ou a pessoas em isolamento físico, tenham sido realizadas por voluntários, isto é, que não eram funcionários, ou pessoas a prestar serviços integrados em Programas do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), normalmente em Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia, apesar de muitas delas terem ativado os seus Bancos de Voluntariado.

A Confederação Portuguesa do Voluntariado (CPV), apresentou um Programa à Direção Geral da Saúde (DGS), depois de já lhe ter chamado a atenção para o agravamento dos problemas de saúde mental e para a necessidade de ser implementada uma Plataforma constituída por psiquiatras e enfermeiros, dentro da mesma especialidade que, voluntariamente, se dispusessem a acompanhar pacientes com problemas mais graves no âmbito da Saúde Mental, identificados pelos serviços de atendimento social. Este Programa foi designado «Voluntários ao Serviço da Saúde Mental». Era necessário o reconhecimento da DGS para que este Programa fosse considerado como um apoio ao SNS, para a eventualidade de ser necessário requerer o internamento hospitalar de alguns pacientes. Foi um ano de contactos consecutivos e nunca se conseguiu qualquer tipo de resposta à solicitação da CPV. Foi pena, pois este problema tem vindo a agravar-se consideravelmente.

Ao tempo em que escrevi este texto ainda não estavam permitidas as visitas dos voluntários aos doentes hospitalizados. Receio que após tanto tempo de inatividade, alguns já se tenham desmobilizado ou passado para outra área de intervenção. Com os cuidados requeridos ao restante pessoal de saúde e de assistência operacional, já é tempo de permitir o acesso, mesmo que em quantidade de tempo progressivo, de se retomar a presença de voluntários que, como sempre fizeram, completavam, em termos de presença e prestação de cuidados complementares, a já muito generosa dedicação dos assalariados. É bom que este regresso não tarde e se aproxime da normalidade.

Sabe-se que também existiu um Corpo de Voluntariado muito interessante no apoio às pessoas que se deslocavam aos postos de vacinação, mas apesar de a CPV ter solicitado o número desses voluntários à «Task Force», nunca se conseguiu essa informação. Por experiência própria, constatei que uma das pessoas que envergava o colete de voluntária não

era mais que uma munícipe que estava, ao abrigo de um programa do IEFPP, numa Câmara Municipal. Foi pena não se ter realizado uma articulação com a CPV para a mobilização de verdadeiros voluntários para esses postos de vacinação.

De realçar o trabalho desenvolvido pelo Ministério do Trabalho, da Solidariedade e Segurança Social, com a colaboração da Cooperativa de Economia Social António Sérgio (CASES), que mobilizou muitos cidadãos a disponibilizar-se para apoiar as lacunas ou saturação física e psíquica do pessoal de Lares Residenciais para Idosos, pertencentes a instituições que aceitaram esta colaboração. Mesmo não sendo uma área exclusiva do sector da saúde, por razões evidentes, estes voluntários prestaram também cuidados de saúde.

Foram muitas outras as atividades que se realizaram, mas de forma mais discreta. Essas surgiram no contexto do voluntariado de maior proximidade ou de vizinhança que deveria ser mais valorizado.

4. Voluntariado em Saúde no Pós COVID-19

Em primeiro lugar, é preciso reconhecer como é importante a existência de um país que se alicerça num Estado Social, que poderia ser ainda mais forte, com medidas de Políticas Públicas em diferentes áreas da governação que assegurassem um desenvolvimento humano integral e se concretizassem no cumprimento do princípio mais eficaz e eficiente que é o da subsidiariedade. Por outro lado, constatou-se como é importante um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que, na sua vertente pública, se agigantou, graças ao esforço muito sofrido de recriar, reinventar, adaptar, as condições necessárias para uma competente prestação de cuidados aos contaminados pela COVID-19. Foi pena que não tivesse havido, atempadamente, uma articulação com a vertente privada do SNS, sem qualquer diferenciação de pacientes, concretamente no que respeita a rendimentos financeiros. Esta articulação provaria, ainda de forma mais evidente, como é imprescindível um SNS planeado, organizado, integrado e complementar, e assim se cumpririam os desígnios traçados pelo seu fundador. Tal sistema faz, sobretudo, sentido quando harmonizado com um sistema de ensino inclusivo, em que exista igualdade de acesso a todos os níveis de escolaridade, do pré-escolar ao superior, ensino que é fundante do desenvolvimento humano.

Mesmo “encurralados” por uma economia neoliberal, ainda assim, e através da criação de condições que levem à situação de pleno

emprego, há que cuidar da distribuição da riqueza produzida, com vista à erradicação das escandalosas desigualdades sociais. Tal desiderato, um governo nacional o poderá conseguir, por via da equidade fiscal ou através de Políticas Públicas que criem o acesso a um rendimento que permita níveis de vida digna.

Diz-se que a pandemia foi “democrática”. É verdade, mas teve alguns dos efeitos mais dramáticos para os indefesos; dos menos preventivos nos cuidados a ter para os que tinham débil literacia; dos menos facilitadores para os que vivem dos baixos rendimentos do seu trabalho. São mais os efeitos, mas enuncio aqueles com os quais me confrontei com maior frequência.

A descoberta das vacinas necessárias para fazer vencer a saúde sobre a doença causada pela COVID-19 foi uma evidência de como se tem progredido no âmbito científico, concretamente, como já foi referido, nas ciências da saúde.

Edgar Morin espera que a presente crise sirva para «revelar como a ciência é uma coisa mais complexa do que se quer crer. [...]». A chegada deste vírus deve lembrar-nos que a incerteza permanece um elemento inexpugnável da condição humana. Nenhum seguro social que possamos fazer será capaz de nos garantir que não vamos adoecer ou que seremos felizes.⁵

Em saúde, a formação e a educação são indispensáveis. Os que trabalham no mundo da saúde têm que enfrentar um desafio decisivo: trabalhar para ou com as pessoas. É claro que a primeira realidade é, indiscutivelmente, a mais frequente. Gastam-se mais recursos em curar e cuidar do que em educar, informar e prevenir. Um passo em frente a dar, e muito importante, consiste em levar as pessoas a participar ativamente na construção do seu próprio “roteiro de saúde”. Para além disso, poderia ser também conveniente a criação de grupos, sem esquecer os contributos já dados pelas Associações de doentes, mas, neste caso, seriam estes grupos formados em ordem a uma informação e educação para a saúde adequadas a cada grupo com temáticas mais multidisciplinares. Poderiam chamar-se «Conselhos de Saúde», funcionando a nível de bairro ou de aldeia, permitindo transformar o atual modelo de usuário — paciente — em agente responsável pela sua saúde e fomentar a

⁵ Cf. BORGES, Anselmo, *O Mundo e a Igreja — Que futuro?*, Gradiva Publicações, S. A., Lisboa 2021, p. 47.

consciencialização dos encargos com a recuperação da saúde ou cuidado exigido por doenças crónicas. É de valorizar a presença da mulher como agente de saúde na família e na comunidade humana a que pertence. É facilmente constatável que os grupos desfavorecidos, não somente sofrem mais de doenças várias, como estão mais vulneráveis a doenças incapacitantes ou crónicas. Por outro lado, a sua esperança de sobrevivência é menor. Por conseguinte, é maior a mortalidade.

É notório o cansaço relativo ao uso de máscaras. Pior do que o uso das máscaras, são os ensinamentos que dele se possam colher. Para isso, recorro-me do pensamento do Papa, que escreve:

Por isso, a tempestade — dizia eu — desmascara a nossa vulnerabilidade e deixa a descoberto as falsas e supérfluas seguranças com que construímos os nossos programas, os nossos projetos, os nossos hábitos e prioridades. [...] Com a tempestade, caiu a maquilhagem dos estereótipos com que mascaramos o nosso ‘eu’ sempre preocupado com a própria imagem; e ficou a descoberto, uma vez mais, esta (abençoada) pertença comum a que não nos podemos subtrair: a pertença como irmãos.⁶

O nosso mundo foi-se construindo com o endeusamento dos avanços tecnológicos e da regulação automática dos mercados. Esta civilização que deixa para trás os que não se mostram capazes de corresponder aos desafios que apontam cada vez mais para individualismos e competitividades desiguais, fez com que se instalasse no Mundo a insegurança, a incerteza, o medo. Sobre esta realidade, é mais assertivo o Papa, ao escrever:

A tribulação, a incerteza, o medo e a consciência dos próprios limites, que a pandemia despertou, fazem ressoar o apelo a repensar os nossos estilos de vida, as nossas relações, a organização das nossas sociedades e sobretudo o sentido da nossa existência.⁷

Mais importante do que aquilo que eu pudesse dizer, como lição a aprender para o pós-pandemia, é saber o que Francisco pensa:

Passada a crise sanitária, a pior reação seria cair ainda mais num consumismo febril e em novas formas de autoproteção egoísta. [...] Oxalá não seja inútil tanto sofrimento, mas tenhamos dado um salto para uma

⁶ Cf. FRANCISCO, *Carta Encíclica Fratelli Tutti* (3 de outubro de 2020), Prior Velho: Paulinas Editora 2020, p. 32.

⁷ Cf. *Ibidem*, p. 14.

nova forma de viver e descobramos, enfim, que precisamos e somos devedores uns dos outros, para que a humanidade renasça com todos os rostos, todas as mãos e todas as vozes, livre das fronteiras que criamos.⁸

A pandemia provocou impactos negativos, mas também positivos, que podem transformar-se num contributo efetivo, através do efeito de coesão que as ações de voluntariado podem conferir às sociedades. As exigências do tempo presente necessitam de respostas e de uma reflexão profunda em diversas áreas de maior vulnerabilidade. Os fatores chave são: o tempo, os valores, o bem comum, o humanismo e o enriquecimento da cidadania.

⁸ Cf. *Ibidem*, p. 35.

O Papel das Instituições Económicas no Combate à Pandemia

JOÃO BORGES DE ASSUNÇÃO¹

Professor da Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Católica Portuguesa

Preliminares

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada por um vírus identificado em dezembro de 2019 na cidade chinesa de Wuhan. A doença pode dar origem a sintomas severos e levar à morte. O risco de sintomas severos ou complicações fatais é maior nos mais idosos.

Em janeiro de 2020, nos círculos económicos, a COVID-19 era vista como um risco para economia global devido ao impacto paralisador que poderia ter na economia chinesa. Seria um travão ao comércio com a China e por essa via poderia prejudicar a economia mundial.

A Organização Mundial de Saúde declarou a COVID-19 como uma emergência de saúde pública de preocupação internacional no dia 30 de janeiro de 2020. E uma pandemia no dia 11 de março.

Na Europa, o primeiro país a decretar um confinamento geral e severo foi Itália entre 8 e 9 de março. O ambiente social e mediático era de grande aflição e preocupação em todos os países da União Europeia e a pandemia era, na prática, o único assunto de conversa nos meios de comunicação social.

A esmagadora maioria da opinião pública portuguesa era favorável a medidas de confinamento severo devido ao temor que a doença provocava. O Presidente da República declarou o Estado de Emergência no dia 18 de março e colocou o país num regime de confinamento severo.

As políticas adotadas refletem acima de tudo o medo, por parte de governados e governantes. O medo de que a pandemia dizimasse “10%” da população num curto espaço de tempo. Mas também o medo do

¹ O autor agradece os comentários de João César das Neves (UCP) que muito beneficiaram o capítulo.

desconhecido², sobre uma doença nova e muito contagiosa, que poderia alterar o futuro coletivo de cada povo.

Portugal acabou por seguir as políticas públicas das economias europeias mais avançadas. A legitimação das políticas perante os cidadãos foi feita através da coordenação intergovernamental típica do processo decisório europeu, em que os critérios de valor exclusivamente nacional ficaram colocadas em plano secundário.

Para efeitos deste artigo a invasão russa da Ucrânia³ a 24 de fevereiro de 2022 representa o fim do período da pandemia, já que os desafios económicos para a economia mundial e portuguesa se alteraram de forma dramática nessa data.

Pandemia e Políticas Públicas

Tratar da saúde ou da economia? Uma outra forma de equacionar a questão é entre estratégias mais conservadoras, com retorno esperado mais baixo, ou estratégias mais arriscadas com retorno esperado mais elevado.⁴

O eclodir de uma pandemia traz grandes dificuldades na determinação das políticas públicas. Para efeitos de simplificação de análise podemos tentar separar as políticas estritamente sanitárias das políticas estritamente económicas.

As políticas estritamente sanitárias são as que decorrem das recomendações dos especialistas em epidemiologia. Podemos pensar em cinco grandes áreas: o tratamento dos doentes, a informação sobre os infetados, as políticas de confinamento, as regulamentações no uso de locais públicos, e o desenvolvimento e administração das vacinas.

As políticas estritamente económicas são a política orçamental e monetária, mas também a alteração das obrigações contratuais ou regulamentares.

² Em junho de 2020 o FMI produziu um relatório sobre a economia mundial intitulado “A crisis like no other, an uncertain recovery”, onde mostrava as dificuldades de política económica associadas à componente global da pandemia.

³ O que não significa que os custos e consequências da pandemia se tenham esgotado, mas que a evolução da economia global tem agora outros fatores com impacto material mais óbvio.

⁴ Neves (2020) explica que a generalidade dos países seguiu a estratégia de baixo risco ao tentar minimizar o número de mortes no curto prazo. *As 10 Questões da Pandemia*, João César das Neves, Edições D. Quixote, 2020.

A generalidade dos países tentou preservar o emprego e a capacidade produtiva da economia através de subsídios diretos a empresas, instituições e famílias ou mecanismos de financiamento em condições especiais mais favoráveis. Em geral estas medidas são política orçamental.

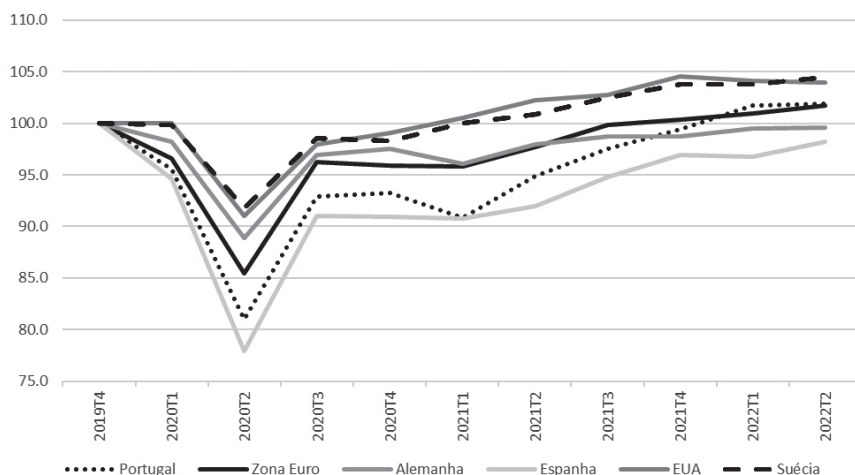
As medidas de política monetária surgiram na forma da manutenção e descida das taxas de juro de referência. Igualmente importantes foram as medidas de expansão monetária (*quantitative easing*) adotadas pelo Banco Central Europeu (BCE) e pela Reserva Federal Americana (Fed). O objetivo central destas medidas monetárias extraordinárias e heterodoxas foi a manutenção do funcionamento do sistema financeiro através duma política que na prática deu ao mercado toda a liquidez necessária ao seu funcionamento diário e, por essa via, impedindo medidas restritivas do crédito ou subidas de taxas de juro para fazer face ao enorme aumento de risco de crédito resultante da pandemia.

As principais medidas de natureza regulamentar vão desde as moratórias do crédito, e das rendas de habitação e comerciais, à suspensão dos processos de falência ou de despejo, e ainda à facilitação do incumprimento de algumas obrigações contratuais. Medidas regulamentares como uma maior liberdade na ocupação do espaço público pelas esplanadas dos estabelecimentos de restauração também se podem enquadrar neste tipo de medidas.

É importante realçar que os governos foram obrigados a adotar os dois tipos de medidas: sanitárias e económicas. Mas é importante compreender que existe uma óbvia interação entre as duas. Num certo sentido quando mais onerosas para a economia forem as medidas sanitárias tanto maiores teriam de ser as medidas económicas.

A atividade económica em Portugal contraiu-se de forma significativa durante a pandemia. Isso foi comum à economia global e à generalidade das economias dos países desenvolvidos. Mas também de muitas economias em desenvolvimento.

A economia mundial contraiu cerca de 3% em 2020 fruto do efeito combinado da pandemia e das políticas de confinamento. E em 2021 recuperou cerca de 6%, ou seja, a economia recuperou as perdas de atividade do ano de 2020, o pior da pandemia. Ainda assim, a economia mundial, em 2022, estará cerca de 3 a 4 pontos percentuais abaixo do que estaria caso o mundo não tivesse sofrido os efeitos de uma pandemia à escala planetária.

Figura 1. PIB trimestral em termos reais com base 100 no quarto trimestre de 2019

No caso das economias dos países desenvolvidos a evolução foi algo diferente. No essencial os governos investiram mais nas várias políticas sanitárias incluindo o recurso a confinamento, distanciamento social, e vacinas, compensando financeiramente as famílias e setores de atividade que poderiam não ter resistido aos efeitos económicos das políticas sanitárias.

A principal consequência económica das políticas sanitárias, em particular as políticas de confinamento, foi uma acentuada redução da atividade económica. No caso de Portugal foi no segundo trimestre de 2020 que a contração da atividade económica foi mais evidente. Assim, o Produto Interno Bruto (PIB), atingiu o rácio de 81% do nível do 4º trimestre de 2019, o último que pode ser considerado normal e pouco influenciado pelos efeitos da pandemia. A figura 1 ilustra a evolução desse indicador para um conjunto de países relevantes para compreender a complexidade dos desafios criados pela pandemia.

O gráfico da figura 1 mostra que a Suécia, talvez o país europeu com políticas sanitárias menos restritivas, viu o seu PIB descer para 91.8% do nível pré-pandemia. Pelo contrário Espanha viu a sua economia contrair ainda mais do que Portugal para 77.9% do seu nível pré-pandemia.

Como explicar diferenças tão grandes no desempenho económico dos países durante o segundo trimestre de 2020? Há vários fatores que podem explicar as diferenças, mas é importante notar que descidas desta ordem de grandeza no espaço de um trimestre são totalmente anormais. Mesmo no caso menos gravoso da Suécia.

No caso de Portugal a queda de 19% do PIB entre o quarto trimestre de 2019 e o segundo trimestre de 2020 poderia ter aumentado o desemprego em cerca de 10 pontos percentuais provocando uma grave crise económica e social. As instituições e as empresas revelaram uma resistência inesperada.

Claro que houve muitas famílias que perderam os seus rendimentos, e outras houve que consumiram as suas poupanças ou se endividaram. Os efeitos económicos da pandemia sobre o rendimento foram heterogéneos e apenas nos trabalhadores do setor público e nos pensionistas se pode dizer que os rendimentos se mantiveram.

Porém foi tomado um conjunto de medidas que permitiram mitigar as consequências económicas da pandemia. As medidas mais importantes foram: o *layoff* simplificado, as moratórias de crédito, a suspensão dos processos de insolvência e recuperação de crédito e as medidas de expansão monetárias por parte do BCE.

Aparentemente houve ainda uma aparente coordenação social, ou mesmo mobilização, na forma de evitar tomar decisões de redução dos quadros de pessoal por parte das empresas e das instituições do setor social.

Acresce que as empresas que operaram nos setores estratégicos para o normal funcionamento da sociedade e da economia continuaram a cumprir as suas missões.

De tal modo que não houve nos meses do confinamento notícias materiais de roturas nas cadeias de abastecimento de produtos alimentares, das redes de abastecimento de água e energia, das redes de telecomunicações ou de outros sistemas.

A sociedade congelou muitas das suas atividades normais, mas as estruturas vitais mantiveram-se em funcionamento.

Ainda assim, vale a pena notar que a qualidade do funcionamento das sociedades foi muito diferente. Por exemplo, no caso da Suécia, as restrições à atividade humana, social e laboral foram relativamente mais pequenas. E também por isso o custo económico foi menor.

Já na Alemanha ou na Áustria os apoios financeiros às famílias e empresas impedidas de desempenhar a sua atividade por razões legais foram muito maiores.

Os setores económicos encerrados também foram diferentes. Em Portugal o setor da construção continuou a operar enquanto parou quase completamente em Espanha e França.

Generalizar a partir desta heterogeneidade é perigoso. Mas agora que estão passados quase dois anos sobre a pandemia as taxas de

mortalidade não são muito diferentes entre os países da União Europeia. É difícil ligar diretamente essas diferenças nas taxas de mortalidade à qualidade das políticas sanitárias. Até porque os países aprenderam uns com os outros ao longo do tempo e foram adotando medidas qualitativamente semelhantes.

Um dos aspetos onde houve diferenças entre países foi nas políticas educativas. A tecnologia de teleconferência, por exemplo o Zoom, foi adotado em larga escala em todos os níveis de ensino. E permitiu que o ensino se mantivesse minimamente operacional. A qualidade do ensino deteriorou-se certamente, mas em termos de mera continuidade pode dizer-se que a generalidade do ensino se manteve a funcionar. No segundo trimestre de 2020 houve paragens quase totais no ensino obrigatório, particularmente no público. Mas no caso do ensino superior a generalidade das instituições conseguiu manter alguma atividade letiva pelo menos nos programas com grau.

Há certamente a percepção de que em Portugal se restringiu tempo demais as atividades educativas devido à pandemia ao longo do período 2020 a 2022, mas o mais importante é referir que também esse setor funcionou na generalidade dos países desenvolvidos, incluindo Portugal.

Em síntese pode-se concluir que a brutal queda da atividade económica no segundo trimestre de 2020 não provocou uma destruição generalizada de sistemas, empresas, instituições e empregos. Num certo sentido é como se tivesse havido uma suspensão de muitas atividades, com a correspondente redução de produção de bens ou serviços, mas sem o seu desaparecimento ou o desaparecimento do rendimento do trabalho durante esse período.

As consequências de longo prazo dessa suspensão podem ser profundas e duradouras, mas o facto de a generalidade das instituições continuarem a existir já é si mesmo um dado surpreendente que merece ser valorizado.

As diferenças de desempenho das economias dos vários países, logo no segundo trimestre de 2020, também merece uma reflexão. Por um lado, convém lembrar que as doenças contagiosas são um fenómeno que constitui um maior risco nas sociedades urbanas. Assim, países com maior densidade populacional ou uma maior percentagem da população a viver em cidades grandes seriam, nesta perspetiva, mais propensas a adotar medidas de confinamento mais restritivas e por essa via com maior impacto em termos de atividade económica.

Por outro lado, o medo provocado pela pandemia, mesmo na ausência de restrições legais ao movimento de pessoas, reduziu as viagens e o uso de espaços públicos ou de convívio comum, como seja a hotelaria e a restauração. Nesse sentido, as economias, como a portuguesa ou a espanhola, com um maior peso do turismo na sua atividade económica foram naturalmente mais afetadas pela pandemia e políticas de confinamento. Por exemplo, Espanha é um dos países da União Europeia que apresenta uma maior contração da atividade económica no segundo trimestre de 2020.

A figura 1 mostra que os Estados Unidos da América, a zona euro, a Suécia e Portugal já tinham atingido o nível pré-pandemia no primeiro trimestre de 2022 em que os efeitos da guerra da Ucrânia na economia ainda eram limitados. Pelo contrário, a Alemanha e Espanha ainda não tinham conseguido atingir os patamares pré-crise, mas já estavam relativamente próximos do nível de produção trimestral pré-pandemia.

A Possibilidade de uma Estratégia Global

A intensidade da pandemia não foi a mesma em todos os países e regiões do mundo.⁵ Isso permitiria uma certa coordenação das políticas sanitárias e económicas. Infelizmente as várias instituições que poderiam desempenhar esse papel mostraram fragilidades. A Organização Mundial de Saúde oscilou entre períodos em que parecia advogar a erradicação da doença, elogiando os países como a China que tinham sofrido primeiro os seus efeitos e que prosseguiram políticas de confinamento muito agressivas.

A coordenação poderia ter envolvido um certo grau de dessincronização nos momentos de confinamento mais severo em função da gravidade dos contágios nos vários países e regiões.

No caso das vacinas o esforço de colaboração entre as várias comunidades científicas relevantes, a indústria farmacêutica e os governos foi notável. Permitindo a descoberta de um conjunto de vacinas que foram administradas rapidamente e em larga escala nas economias mais

⁵ A taxa de mortalidade foi maior nas Américas e na Europa, e também no Sudeste Asiático. Em particular a menor taxa de mortalidade em África onde os níveis de desenvolvimento económico são inferiores acabou por justificar a menor taxa de vacinação nesses países. Nesse sentido a heterogeneidade na intensidade da doença acabou por ser um mecanismo de coordenação e compensação à escala global.

desenvolvidas. Porém, isso foi feito cumprindo critérios menos exigentes do que os habituais na aprovação das vacinas. As autoridades dos vários países decidiram que esses riscos compensavam os elevados custos económicos e humanos das políticas de confinamento muito restritivas.

No plano económico, porém, a coordenação ficou aquém do que seria desejado e as principais instituições e governos mundiais nunca conseguiram desenhar um conjunto de políticas que combinassem a vertente sanitária e económica de forma satisfatória.

Os países mais ricos e com mais poupança e capacidade de endividamento desenharam políticas económicas e sociais que protegeram melhor os seus cidadãos⁶.

Apenas os bancos centrais, em particular a Fed, o Banco Central Europeu, o Banco do Japão e o Banco de Inglaterra, coordenaram a sua ação de forma a garantir a estabilidade do sistema financeiro mundial bem como as necessidades de financiamento extraordinários dos respetivos governos.

Porém, os riscos associados a uma política monetária com taxas de juro próximas de zero durante tanto tempo e de uma compra tão elevada de obrigações do tesouro lançaram as sementes de riscos de inflação de uma dimensão nova. E podem ter colocado vários bancos centrais numa situação em que não conseguirão normalizar as políticas durante muitos anos. Ou a arriscarem uma grande instabilidade financeira se tentarem uma normalização demasiado rápida.

Dinâmicas Institucionais

As instituições e as empresas foram fortemente afetadas pela pandemia. Em particular logo no segundo trimestre de 2020.

Nessa altura algumas instituições foram forçadas a parar ou a modificar os seus modos de produção ou de trabalho para métodos remotos. Essa modalidade não foi viável para todas as organizações ou para todas as funções. Tendo em conta, porém, que a maior parte das instituições sobreviveu sem grandes alterações de estrutura é legítimo pensar que a

⁶ Lidar com a COVID-19 tornou-se na prática um problema de mitigação dos custos quer da doença quer das políticas de confinamento e distanciamento social. “Tracking the Economic Impact of COVID-19 and Mitigation Policies in Europe and the United States” by Sophia Chen, Deniz Igan, Nicola Pierri, and Andrea F. Presbitero, IMF Working paper WP/20/125, July 2020.

transformação tecnológica, mesmo que temporária, ajudou à sobrevivência das organizações.

A mobilização das pessoas em cada organização ajudou a esse objetivo. O desafio provocado pela pandemia parece ter trazido ao de cima o melhor de cada um, e criou as condições para alterações significativas nos modos de trabalho e colaboração. As tecnologias de informação e comunicação foram essenciais nesse processo. Mas a disponibilidade para a mudança e adaptação individual também.

Alguns perceberam-se de benefícios das mudanças nos modos de trabalho. Por exemplo a poupança de tempo e recursos que resulta partes significativas do trabalho poderem ser feitas de forma remota sem necessidade de deslocamentos para um local de trabalho comum ou central.

Mas por outro lado muitas tarefas, nomeadamente aquelas em que a proximidade física entre as pessoas desempenha um papel essencial para cumprimento do fim a que se destinam, foram produzidas com graus inferiores de qualidade. Nalguns casos as tarefas não foram produzidas ou falharam, com consequências dramáticas no bem-estar das pessoas afetadas.

Nalgumas atividades essenciais como na saúde e educação, muitas tarefas deixaram de ser feitas ou foram adiadas. Perdeu-se tempo de vida que nunca poderá ser verdadeiramente recuperado. Houve diagnósticos apressados e patologias ignoradas.

Nos cuidados pessoais aos idosos ou às crianças e jovens, houve atividades de acompanhamento e desenvolvimento pessoal que foram interrompidas. Como por exemplo o apoio domiciliário ou a prática desportiva.

Finalmente muitas organizações mudaram⁷ a sua natureza ao tornarem-se mais tecnológicas. Em geral houve uma maior orientação para a sobrevivência organizacional e para as tarefas urgentes e inadiáveis, como por exemplo adoção de novas ferramentas tecnológicas ou a implementação de novos procedimentos sanitários. Para segundo plano foram relegados os elementos culturais da organização incluindo as dimensões colegiais e informais das organizações, permitindo decisões mais rápidas e mais centralizadas. Assim, os seus processos de decisão mudaram e houve também oportunidades únicas para alterar os sistemas de valores organizacionais. Muitos colaboradores mais distantes

⁷ How Have Organizational Cultures Shifted During the COVID-19 Pandemic by N. Derek Brown, Yixi Chen, Hope Harrington, Paul Vicinanza, Jennifer A. Chatman, Amir Goldberg, and Sameer Srivastava, California Management Review. 2021.

dos centros de poder perderam o nexu entre a sua atividade e o propósito da instituição em que se inseriam.

Há ainda a sensação de que o confinamento e o isolamento social poderão ter alterado o equilíbrio psicológico de muitos e só o tempo mostrará a dimensão deste custo social. Que no caso dos jovens e crianças poderá deixar cicatrizes permanentes.

Há um número crescente de trabalhadores e profissionais que descobriu a possibilidade do teletrabalho e do acréscimo de liberdade e flexibilidade que pode representar. O choque da pandemia tornou este conceito compreensível para todos qualquer que seja o seu grau de formação.

As Políticas Públicas de Combate à Pandemia

A política do confinamento tornou-se a política pública mais simbólica do período da pandemia. Compreensível e inevitável nas primeiras semanas quando se temia que a pandemia pudesse ter taxas de mortalidade idênticas às que se conhecem da peste medieval.

A política do confinamento representa, porém, um compromisso entre produção e rendimento que é distribuído de forma muito assimétrica na sociedade.

Certas profissões e negócios que dependem do rendimento de serviços prestados diariamente tornam-se inviáveis. A não ser que os governos indenizem compensatoriamente as perdas de todos os prejudicados com as medidas administrativas de confinamento.

O problema é de escala. Um confinamento de duas a quatro semanas é relativamente fácil de acomodar em quase todas as atividades humanas. Corresponde a uma espécie de período de férias já previstos no funcionamento da generalidade das organizações e profissões.

O prolongar no tempo do confinamento altera a qualidade da medida e corresponde a uma efetiva expropriação de direitos. Quer de propriedade quer de direitos cívicos.

O assunto tem uma dimensão de equidade importante já que algumas instituições e trabalhadores não tiveram risco de sobrevivência ou de rendimento enquanto outras sabem que nunca irão recuperar o padrão de vida anterior.

A política do confinamento, que foi compensada de forma diferente em diferentes países, representa diferentes modos de distribuição dos benefícios e custos do distanciamento social entre os vários membros da sociedade.

O Mercado de Trabalho e o Funcionamento das Empresas

O mercado de trabalho funcionou de forma deficiente durante a pandemia. Houve menor mobilidade de emprego, menos oportunidades, e aumentou o número de oportunidades conseguidas através de familiares e amigos.

Estas disfuncionalidades não foram específicas a Portugal, mas comuns à generalidade das economias desenvolvidas.

E estes custos são particularmente severos para os jovens que ambicionavam ingressar no mercado de trabalho de forma competitiva entre 2020 e 2022.

O congelamento das estruturas sociais e produtivas foi essencial à sobrevivência da capacidade produtiva e do tecido institucional. Mas os custos desses benefícios foram distribuídos em favor dos que estavam dentro das instituições e em prejuízo dos que estavam distantes ou que pretendiam iniciar projetos novos.

Heterogeneidade Setorial e Equidade

Os setores económicos da sociedade também foram afetados de modo muito assimétrico. E isso é fator de injustiça, mas também de ineficiência.

Em traços gerais os custos suportados pelo setor privado foram maiores do que os suportados pelo setor público.

Mas alguns setores como as fileiras do turismo e da cultura foram particularmente castigados. No fundo são setores em que a irregularidade dos rendimentos e dos contratos torna difícil às autoridades públicas decidir como apoiar. Ao não conseguir estabelecer um critério as autoridades na prática decidiram não apoiar ou conceder apoios de cariz assistencial. Algo que não fizeram com as profissões com rendimentos regulares.

Mas também ao alterar as regras de obrigatoriedade de cumprimento de certos contratos, como os de arrendamento ou de certos serviços, interrompendo o normal funcionamento dos Tribunais, o Estado transferiu recursos e direitos entre entidades e famílias.

O método europeu de apoiar empresas e empregos tem o grande defeito de deixar totalmente desprotegidos os pobres que trabalham no setor informal ou vivem de biscates (que são os mais atingidos pela pandemia). É verdade que pouco se falou disto durante a pandemia, mas tal deve-se mais à falta de voz destes grupos que à ausência de efeitos.

Mais uma vez a duração do estado de exceção é essencial para aferir a equidade das medidas. A suspensão de direitos de propriedade durante duas a quatro semanas é compreensível, o seu prolongamento durante muitos meses representa uma expropriação de direitos que não foi devidamente compensada pelo Estado.

De igual modo quem vive na economia informal ou de contratação avulsa foi fortemente prejudicado pela pandemia sem ter sido financeiramente protegido. Nalguns setores de atividade patrões e empregados perderam os ativos e ou os rendimentos e os sistemas de proteção ativados não os cobriam de forma justa face aos empregos, empresas, ou instituições protegidas. Normalmente mais visíveis no plano mediático ou na sua proximidade dos poderes públicos.

A título de exemplo pense-se na dificuldade de decisão do dono de um restaurante que tem de se decidir se renova o seu contrato de arrendamento durante a pandemia. A renovação do contrato pode obrigar a contrair novos créditos por tempo indeterminado. Mas a não renovação pode obrigar ao encerramento permanente do restaurante. A pandemia gerou uma pressão psicológica muito assimétrica para diferentes profissões e atividades. As políticas públicas não protegeram de forma equitativa muitas profissões e instituições.

Mobilização Nacional: Coesão e Dissensão

A conflitualidade política e social criada pela pandemia foi relativamente elevada no mundo desenvolvido. As políticas de combate à pandemia e natureza dicotómica de algumas escolhas assim o propiciaram.

De igual modo os princípios morais que guiavam as posições individuais de cada um também facilitavam uma conceptualização assente em princípios e não a uma ponderação equilibrada entre os benefícios e custos relativos das várias alternativas.

Finalmente o risco subjacente da morte, quer em termos de estatísticas agregadas por dia e região, quer nas consequências diretas na proximidade do círculo familiar e de amigos de cada um permitia uma identificação pessoal com as consequências das várias alternativas de políticas sanitárias e económicas.

No caso de Portugal houve um grau de coesão assinalável entre os principais atores políticos e os líderes de opinião. Pode até dizer-se que a política sanitária não desempenhou um papel significativo no combate político entre os vários partidos nem nos resultados eleitorais. Ao

contrário do que parece ter acontecido noutros países com os Estados Unidos ou Espanha.

Nesse sentido terá até havido em Portugal excesso de coesão social e política. Quem criticou as políticas sanitárias do governo foi frequentemente apelidado de “negacionista” no espaço público. A expressão “coveiro” foi usada em sentido pejorativo para as pessoas que defendiam medidas sanitárias mais restritivas do que as aplicadas pelo governo. Relativamente à obrigatoriedade da vacinação, por exemplo. Ou ao grau de restrição nos movimentos nos espaços públicos durante os confinamentos.

A comunicação social mais relevante esteve bastante alinhada com as políticas do Governo e raramente deu visibilidade aos críticos. No fundo assumiu que os critérios morais e económicos que justificaram as decisões do Governo eram também os seus.

Legado de um Período Excepcional

O período da pandemia entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2022 (em que a invasão da Ucrânia pela Rússia passou a ser o assunto dominante) foi extraordinário à escala global.

Os dilemas sanitários, económicos e sociais foram semelhantes em todos os países do mundo. Qualquer que fosse o seu nível de rendimento, clima ou densidade populacional.

As restrições sérias à mobilidade pessoal e à atividade económica começaram na Europa, e em Portugal a partir de fevereiro e março de 2020.

Nas democracias ocidentais os governos tomaram decisões difíceis com o objetivo de proteger as suas populações de uma doença grave e manter a sociedade a funcionar nos seus pilares fundamentais.

Em geral os governos procuraram o auxílio dos seus melhores especialistas, e utilizaram os mecanismos formais e informais de coordenação para ir melhorando as suas políticas. Aprendeu-se muito sobre uma doença concreta e a melhor forma de a tratar.

Também se aprendeu que as sociedades sobrevivem, mesmo quando se introduzem alterações muito significativas e extraordinárias no seu modo de funcionamento.

No plano pessoal penso que na Europa e em Portugal se foi longe demais nas restrições das liberdades individuais durante demasiado tempo quando os riscos para a saúde pública já não eram tão óbvios.

O próprio processo comunicacional e político tornou difícil qualquer outra decisão. Ainda no caso de Portugal seguiu-se a liderança das decisões sanitárias e económicas dos estados em quem Portugal mais confia: no caso a Alemanha e a França.

Seria difícil ao governo de Portugal ter feito muito diferente. Nesse sentido a reflexão mais construtiva deste período é a de que Portugal beneficia da sua participação nas instituições internacionais. Muitos dos custos desse período ainda estão para vir⁸.

A própria liderança mundial no combate à pandemia poderia ter sido assumida pelos Estados Unidos da América. Infelizmente o prestígio internacional deste país estava diminuído e não teve condições de desempenhar esse papel.

⁸ The Long Economic Hangover of PANDEMICS History shows COVID-19's economic fallout may be with us for decades Òscar Jordà, Sanjay R. Singh, and Alan M. Taylor, Finance & Development, June 2020.

Algumas reflexões sobre a pandemia. Que aprendemos?

GERMANO DE SOUSA

Médico Patologista Clínico. Professor Universitário

Que aprendemos com esta pandemia que, infelizmente, ainda não acabou? Se de novo e em breve, ou não tão em breve como isso, um vírus desconhecido ou mal estudado, vindo dos confins da África ou da Ásia, se espalhar pelo mundo, causando doença grave e morte, que faremos? Do mesmo modo, estaremos preparados para nos defendermos de uma guerra biológica em que uma bactéria, geneticamente modificada e altamente mortal for, num gesto troloucado utilizada por um grupo ou uma nação terrorista?

Quando o vírus, vindo de Wuhan, esse novo vírus da família dos *Coronaviridae*, o SARS-CoV-2, chegou às fronteiras da Europa talvez não lhe tivéssemos dado de início a atenção que ele merecia. Apesar de conscientemente sabermos da gravidade da doença que originava, o nosso inconsciente tranquilizava-nos com a enganosa ideia de que estávamos muito longe e com um pouco de sorte se extinguiria antes de cá chegar. Tal como se extinguiu o *Middle East Respiratory Syndrome*, causado por um desconhecido coronavírus, depois designado MERS-CoV, que em 2012 surgiu na Península Arábica ou, antes dele, em 2002-2003, com o SARS-CoV-1 responsável pelo Síndrome Agudo Respiratório Severo (SARS) que, na China atingiu 8.000 pessoas e originou 10% de mortes. Também já nos não lembrávamos da Pneumónica que tivera lugar 100 anos antes e que tantas dezenas de milhares de mortos causara no nosso país. Do mesmo modo e apesar de só terem passado 11 anos já nos tínhamos esquecido da pandemia que pelo vírus influenza H1N1 assolou o nosso país em 2009. De modo que é legítimo interrogar-nos sobre se o que aprendemos com esta pandemia nos permitirá estar preparados para situações idênticas no futuro.

A Imunidade de Grupo

Inicialmente acreditámos que com os contágios e depois com a vacinação, depressa atingiríamos a imunidade de grupo a qual permitiria

proteger toda a população contra o vírus, isto é, que os contagiados e os vacinados ao ficarem protegidos contra a doença quebrariam as cadeias de transmissão. Pensou-se inclusive que o limiar de imunidade de grupo (LIG) seria atingido quando 85% da população estivesse imunizada.

Pois bem, a primeira constatação a que chegámos é que vírus respiratórios, semelhantes ao SARS-CoV-2, se não forem contidos em simultâneo em todo o globo, sofrem constantes modificações e adaptações ao meio, originando o aparecimento e consequente disseminação de novas variantes, muitas das quais são mais transmissíveis do que a estirpe original, não permitindo, por esse facto, gerar a tão desejada imunidade de grupo.

A realidade provou-o. No momento em que escrevo atingimos em Portugal os 40 mil casos por dia e mais se esperam. Se é certo que as vacinas atuais evitam a doença grave e a morte, a sua eficácia diminui muito na proteção contra a infeção e transmissão do vírus. O que impede o controlo da pandemia pela imunidade de grupo.

Embora peritos em virologia tivessem afirmado a sua esperança nesse conhecido fenómeno, o mesmo só tem lugar, em pandemias originadas por vírus mais “estáveis” como é o caso do sarampo (LIG-95%) ou da Pólio (LIG-80%)

Assim a primeira lição a retirar é a necessidade de estar permanentemente alerta e conter de imediato e globalmente, qualquer agente suspeito de desencadear uma possível nova pandemia.

As vacinas

Cerca de nove meses após o começo da pandemia surgiram as primeiras vacinas eficazes contra o SARS-CoV-2, eficácia essa que foi quase de imediato demonstrada por inúmeros estudos laboratoriais que puseram em evidência a resposta do sistema imunológico às vacinas, designadamente mediante a identificação por testes serológicos, da produção de imunoglobulinas ou de anticorpos, que com conformações levemente diferentes e por isso classificadas como IgA, IgM e IgG, são específicas do agente em questão, neutralizando-o. Estes últimos, os anticorpos IgG, surgem a partir do 10.º/14.º dia após a vacina e, tal como acontece com outras vacinas virais e bacteriológicas, mantêm-se no sangue circulante sendo produzidos em maior quantidade pelos linfócitos B, como primeira defesa contra uma eventual invasão do organismo pelo SARS-CoV-2. A este tipo de reação, designada por imunidade humoral,

acresce a imunidade dita celular, mediada principalmente pelos linfócitos T, os quais têm duas funções diferentes: uns são citotóxicos e atacam as células infectadas diretamente, merecendo por isso o apelido de “Killers”, enquanto outros dão suporte à resposta imunitária dos linfócitos B na produção de anticorpos, e por isso designados de “Helpers”.

As vacinas, para além de codificarem a produção de proteína S (Spike) que vai gerar a resposta humoral, induzem também esta imunidade mediada pelos linfócitos T, que atua com eficácia mesmo quando a memória imunológica humoral se desvanece, é eventualmente negativa ou não reconhece uma variante do vírus. Assim e, por exemplo, a variante Omicron e as suas linhagens e sublinhagens estão de tal modo mutadas que conseguem evadir-se à imunidade humoral resultante do estímulo vacinal. Tal não acontece, porém, em relação à imunidade celular que, mediada por células CD8+T e CD4+T, continua a conferir proteção contra infeção grave por SARS-CoV-2, apesar da relativa pouca eficácia dos anticorpos neutralizantes¹.

Muitos outros estudos fazem ressaltar cada vez mais a importância da imunidade celular². Conhecemos melhor a função desempenhada pelas células T e a importância de uma resposta imunitária celular poderosa que compense as deficiências da imunidade humoral ou mesmo a sua ausência. Haverá que rever estratégias vacinais que se dirijam não apenas à proteína S do vírus (a que mais mutações tem sofrido) de forma a estimular uma forte resposta das células T. Nesse sentido começam a ser desenvolvidas vacinas, ainda experimentais, que induzem especificamente essa imunidade³.

Assim a segunda lição a reter é que as vacinas a produzir para acompanhar e conter as inúmeras variantes do SARS-CoV-2 ou para conter qualquer outro vírus tão mutável quanto este, não poderão ser dirigidas apenas contra uma determinada proteína viral da cápsula, como foi o

¹ Liu, J., Chandrashekar, A., Sellers, D. *et al.* Vaccines elicit highly conserved cellular immunity to SARS-CoV-2 Omicron. *Nature* 603, 493–496 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04465-y>.

² Peng, Y., Mentzer, A.J., Liu, G. *et al.* Broad and strong memory CD4⁺ and CD8⁺ T cells induced by SARS-CoV-2 in UK convalescent individuals following COVID-19. *Nat Immunol* 21, 1336–1345 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41590-020-0782-6>.

³ Heitmann, J.S., Bilich, T., Tandler, C. *et al.* A COVID-19 peptide vaccine for the induction of SARS-CoV-2 T cell immunity. *Nature* 601, 617–622 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41586-021-04232-5>.

caso da proteína S. Na conceção deverão ter também como alvo os componentes internos do vírus, que são o alvo preferencial dos linfócitos T citotóxicos. Ainda sobre as vacinas, ressalta o sucesso do nosso plano de vacinação. Que não se perca essa experiência e daí se retire a conclusão de que nem sempre os políticos são, por esse facto, os mais hábeis a coordenar tarefas desse tipo.

Ciência, comunicação e desinformação

Se algo houve que ressaltou durante a pandemia foi o modo como a comunidade científica e médica do mundo inteiro se soube juntar e comunicar de forma a lutar contra o flagelo que durante os últimos dois anos assolou e ainda assola a humanidade. Em Portugal, cientistas de formação vária, médicos e não médicos, especialistas em virologia, microbiologia, infecilogia, patologia clínica, medicina interna, pneumologia, epidemiologia, etc., trocaram conhecimentos teóricos e práticos, conhecimentos esses que, postos de imediato, ao serviço dos doentes se revelaram extremamente uteis na clínica e terapêutica dos doentes atingidos pelo COVID-19. Cem anos depois do combate que Ricardo Jorge coordenou contra a pneumónica, pudemos juntar outras medidas que o notável higienista e precursor da epidemiologia em Portugal não tinha ao seu dispor e que a evolução das ciências médicas permitiu. A biologia molecular permitiu conhecer com exatidão a sua etiologia. Depois e gradualmente a imagiologia, o laboratório e a clínica consolidaram o conhecimento da fisiopatologia inerente à doença bem como a identificação e aplicação de terapêuticas cada vez mais eficazes no controlo das diferentes manifestações clínicas. Por sua vez a epidemiologia enfrentou com muito maior eficácia a transmissão do vírus na comunidade. Foram dois anos de constante desafio e de constante aprendizagem sempre a bem do doente.

Porém, a comunicação ao grande público dos factos médico-científicos que estruturaram e condicionaram a luta contra pandemia, foi muito deficiente. Deveria ter sido pensada estrategicamente e feita por profissionais especialistas em comunicação, o que jamais aconteceu. Tal facto levou a que as teorias mais abstrusas sobre a pandemia e sobre as medidas a tomar ou já tomadas encontrassem, nos mais crédulos ou menos informados um terreno para medrar, tanto mais que alguns médicos, enfermeiros, psicólogos, praticantes de medicinas alternativas e outros, criaram, no seguimento de idênticos movimentos surgidos na

Europa, um grupo que albergava negacionistas do vírus e/ou dos testes, contestatários do uso das máscaras, ativistas anti vacinas, inimigos do confinamento, etc. e que designado “Médicos pela Verdade” foi ouvido e seguido por vária gente. A estes juntou-se o grupo dos “Juristas pela Verdade” ainda mais radical do que o anterior, bem como grupos informais e indivíduos, que recusam vacinar-se ou recusam vacinar os seus, invocando receios e medos infundados os quais decorrem apenas de desinformação. Sou desse facto, testemunha direta. Fui, no meu laboratório e não só, questionado por inúmeras pessoas que se sentiam extremamente inseguras quanto à possibilidade de aceitarem ser vacinadas. Muitas estavam dispostas a, definitivamente, recusar qualquer vacina. As falsas notícias e a mentira sobre a existência de terríveis efeitos secundários, que a desinformação hipertrofiou, imaginou e deliberadamente lançou nas redes sociais, tornaram-se para essas pessoas num fantasma que, em alguns casos, foi muito difícil ou mesmo impossível de ultrapassar.

Agora que um outro vírus, o vírus da varíola dos macacos, do qual se tem desde meados do século passado, e que raramente se manifestava, provocou muito pequenos surtos na Europa, Portugal incluído. De imediato esse vírus, a doença que provoca, formas de contágio e comportamentos de risco, foram alvo de uma cacofonia de informações e ruído de fundo nos media, quase sempre errada, contraditória e alarmista. Até já se falou na possibilidade de vacinar toda a população quando nada mais necessário é do que a identificação dos casos de doença, dos seus contactos próximos, mais ou menos íntimos, e o seu isolamento adequado. Isto sem falar na medicação com um antiviral, que já existe e que se administrado preventivamente nesses contactos impede a doença e a propagação do vírus.

Impõe-se, pois, a necessidade de uma comunicação em saúde credível e esclarecida, compreensível por todos os portugueses. Para tal o Ministério da Saúde deverá criar essa estrutura que, baseada nas informações oriundas de um grupo de peritos terá a seu cargo essa missão. Esta é mais uma lição a tirar desta pandemia e do modo como devemos enfrentá-la.

Colaboração público privado e social

Numa pandemia, com as características desta, seria estultícia pensar que o SNS poderia de forma isolada lutar contra a mesma. Bom é que se cantem louvores ao SNS, mas que se não hipertrofiem os mesmos,

sob pena de nos convenceremos que são verdades absolutas e assim não valerá a pena preocupar-nos com outra qualquer pandemia que nos esteja reservada porque foi a magnífica organização e notável resiliência (termo muito em moda agora) do mirífico SNS, que nos salvou e como tal podemos estar totalmente descansados em relação ao futuro. Apesar da condecoração que o Senhor Presidente da República entendeu atribuir ao SNS há que falar verdade: o SNS não estava minimamente organizado para enfrentar esta pandemia (o que é compreensível pois nenhum sistema de saúde do mundo estava) e não soube rapidamente organizar-se para tal. No entanto foram tomadas atempadas e corretas medidas que, apoiadas no bom conselho da DGS, e de médicos especialistas e cientistas, evitaram que acontecesse em Portugal o que sucedeu na Itália, na vizinha Espanha, ou no resto da União Europeia, nomeadamente e por exemplo a eficiência “militar” e rapidez com que conseguimos vacinar quase toda a população.

Os resultados positivos obtidos não se deveram apenas a boas medidas de cariz epidemiológico. Cedo se percebeu que a dita resiliência do SNS a esta pandemia não se devia aos seus méritos intrínsecos. Os bons resultados obtidos radicaram acima de tudo e como sempre, no sacrifício e dedicação sem limites de todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administradores hospitalares, técnicos, etc.) e por outro lado no facto de que durante o estado de emergência e antes ainda, o medo de contágio reduziu fortemente a procura habitual de outros cuidados de saúde que não fossem os relacionados com o SARS-CoV-2, permitindo assim que os recursos humanos e tecnológicos existentes no SNS fossem dirigidos à luta diária contra este vírus. Porém, e como seria de esperar, deu-se um acentuado agravamento das mais diversas patologias e da mortalidade não COVID-19. Como ainda recentemente a DGS o confirmou, informando que em 2020 houve mais 14% de óbitos do que nos anos anteriores e que apenas 5,9% dos mesmos foram diretamente devidos à COVID-19. Infelizmente, a confiar nos dados mais recentes do portal Vigilância da Mortalidade, o panorama repetiu-se em 2021.

A verdade é que a solução dos problemas de saúde e doença dos portugueses, passada a fase mais aguda desta terrível provação, necessita de um Sistema de Saúde adequado à realidade. No qual, o seu mais importante componente, o SNS, não pode continuar a depender de um modelo que só funciona porque os seus profissionais, embora mal remunerados e sem verem reconhecidos os seus méritos coletivos e individuais são de uma competência e dedicação extremas.

Em outubro de 2021 o atual e os anteriores Bastonários da Ordem dos Médicos muito preocupados com a situação vigente no SNS, publicaram uma carta aberta à Sra. Ministra da Saúde, chamando a atenção para a incapacidade do SNS em resolver a situação pois se «os graves problemas do SNS pré-covid já exigiam um plano de ação musculado e continuado, que tardava em chegar; o contexto atual tornou-se ainda mais complexo e exigente, retardando de forma brutal o combate e o tratamento das mais diferentes patologias»⁴. Lembravam que os doentes necessitavam de uma resposta imediata pelo que não se podia prescindir de uma visão de conjunto sendo «preciso um investimento de grande envergadura no SNS, associado a uma estratégia objetiva», propondo que os setores de saúde sociais e privados fossem envolvidos no esforço covid e não-covid para que a capacidade instalada fosse efetivamente usada em vez de desperdiçada. Como sempre, e em resposta a este apelo a bem do doente, a ideologia intrometeu-se. Imediatamente se levantaram vozes duma esquerda velha e relha, repudiando a ideia do recurso a qualquer estrutura de saúde que não pertencesse diretamente ao SNS porque isso significava sustentar os privados! O doente era o que menos importava. Como é sabido, a Saúde sempre foi fértil em visões mirabolantes que se revelam depois tolices completas e não apenas em termos de custos. As visões ideológicas são como os delírios esquizofrénicos. Nunca levam em conta a realidade. Só que esta se impôs e pouco depois começaram a ser feitos acordos entre o SNS, as Misericórdias e os privados, no sentido de se obviarem as crescentes insuficiências daquele.

A lição a retirar é que, desde já e mais ainda no futuro, com ou sem pandemia de qualquer tipo, será um erro não criar um Sistema Nacional de Saúde inclusivo com custos bem controlados em que, tal como dispõe a nossa Constituição, o doente tenha acesso a cuidados de saúde gratuitos e, além disso, de elevada qualidade, fácil acessibilidade e livremente escolhidos. Um exemplo tem sido as convenções feitas com estruturas privadas de meios complementares de diagnóstico, que põem o seu saber e exames de forma gratuita ao serviço dos beneficiários do SNS e que custam ao Estado, que os paga, cerca de 20% menos do que custariam se feitos nos hospitais. Aliás e a este propósito bom será referir que durante estes dois anos foram os laboratórios privados que realizaram

⁴ Gentil Martins A, Ribeiro C, Sousa G, Nunes P, Silva JM, Guimarães M. — Carta Aberta à Ministra da Saúde — O Momento do SNS. *Jornal Público* de 14 de outubro de 2020.

mais de 50% dos testes de diagnóstico do SARS-CoV-2 realizados no país e que no início suportaram mais de 80% dos mesmos.

Quando, para além do SNS, cerca de 42% dos portugueses têm um segundo e até por vezes terceiro sistema de saúde (Seguros, ADSE, etc.) é chegada a altura de refletirmos sobre a reforma adequada que deve sofrer o Sistema Nacional de Saúde pois conseguida esta, estaremos preparados para o que vier, designadamente uma nova pandemia.

O rasto do COVID-19

No livro *Pensar o Futuro. Portugal e o Mundo depois da Covid-19*, escrevi um capítulo intitulado “Pandemia — o agora e um pouco do futuro”⁵ no qual dava conta de um artigo publicado na *Nature Medicine*⁶ que demonstrava que um grande número de doentes que sintomática ou assintomaticamente, foram infetados pelo SARS-CoV-2, apresentavam no TAC lesões pulmonares típicas da Infecção, temendo-se que a pandemia deixasse um rasto de lesões cicatriciais pulmonares que a termo mais longo pudesse originar complicações respiratórias crónicas eventualmente incapacitantes, prevendo-se que o mesmo pudesse acontecer em relação a outras patologias. Considerei então que deveríamos estar preparados para as consequências futuras a nível do SNS e da Segurança Social.

Infelizmente o tempo veio dar razão a estes temores. Em artigo recente publicado também na *Nature Medicine*⁷ os investigadores verificaram que doentes internados por COVID-19 e até aí perfeitamente saudáveis apresentavam, após 28-60 dias de alta evidência de inflamação cárdio-renal, envolvimento pulmonar, inflamação sistémica, ativação da via hemostática, outras deficiências físicas e problemas psicológicos. Durante um seguimento médio pós-alta de 450 dias, um em cada sete pacientes foi readmitido no hospital e dois em cada três necessitaram de atendimento ambulatorio.

⁵ Sousa G. Pandemia — o agora e um pouco do futuro. In *Pensar o Futuro. Portugal e o Mundo depois da Covid 19*. Organizado por Nicolau Santos. Editado pela Porto Editora. Lisboa, 2020.

⁶ Long, Q., Tang, X., Shi, Q. *et al.* Clinical and immunological assessment of asymptomatic SARS-CoV-2 infections. *Nat Med* (18 June 2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0965-6>.

⁷ Morrow, A.J., Sykes, R., McIntosh, A. *et al.* A multisystem, cardio-renal investigation of post-COVID-19 illness. *Nat Med* (2022). <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01837-9>.

A trajetória da doença dos pacientes, após a hospitalização com COVID-19, incluía anormalidades multi-sistémicas persistentes o que irá levar, como atrás disse, a uma procura muito aumentada e crónica do SNS no futuro, facto que para o qual devemos estar preparados.

Em jeito de conclusão

Do ponto de vista sanitário e no computo geral da pandemia Portugal não ficou mal na fotografia quando comparado com os seus parceiros europeus. Em relação a esse aspeto, não apenas foram tomadas medidas eficazes como fomos, apesar do seu início incerto, um exemplo na vacinação, o que nos orgulhou como povo.

Durante a pandemia o povo português comportou-se de uma maneira notavelmente disciplinada. Apesar dos tais grupos pela verdade, da falta de uma comunicação bem dirigida e das “Fake News” mais incríveis que correram nas redes sociais, os portugueses mantiveram-se serenos e colaboraram em todas as medidas epidemiológicas propostas pela DGS ou aprovadas pelos governantes.

Tal comportamento, em meu entender, deveu-se não apenas à índole serena do povo, mas deveu-se também à confiança que tiveram nessas medidas tanto mais que embora tomadas pelo Governo tiveram o apoio total do Senhor Presidente da República. Interrogo-me mesmo se essa confiança não terá contribuído para a maioria obtida nas últimas eleições.

Se tudo correr como esperamos e ansiamos em breve, e caso não surja uma variante altamente mortífera, viveremos e conviveremos com este vírus como o fazemos com os outros *Coronavírus* que desde os anos 60 do século passado abundam entre nós provocando constipações mais ou menos fortes. Além disso ao serem introduzidas novas vacinas e anti-víricos eficazes bem como os que se seguirão deixaremos por certo de nos preocupar com o SARS-CoV-2.

Outros vírus virão, outras pandemias também e se nada for feito quanto às alterações climáticas, os nossos filhos e netos verão o sul de Portugal transformado num paraíso para vírus e parasitas que, no caso do *Plasmodium*, julgávamos completamente erradicados do nosso viver quotidiano.

Que assim não seja! Daí estas notas que espero possam contribuir para nos prepararmos para um futuro difícil que não desejamos, mas que poderá aí vir e ser uma inevitabilidade!

PARTE III



Preparar o Futuro: lições prospetivas para um cuidado humano global — a pandemia do cuidado

A lição das lições¹

FERNANDO ILHARCO

Professor da Faculdade de Ciências Humanas e Presidente do CEPCEP da Universidade Católica Portuguesa

Os médicos não te fazem saudável. Os nutricionistas não te fazem magro. Os professores não te fazem inteligente. Os gurus não te trazem calma. Os mentores não te tornam rico. Os treinadores não te põem em forma.

Naval Ravikant

@Naval, Twitter, 10 de agosto 2018

Se pensar muda o mundo, como referiu Martin Heidegger (1889-1976), não pensar também muda, e pensar mal, muda de igual modo. Pensar bem, por isso, para mudar melhor, é o desafio que se coloca no dia-a-dia profissional e pessoal de cada um: retirar lições do que correu bem e do que correu mal, para compreender, aprender e no futuro fazer melhor.

O conhecimento científico — rigoroso, metódico e falsificável — possibilita que aprendamos com as experiências dos outros, de milhares, milhões de pessoas, ao nosso redor ou noutros tempos e locais. Sozinha, como comentou Milton Friedman (1912-2006), nem de um lápis uma pessoa seria capaz.

Aprender, em si mesmo, é mudar. Aprender é apreender, incluir, com-preender, passar a ter o que antes não se tinha. Daí que a causa mais funda do que acontece, se é que as coisas se podem colocar desta forma, seja a aprendizagem. É apreender algo que nos melhora, que nos torna mais capazes, mais aptos, que nos faz melhor, individual e coletivamente. São as lições que aprendemos no que vivemos e no que outros viveram.

Aprender sempre se aprenderá. Mas, retirar lições proveitosas para o futuro, pensar bem, exige necessidade de feedback, capacidade de reflexão, esforço, tentativa e erro, mentalidade de crescimento (Dweck 2020) e honestidade intelectual. Trata-se de um processo de, desenvolvimento

¹ Várias passagens deste texto são baseadas em artigos e em comunicações do autor publicados ou levadas a cabo nos últimos anos.

e superação que tem sido investigado no contexto dos desempenhos individuais e coletivos, na vida profissional, na alta competição desportiva e em atividades culturais diversas. Neste texto debruçamo-nos sobre lições importantes que se podem retirar desta investigação das últimas três décadas.

O feedback e a experiência

Só por si, o tempo não traz melhorias. O simples passar dos anos não torna ninguém mais capaz. Existe a ideia de que a competência profissional tende a aumentar nos primeiros dez ou vinte anos de atividade profissional, estabilizando a partir daí. Mas a investigação tem mostrado que não é assim: há quem melhore com o tempo, quem fique na mesma e quem piore. Por exemplo, em profissões técnicas, todos os dias há especialistas que são ultrapassados por estudantes e profissionais em início de carreira com melhores registos do que profissionais experimentados. Estudos sobre a prática de psicoterapia, publicados na *American Psychologist* (Tracey, Wampold, Lichtenberg e Goodyear 2014), mostram que o desempenho de estagiários é muitas vezes o mesmo que o de especialistas estabelecidos. Numa outra investigação, sobre a auscultação cardíaca (Choudhry, Fletcher e Soumerai 2005), constata-se que a qualidade do desempenho dos médicos desce à medida que o tempo passa. Admitia-se que nessa tarefa, como em muitas outras, a competência subiria depois da conclusão dos estudos universitários com o início da prática profissional, durante sete ou oito anos, estabilizando a partir daí. No entanto, os estudos indicam que a competência melhora, de facto, mas ligeiramente, e apenas nos primeiros dois ou três anos de prática; ao fim de dez anos, começa a piorar. Contudo, não pode deixar de constatar-se não ser raro em muitas atividades encontrar pessoas experientes, com níveis de competência muito acima dos jovens mais capazes. A lição a tirar é esta: para ser melhor, por um lado, a experiência é necessária; por outro lado, a experiência não é suficiente. O que faz então a diferença na experiência que vamos ganhando? A resposta não é simples. A predisposição inata para esta ou aquela atividade, evidentemente pesa. Tal como pesa a determinação no que fazemos, assim como as condições competitivas a que somos sujeitos. Tudo isso pesa, mas não determina resultados.

Um aspeto importante para o alto desempenho é o feedback, um certo tipo de feedback: resultados factuais e em tempo real do que

fazemos. Algumas atividades assentam no feedback, ou facilitam-no, por exemplo, guiar automóveis, jogar golfe ou ténis. Outras atividades, no entanto, dificultam o feedback, quem as pratica recebe-o com atraso, o que diminui a eficácia do que fazemos; por exemplo, os processos de recrutamento ou os diagnósticos de saúde. É mais fácil aprender a guiar um automóvel do que aprender a navegar um barco, comentou Daniel Kahneman (2011), Nobel da Economia. No automóvel, o feedback é imediato. No barco, as consequências do que fazemos só se vêm algum tempo depois.

A experiência que faz diferença é a que assenta na capacidade de obter feedback, em tempo real ou mesmo atrasado, mas recebê-lo, analisá-lo e aprender com os erros e com os sucessos. Ser melhor profissional, desenvolver mais competência, ser um líder, um gestor, um técnico eficaz, não acontece naturalmente, com o passar do tempo. A experiência, só por si, não melhora ninguém e pode iludir uma pessoa.

Em geral, qualquer pessoa pode melhorar. Ser melhor profissional, ser mais eficaz no que fazemos, implica respostas honestas a três perguntas: Queres mesmo melhorar? Estás interessado em ouvir o que os outros dizem da tua performance e do teu trabalho? Estás disponível para te esforçares, para tentar novas formas de fazer as coisas, para te sentires desconfortável, para aprender e transformares-te?

A alta performance, o ser capaz sistematicamente de desempenhos extraordinários, assenta no feedback. Ninguém sem a noção do que está a fazer consegue objetiva e sustentadamente melhorar. O feedback mais fácil é o que recebemos dos outros, dos superiores hierárquicos, dos subordinados, dos colegas e dos clientes. Em muitos ambientes profissionais é comum ver as pessoas à defesa, não deixando que os comentários e as críticas as afetem. No entanto, essas críticas e sugestões, muitas vezes, podem ser informação útil para a melhoria da pessoa a quem são dirigidas.

Outro tipo de feedback é o que observamos na ação dos outros, por comparação com o que fazemos. A formulação de objetivos ambiciosos, desde que os assumamos honestamente, ajuda ao bom desempenho. É importante traçar o caminho, identificar as fases do esforço, as etapas intermédias, etc., monitorizar e ir ajustando o desempenho. Mas para isso é importante responder às três perguntas referidas acima; responder e tirar lições.

A experiência que melhora não assenta em trabalhar muitas horas e dias seguidos em piloto automático. Poupa-se energia e liberta-se tempo,

mas ignoram-se erros, não se avalia o feedback, e uma pessoa mantém-se inflexível e não aprende. Fazer equivaler muito tempo, a chamada muita experiência, a muita competência é precipitado. Experiência é aprender com os erros, com os nossos e os dos outros, e melhorar ao longo do tempo. Em grande parte, estudar é aprender com o que outros fizeram bem e mal. Por isso, à medida que o conhecimento progride e, em geral, as pessoas melhoram a sua preparação, quem não aprenda nada de novo não fica na mesma, mas pior.

A confiança e o desempenho

Se para melhorar, os desafios e a aprendizagem são decisivos, a confiança também o é. Confiante, uma pessoa tem mais bem-estar físico e emocional, trabalha melhor, raciocina mais depressa, é mais criativa e arrisca mais. Mas a confiança e a competência nem sempre evoluem no mesmo sentido. A competência vem da aprendizagem e do estudo. A confiança, mesmo sem motivos para isso, pode assentar apenas do passar do tempo.

À medida que o tempo passa, uma pessoa tende a pensar que conhece os cantos à casa, que é mais capaz. Essa convicção pode facilitar a melhoria de desempenho. Por exemplo, quem fez muitas apresentações públicas, tende a estar confiante perante uma nova apresentação. Quando chega a momento, tem uma presença positiva, movimenta-se à vontade, ocupa o espaço com tranquilidade, gesticula e expressa-se bem. O passar do tempo, apesar de em si mesmo não melhorar a competência técnica, tende de facto a melhorar a confiança, podendo, por isso, facilitar um bom desempenho. No entanto, não pode deixar de referir-se o caso em que o excesso de confiança é prejudicial ao desempenho; levou a uma menor preparação, a uma concentração fraca, etc. É conhecido o desabafo: ‘estavas demasiado confiante e por isso correu mal.’

A confiança é um jogo mental, subconsciente na maior parte do tempo. Em geral, pode dizer-se que é melhor estar confiante do que não estar. O que fazemos depende das nossas capacidades, mas essas capacidades na prática concreta — estar concentrado, puxar pela memória, raciocinar rápido, ter energia, etc. — dependem de vários fatores, como, por exemplo, a confiança que temos no momento. Confiança a menos pode levar a fazer mal, hesitar, não decidir, adiar — não falamos, não propomos, não decidimos, não arriscamos e a oportunidade passa. Confiança a mais, por outro lado, pode levar, de igual modo, a fazer mal

— muito confiante, por exemplo, por uma questão de feitio, por convicção sem justificação, ajuda a que corra mal. A confiança, sem motivos, tende a tornar o desastre mais perto. Ninguém consegue ter sistematicamente um bom desempenho apenas porque está confiante. A confiança não substitui a preparação e a competência; apenas as potencia.

Cada um terá mais jeito para umas coisas e menos para outras. Esse talento pode ser importante se for aproveitado para aprender e inovar, para trabalhar mais do que os outros. O talento pode ser útil para proporcionar um começo, um início, vantajoso. Mas tem que se fazer a corrida na mesma. Para atingir o alto desempenho é necessário trabalhar esforçadamente, aprender, melhorar e inovar e, sobretudo, tem que se ser persistente. A determinação é importante para atingir o alto desempenho.

Entre os melhores toda a gente trabalha muito e tem jeito para o que faz. Uma determinação inteligente, que não insiste no que não funciona, que se adapta, que aprende as lições do que passou, é o mais importante. Há anos, Luís Figo, um dos Bolas de Ouro portuguesas, questionado sobre se na sua infância e adolescência outros jovens com quem havia treinado futebol poderiam ter ido tão longe como ele, comentou: «Tive muitos companheiros muito melhores do que eu; mas que por uma razão ou outra não chegaram ao topo: a qualidade não é o mais importante. Dedicção, treino, persistência, mentalidade, paixão: isso supera 100 vezes a qualidade técnica individual.»

A determinação começa na forma como se encara o que fazemos. Na mentalidade que corporizamos, naquilo em que honestamente acreditamos. Não basta desejar ou esperar que corra bem. O que faz diferença é a lição aprendida em cada dia. Vontade de vencer todos têm, comentou Paul Bryant (1913-1983), treinador de futebol americano, «é a vontade de preparar para vencer que é importante»; estudar e trabalhar bem, quer dizer, prepararmo-nos melhor do que os outros. Se a isso, se juntar a boa forma física e mental, estar bem dormido, com uma boa postura, então é provável que se acredite que vai correr bem, que se esteja confiante. E acreditando, uma pessoa tem mais energia, pensa mais rápido, é mais criativa e decide mais depressa. Em suma, tem melhor performance.

As duas mentalidades

Simplificando pode dizer-se que existem duas mentalidades: uma ajuda ao sucesso, outra ao insucesso. A primeira assenta nas lições aprendidas, a segunda na obsessão em não cometer erros, em fazer tudo

bem à primeira. Esta última mentalidade, obcecada com os julgamentos dos outros, dificulta a alta performance (Dweck 2020).

A mentalidade que facilita o sucesso, paradoxalmente, não é focada no sucesso, mas na aprendizagem e na adaptação. Trata-se de uma mentalidade de progresso, de desenvolvimento e crescimento. A mentalidade que dificulta o êxito, por seu lado, foca directamente o sucesso e preocupa-se em evitar erros e avaliações dos outros. É uma mentalidade estática, fixa no que respeita aquilo que acreditamos que somos, procurando evitar a todo o custo que as coisas corram mal, o que muitas vezes se traduz em não fazer, não arriscar, adiar, arranjar desculpas, culpar os outros, fazer batota.

Esta mentalidade fixa, que nos afeta em graus diversos, porque de alguma forma se trata de uma herança cultural, assenta na crença de que cada um é como é, que as qualidades e os defeitos não mudam, e que é responsabilidade de cada um tirar o melhor partido da maneira como se é. Para esta mentalidade, o grande desafio é provar aos outros e a nós próprios que temos qualidade, que somos capazes e vencemos.

Mas ninguém vence sempre. Quem tem mentalidade fixa abana quando as coisas correm mal. Sente-se posto em causa, não nesta ou naquela tarefa, mas ele próprio, quem é, nas suas capacidades e talentos. Para a mentalidade fixa um insucesso pode ser arrasador... “talvez não tenha a qualidade que pensava... não seja quem pensava ser.” Depois vem o pior: a mentalidade fixa sugere que é melhor não arriscar, uma pessoa defender-se e jogar pelo seguro. Trata-se de uma atitude que não aceita lições, por isso, de uma atitude que não ajuda a melhorar e a ter sucesso.

A outra mentalidade, a de desenvolvimento, assenta na crença de que as pessoas naturalmente mudam, aprendem e melhoram. Acredita que se pode melhorar as capacidades e o desempenho se se trabalhar para isso e se uma pessoa se esforçar. Para esta mentalidade, o insucesso não é aterrador. É importante: trata-se de um desafio, uma oportunidade para aprender. Para a mentalidade de desenvolvimento tanto os sucessos como os insucessos são vistos como transitórios. A responsabilidade de cada um é aproveitar as oportunidades e melhorar.

Mas a mentalidade não é tudo, obviamente. Uma pessoa pode acreditar na melhoria e na aprendizagem, e não se esforçar. E pode ter mentalidade fixa e conseguir vencer. Aliás, a crença de que somos os melhores, como referimos acima, pode facilitar que as coisas corram bem. O problema de fundo, que acabará por trazer maus resultados e

frustração, é a crença de sermos capazes assentar na ideia das capacidades inatas e não na relevância do esforço, da aprendizagem e da melhoria. Se acreditarmos que temos uma espécie de direito a ganhar, um dia vamos ser surpreendidos — o insucesso vai colocar em causa quem acreditamos ser. Se pelo contrário, acreditarmos que vamos vencer porque nos preparámos, esforçámos, porque aprendemos, melhorámos e estamos confiantes, então as coisas tendem a correr bem; mesmo que não ganhemos.

Não passa um dia sem que se ouça que errar é importante. Que o erro faz parte da inovação e do caminho para o sucesso. A questão do erro, no entanto, é complexa. O erro, em si mesmo, este ou aquele erro, não é o relevante. O que faz diferença quando erramos é o contexto individual, organizacional, comunitário, em que esses erros acontecem. Não é o erro, é o que se fez depois de errar.

O medo de errar é uma consequência da crença que as pessoas são como são. Nascer com determinada personalidade, inteligência e capacidades, e não mudam (Mangels, Butterfield, Lamb, Good, e Dweck 2006; Dweck 2006, 2008). Se cada um é como é, errar uma vez significa poder errar muitas, não ser capaz, não ser competente. Se assim é, o melhor é não arriscar.

Mas as pessoas não são estáticas. As provas científicas da plasticidade do cérebro, do sistema nervoso, do corpo humano, do ser humano como um todo, têm-se acumulado. O cérebro não se desenvolve apenas na infância, mas ao longo de toda a vida, embora com menor intensidade na idade adulta. Dependendo do que lhe é solicitado, mesmo na velhice, o cérebro regista sempre criação de neurónios e novas conexões; quer dizer, novos conhecimentos e novas capacidades (Levitin 2020; Harris, Caroline, Wendy and Deary 2016; Maguire, Woollett, and Spiers 2006; Sharot 2018; Doidge 2007; Merzenich 2013). É neste contexto que se deve pensar o erro e o sucesso.

Numa perspetiva neuronal, os erros podem ser tão ou mais recompensadores do que os êxitos (Palminteri, Khamassi, Joffily e Coricelli 2015). O cérebro humano tem dois modos distintos de aprender: um, procurando não cometer erros, treinando-se para os impedir, aprendendo a evitá-los; o outro, o mecanismo de recompensa química, que dispara quando se atinge o resultado desejado. Contudo esta investigação descobriu que cometer erros pode também disparar recompensas — desde que a oportunidade para aprender esteja ligada ao erro. Quer dizer, desde que a pessoa tenha mentalidade de desenvolvimento. Quem

tem mentalidade fixa, por mais que diga que errar é importante, verdadeiramente não acreditamos, e não tirará partido das vantagens dos erros.

No quadro da mentalidade fixa, focada no talento, no jeito e nas capacidades, geralmente vistas como inatas, a ideia de que errar é positivo é pouco simpática. Está em voga dizer que errar é positivo, mas muita gente não acredita. Não pode ser de outra forma, porque só no quadro da mentalidade de desenvolvimento, e da disponibilidade para uma pessoa se esforçar e responsabilizar, se pode, de facto, viver bem com os erros. A mentalidade fixa é a mentalidade de alguém que face a um resultado muito bom, de imediato nos diz que não fez esforço algum... isto é, sugere aos outros e a si mesmo que é assim que sempre foi, de qualidade, naturalmente capaz.

O insucesso mexe com uma pessoa, chama a atenção e emociona. Trata-se de um momento de questionamento, de abertura e disponibilidade, é uma altura para aprender. É importante não virar a cara. Neuralmente, quando para a pessoa os erros estão ligados à aprendizagem, às lições que se retiram do que acontece, o insucesso é um bom contexto para o sucesso. A importância dos erros, por isso, depende da mentalidade. Se se acreditar que cada um é como é, por mais que nos esforcemos, os erros vão pesar. Pelo contrário, se se acreditar que as pessoas são maleáveis e que o desempenho é uma consequência do esforço, os erros podem ajudar. Esta última crença não é apenas mais útil, mas é cientificamente justificada.

A mentalidade de desenvolvimento assenta na convicção de que as pessoas são maleáveis. Acredita que qualquer um pode melhorar e que o desempenho concreto é uma consequência da preparação, do esforço e da vontade. Neste quadro, biologicamente errar pode ensinar mais depressa do que acertar. Porque o erro facilita a reação e a adaptação, o que acelera a aprendizagem; mas é necessário ter mentalidade de crescimento.

O beco sem saída

Um dos aspetos que mais ajuda a fazer bem, a resolver, a aprender e ir em frente, é a necessidade. Precisar mesmo, não poder correr de outra forma. Esperar pelo momento ideal para fazer as coisas pode não ajudar. Porque se espera e espera e tarda-se em fazer. Mesmo que surja a situação ideal, ela pode não facilitar a performance. Quando as coisas estão

tranquilas e se está descansado, o mais provável é que nada de especial aconteça. «Ter êxito não é ter condições de êxito... é mesmo ter êxito. Condições de palácio tem qualquer terra grande, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?», escreveu Bernardo Soares (Pessoa 1982:85)

A vida surge na fronteira do caos, mostram as ciências da vida. É quando tudo se altera, quando a matéria é instável, que surgem os sistemas vivos, sistemas que se adaptam, mudam e florescem. A noção longo-equilíbrio, oriunda das ciências da complexidade, indica que os seres vivos, e por isso, de alguma forma, também as pessoas e as organizações humanas, sobrevivem e prosperam em situações instáveis, em condições de desequilíbrio. Ou seja, não é numa situação harmoniosa que um profissional consegue dar o seu melhor. Pelo contrário, é numa situação desequilibrada, de desafio, numa crise, numa pandemia. O desequilíbrio pode ajudar a crescer e a melhorar. Em prazos apertados, com a agenda cheia, muitos profissionais trabalham melhor. Concentram-se mais facilmente e a produtividade dispara. Os estudantes sabem que é assim: na véspera do exame estudam com particular eficácia. Entre profissionais é conhecido o conselho: se queres uma tarefa feita dá-a a alguém com uma agenda cheia.

Ao contrário do pensamento científico tradicional que não aceita facilmente o desequilíbrio, a perspetiva científica da complexidade recebe-o bem (Prigogine e Stengers 1989; Morin 2003; Wheatley 1999; Anderson 1999; Arthur 1999). O desequilíbrio pode ajudar a crescer e a prosperar. Situações existem, no entanto, onde o desequilíbrio vem de nós próprios. Por exemplo, assumir publicamente um desafio difícil, estabelecer um compromisso público, ajuda uma pessoa a dar o seu melhor, a focar-se e a conseguir uma performance de topo — «até ao fim do ano temos a lâmpada elétrica», assumiu publicamente Thomas Edison, depois de ter falhado dezenas e dezenas de vezes; «até ao fim da década colocamos um homem na Lua», comprometeu-se publicamente John Kennedy, Presidente dos EUA; «tenho a certeza que para o ano vamos ser campeões nacionais», garantiu José Mourinho em conferência de imprensa, acabado de chegar ao Porto, então no sexto lugar do campeonato nacional de futebol; «tenho a certeza que vou ser campeão do mundo», disse o motociclista Miguel Oliveira há alguns anos, e desde então não tem parado de progredir; e muitos outros exemplos poder-se-iam dar. O desafio, o compromisso público, evidentemente, não determina resultado algum. Mas desequilibra e facilita que nos esforcemos e consigamos uma boa performance.

Por vezes está-se num beco sem saída. Clarice Lispector, escritora brasileira, escreveu: «todos aqueles que fizeram grandes coisas fizeram-nas para sair de uma dificuldade, de um beco sem saída». Encontrou a frase, escrita em francês, num caderno de notas antigo e diz que não sabe quem a terá escrito, mas que «não interessa, porque é uma verdade da vida» — uma lição da vida.

As condições para a alta performance, geralmente, não incluem a estabilidade. Uma boa situação, tranquila, com tempo, recursos, pouca pressão e sem arriscar grande coisa, não costuma ajudar. Um desafio, um certo nível de pressão, algum stress, ajudam o crescimento, ajudam a ter melhor performance. O desequilíbrio, o beco sem saída, uma crise, uma pandemia, uma subida do stress e da ansiedade, individual e coletiva, podem levar ao desenvolvimento de capacidades novas, a melhores performances, ao retirar de lições para o futuro.

O stress é um mecanismo biológico-cultural de adaptação e parece ser necessário para a performance de topo. Stress a mais dá mau resultado. Stress a menos leva a desempenhos menores. No entanto, as mais altas das altas performances parecem assentar na capacidade paradoxal de uma pessoa manter os níveis de confiança e de stress simultaneamente elevados.

Em geral, pode dizer-se que a subida da química do stress tende a ser acompanhada pela descida da química da confiança, mas nem sempre é assim e nem sempre esse cenário é favorável ao desempenho. O stress que desconcentra e cansa, que turva o entendimento e precipita a ação, é prejudicial, faz subir o cortisol, a química da atenção, preocupação e ansiedade, para níveis destrutivos e provoca baixas na testosterona, a hormona da confiança, da competição e do desempenho. Existe, no entanto, um certo nível de stress sem o qual uma pessoa não se esforça, não dá o seu melhor. O importante é descobrir o nível ótimo de stress, o ponto em que a concentração, a energia, a atenção e a confiança estão altos. Na alta competição desportiva, o stress é importante para o desempenho de topo (Fabritius 2017). Foi constatado que em desempenhos excecionais, os atletas apresentam muitas vezes níveis simultaneamente elevados de testosterona e de cortisol. Ou seja, estão muito confiantes, muito atentos e muito stressados. Estão stressados, mas gerem bem esse stress, direcionando-o para o entusiasmo, para a ação, para o esforço. Aceitam a situação desequilibrada em que se encontram e respondem dando o máximo.

Há 100 anos, numa experiência laboratorial constatou-se que um grupo de ratinhos colocados num labirinto descobriam a saída mais depressa se fossem sujeitos a pequenos choques elétricos, geradores de stress. No entanto, se os choques fossem demasiado potentes, os ratinhos entravam em pânico e não descobriam a saída. O mais eficaz para descobrirem a saída não era a ausência dos choques elétricos nem a sua grande intensidade, mas um nível moderado de choques elétricos; ou seja, um nível razoável de stress.

O stress ajuda a atingir níveis de atenção e de concentração necessários para a alta performance. Sem esse stress, sem essa pressão extra, uma pessoa pode descontrair-se, não se esforçar e as coisas ficam longe do seu melhor. Por outro lado, demasiado stress, mais e mais deadlines, tarefas infundáveis, trabalhos e responsabilidades uns atrás dos outros, as pessoas não aguentam; erram, zangam-se, ficam ansiosas, têm ataques de pânico, ficam doentes.

Ter um objetivo significativo parece ser também importante para o desempenho de topo. Um objetivo, um propósito, uma vocação, uma finalidade, são centrais para o alto desempenho. Não necessita ser ganhar o Prémio Nobel ou criar uma start-up unicórnio. Não se trata do que se faz, mas do modo como vivemos o que fazemos.

Porque fazemos o que fazemos? Questionam a ciência e a filosofia há milénios. «Por vontade de prazer», escreveu Sigmund Freud (1856-1939), o fundador da psicanálise; «por vontade de poder», escreveu Friedrich Nietzsche (1844-1900), o filósofo alemão; «para sobreviver», escreveu Elias Canetti (1905-1994), Nobel da Literatura em 1982. Respostas elucidativas, mas longe da melhor de todas elas: «por vontade de significado», de Victor Frankl (1905-1997), psiquiatra austríaco, sobrevivente dos campos de concentração nâzis. Ecoando a sua experiência de tempos sombrios, Frankl (1988) escreveu «quem tem um porquê aguenta qualquer como».

A vida cheia é uma vida significativa, ao serviço de uma causa, ao serviço dos outros e do mundo. Quando, nos anos 60, o Presidente John Kennedy visitou a sede da NASA em Houston, Texas, à saída das instalações perguntou a um trabalhador qual era o seu trabalho na organização. «Ajudo a pôr um homem na Lua», respondeu ele. Podia ter dito que limpava as instalações e despejava o lixo. Um objetivo motivador, um propósito significativo, é algo estável e envolvente à volta do qual se pode basear o dia-a-dia. É algo que pode mudar a vida dos outros, uma comunidade, o mundo.

Um estudo publicado na revista *Research in Organizational Behavior* (Wrzesniewski, Dutton e Debebe 2003) apresenta uma análise do dia-a-dia de uma equipa de limpeza num hospital dos EUA. Alguns profissionais sentiam o trabalho apenas como um emprego, sem interesse nem significado especial. Outros, no entanto, sentiam que o que faziam afetava o trabalho de outros profissionais, bem como o bem-estar dos doentes. Eles procuravam interagir com as enfermeiras, com os médicos, com os doentes e os visitantes. Sentiam que estavam a contribuir para o bom funcionamento do hospital e para a recuperação dos doentes. Estes profissionais tinham melhor satisfação com a vida do que muitos outros profissionais do hospital, por mais alto que estivessem na hierarquia organizacional, que não sentiam o seu trabalho como especialmente significativo.

A caixa preta

Atingir sistematicamente os objetivos, ter um alto desempenho, é um processo difícil. A indústria da aviação tem uma lição importante sobre o assunto: a caixa preta. A caixa preta regista o que se passa nos sistemas mecânicos, informáticos e humanos de um avião. O seu racional são os detalhes e a ultrapassagem dos erros. Quando as coisas correm mal, a caixa preta é importante. Não apenas para esclarecer o que aconteceu, ao ter dados que permitem compreender onde e como as coisas falharam, mas, mais importante, ao possibilitar a melhoria e a alteração de práticas que impeçam que erros ou acidentes do mesmo género aconteçam no futuro.

A 15 de agosto de 2009, momentos depois de ter levantado voo um avião da US Airways chocou com um bando de pássaros e ficou com os dois motores avariados. Num dia muito frio, o piloto aterrou o avião no rio Hudson, em Nova Iorque, com a água do rio à temperatura de 2 graus centígrados. Quando se pergunta porque o piloto que aterrou esse avião, salvando 155 pessoas, foi sujeito a um inquérito exaustivo sobre se havia feito o que devia, a resposta é porque se quer ser melhor no futuro. Porque se quer aprender com o que se passou. Acabou bem, mas podia ter corrido mal. Mesmo tendo corrido bem, a amaragem no rio podia não ter sido a melhor opção. Por isso, antes de ser o herói da história, o capitão do avião e a sua equipa foram sujeitos a um inquérito rigoroso. Na aviação, os erros pagam-se muito caro.

A investigação do que correu mal, do que aconteceu fora do comum, é central na melhoria contínua que é a história da aviação. O que se

passou no rio Hudson em agosto de 2009, “um milagre” como foi descrito pelos media mundiais, foi possível graças a 100 anos de progressos, de melhorias constantes, resultantes do estudo de acidentes anteriores. A amargem beneficiou de sistemas automáticos de correção de pilotagem, hoje instalados em todos os aviões Airbus, melhorando, ao segundo, a inclinação do aparelho até ao contacto com a água. A checklist que os pilotos utilizaram para amargar no rio Hudson — hoje standard em situações de emergência — foi elaborada na sequência de uma série de acidentes aéreos ocorridos a partir de 1930. Na aviação, como em qualquer outra atividade, o sucesso é construído com base nas lições que se retiram do que correu mal.

De Darwin às neurociências, o estudo do alto desempenho confirma que o modo como se reage é o que faz a diferença. Quem tem sucesso, grupos ou comunidades que prosperam, reage à mudança que o rodeia, adaptando-se melhor do que outros.

Vejamos um exemplo de insucesso, lições aprendidas e sucesso: um processo de fabrico de detergentes na Unilever desenvolvido com base nos erros cometidos (Syed 2016). Pretendia-se desenvolver uma tubagem de alta pressão onde na passagem do pó e do vapor não se formassem grânulos. Numa primeira fase, físicos e matemáticos qualificados não conseguiram resolver o problema: continuavam a formar-se grânulos. O caso foi de novo estudado, em maior detalhe, e foi desenvolvido um modelo otimizado; mas também não funcionou. Em desespero de causa, a empresa virou-se para uma outra equipa de profissionais: biólogos. Não eram qualificados em tecnologia, mas eram especialistas em mecanismos de adaptação. Primeiro fizeram uma ligeira modificação no modelo otimizado e viram o resultado; depois uma outra e outra ainda; centenas de modificações. Testaram, rejeitaram o que não resultava e mantiveram o que melhorava o funcionamento do modelo. Por vezes o modelo melhorava em 1% ou menos. Depois de 449 erros e de 45 gerações de tubagens, os biólogos concluíram o trabalho: o modelo não formava grânulos e funcionava bem. Tiveram sucesso sem plano. As lições e a aprendizagem foram o caminho. Não se trata de fazer, bem ou muito bem. Não se trata de qualificações ou especialidades. Trata-se de fazer, observar o que se passa e reagir, adaptar, mudar e melhorar.

Sem esforço, sem aprendizagem, sem melhoria, não vai acontecer. O dia-a-dia de um profissional, os detalhes, o registo do que funcionou e do que não funcionou, é a sua caixa preta. A matéria bruta onde incide o esforço, honesto e persistente, para melhorar. «Todos os grandes artistas

foram grandes trabalhadores, incansáveis não só em inventar, mas também em reprovar, examinar, transformar, ordenar», escreveu Nietzsche (1998, nº155, p. 83). Mas o esforço, por si só, também não é decisivo.

O problema do trabalho, do esforço e da dedicação é o da relevância que têm para os resultados. Pode trabalhar-se muito e dedicadamente e mesmo assim não atingir os objetivos. Os outros fizeram melhor, o que fizemos não foi relevante para os objetivos, o acaso não ajudou. Trabalhar muito, por vezes, é uma armadilha. Dá a sensação de que se fez o que se podia, que nos esforçámos e que, por isso, se eventualmente as coisas vierem a correr mal, não seremos responsáveis.

Na sequência da pandemia do COVID-19, o aumento do teletrabalho tem mostrado duas coisas importantes. Por um lado, reforçou que o que importa são os resultados; o processo de trabalho é importante, evidentemente, se focado e quando contribui para os resultados. Por outro lado, o aumento do teletrabalho mostrou também que alguma coisa ou muito do que faz no local de trabalho não tem relevância para a performance das organizações. Lembra o comentário conhecido, algo cínico, que muito boa gente passa metade do tempo a resolver os problemas que criou na outra metade. Um dia, interrogado sobre quantas pessoas trabalhavam no Vaticano, o Papa João XXIII afirmou: «cerca de metade».

Um problema de base em muitas organizações é o de a sua cultura e os seus sistemas de remuneração estarem ligados à perceção do esforço despendido e não aos resultados obtidos. Quando a realidade é complexa, quando não se sabe bem porque se faz o que se faz, o esforço, ou antes, a perceção do esforço, tende a eclipsar a relevância dos resultados. Dan Ariely, da Universidade de Duke (EUA) (Ariely 2010), conta a história de um serralheiro que à medida que ia melhorando a qualidade do serviço, diminuindo o tempo de execução dos seus trabalhos, começou a receber protestos dos clientes pelos preços praticados, apesar de os preços se manterem inalterados. Quanto mais as entregas eram mais rápidas, mais os clientes pensavam que o esforço despendido pelo serralheiro era menor, apesar de a qualidade do serviço ser melhor.

Os inimigos da alta performance

Na generalidade das atividades, ser um profissional de topo não é possível sem anos de prática dedicada, baseada nas lições aprendidas, focada em aprender, melhorar e inovar: a prática deliberada (Ericsson 1999; Ericsson e Pool 2017). O feedback e a melhoria são necessários

para o alto desempenho, embora a relevância de cada um destes aspetos varie de atividade para atividade. Na música ou no xadrez, por exemplo, a prática deliberada parece ser mais relevante do que na liderança ou no empreendedorismo.

Por outro lado, quanto mais extraordinária é a performance menos ela parece ser explicada, apenas, pela prática deliberada, pelo trabalho dedicado e pela melhoria contínua. No top 1% ou 2% dos profissionais, seja na alta competição, na música ou nas empresas, todos os profissionais praticam intensamente, melhoram e inovam. Nesses níveis de topo o que diferencia os profissionais, os melhores entre os melhores, parecem ser diferenças fisiológicas, questões de personalidade ou de determinação, bem como o tempo efetivamente afeto à competição e às inovações que introduzem na atividade.

A inclinação de cada um, os gostos e habilidades, da infância à idade adulta — por exemplo, ter mais jeito para atividades em grupo ou individuais, a curiosidade, a vontade de liderar, a facilidade no raciocínio lógico ou no relacionamento pessoal —, podem pesar nas possibilidades de sucesso. E podem manifestar-se decisivamente quando se compete no topo dos topos. Mas, para isso, é preciso saber retirar lições do que vamos fazendo bem, menos bem e mal.

O que para cada um de nós é mais natural, o talento à nascença, o que se faz bem facilmente e o que gostamos de fazer, através da prática deliberada pode, de facto, conduzir a capacidades acima da média. Mas a verdadeira excecionalidade, o topo do topo, só se atinge quando essas capacidades que nos fazem ser um profissional muito bom são sujeitas a novos esforços, a nova prática intensa, a melhorias e a inovações (Duckworth 2016). Mais uma vez, a vontade, a confiança e a determinação fazem diferença.

O importante não é quem somos ou deixamos de ser. O que faz diferença é o que fizemos, o que aprendemos, e o que vamos fazer. O talento natural pode fazer bons profissionais, mas não faz profissionais excecionais. A prática deliberada é muito importante, mas também não chega. A determinação e a vontade têm sempre lugar na alta performance.

Grosso modo, pode dizer-se que os inimigos do alto desempenho são três. O mais comum, confirmado vezes sem conta, é adiar, deixar andar, não ter rigor, não ter sentido de urgência, e não focar o trabalho no que faz diferença. É necessário um certo tipo certo de trabalho, focado nos aspetos chave, na aprendizagem e na ultrapassagem dos erros. Admitir os erros é central para melhorar.

O segundo inimigo da melhoria é o insucesso. O que correu mal ontem pode levar a que o que faremos amanhã também corra mal, continuando um círculo vicioso. Dois projetos autónomos podem ligar-se por maus motivos. Algo não correu bem, sentimo-nos mal, desmotivamo-nos, e atribuímos responsabilidades a outros... Não analisamos o que sucedeu, não retiramos lições e não melhoramos. O insucesso de ontem vai ser um desmotivador, que pode armadilhar o sucesso de amanhã. Nunca corre tudo bem para ninguém. A aceitação dos erros é a base da melhoria, e o insucesso pode ajudar, quando nos alerta e nos faz recomeçar mais capazes e motivados.

Mas a alta performance tem ainda um outro adversário, mais subtil: o próprio sucesso. Correu bem, tivemos um desempenho de qualidade, atingimos os objetivos e... descansamos. Um dos perigos desta situação é uma pessoa convencer-se de que venceu porque é melhor do que os outros, que ganhou porque tem um talento especial. Recolhem-se os louros, desacelera-se e espera-se pelo próximo desafio. Mas, se esta espera for feita com menos trabalho, menor preparação e menos aprendizagem, o novo desafio vai correr mal. Com a confiança em alta (o que é bom), preparamo-nos menos (o que é mau). Abrandamos, e o insucesso vai acontecer.

Tudo pode desajudar: a falta de trabalho e de rigor faz com que corra mal; o insucesso desmotiva-nos e faz-nos desistir; e o sucesso faz-nos descansar. Ou tudo pode ajudar: o trabalho, a determinação e a aprendizagem marcam o dia-a-dia; o insucesso é uma lição, uma fonte de aprendizagem; e o sucesso, outra lição, é uma base para novos e mais ambiciosos objetivos. Depende da mentalidade que temos e da atitude que colocamos no dia-a-dia.

O mais importante, e que deve responsabilizar todos e cada um, é a descoberta de que o que pesa para o alto desempenho é o que se faz no dia-a-dia e não o que somos ou deixamos de ser. Comentários do género “isso é o Manuel, que é um talento... isso é a Maria que nasceu para a matemática... isso é o Miguel que já tocava piano aos quatro anos...”, esse tipo de desculpas não colhem mais.

Dezenas de investigações de casos de sucesso de visibilidade mundial apontam o mesmo. De Mozart aos Beatles, de Mourinho a Ronaldo, de Picasso a Bill Gates, às irmãs Williams, a Tiger Woods, a Usain Bolt, a Jorge Fonseca e a Diogo Ribeiro, em nenhum destes casos de desempenho extraordinário esteve ausente a prática dedicada, esforçada, concentrada em aprender, melhorar e inovar, ao longo de muito tempo. A alta

performance assenta nas lições aprendidas, no esforço, continuado e na melhoria. Trabalho, muito trabalho é necessário, mas pode não chegar. É necessário melhorar e, se possível, inovar. Para isso é fundamental tirar lições do que correu mal e do que correu bem, procurando feedback e melhorando.

Qualquer um pode melhorar. Exige esforço e trabalhar com base na avaliação do que fizemos, fazer de novo e melhorar. A prática é decisiva. Para ser aquilo que tantos chamam “génio”, de facto, “não é preciso ser um génio” (Ericsson e Pool 2017). Paradoxalmente, pode mesmo ser vantajoso não ter vantagens à partida. Por exemplo, no xadrez muitos jogadores com um QI (quociente de inteligência) alto, mas não tão alto como o dos colegas com os QI mais elevados, sentindo uma desvantagem, treinam mais e esforçam-se mais do que todos os outros, vindo a dominar o topo dos rankings mundiais, à frente dos jogadores de QI mais altos.

O mesmo pode passar-se com o fenómeno da eventual qualidade superior dos irmãos mais novos. Mozart era o mais novo de seis irmãos. As irmãs Williams foram das melhores tenistas de sempre, sendo que Serena, a mais nova, ganhou mais torneios de topo do que Vénus, a irmã mais velha. As irmãs Polegar no xadrez mundial — Sofia, Susan e Judite —, afirmaram-se como as melhores de todos os tempos. Judite, a irmã mais nova, foi a melhor das três um dos melhores xadrezistas de sempre. Foi Grande Mestre aos 15 anos de idade, mais nova do que Bobby Fisher, tendo vencido campeões, como Kasparov ou Karpov.

Porquê Judite, Serena, Mozart? Porquê os mais novos? Nem sempre assim é, mas quando o ambiente é a aprendizagem e a melhoria contínua, quando se procuram lições em tudo o que se faz, e a prática e os métodos vão melhorando, os mais novos são beneficiados. Aprendem as lições do que se passou com os mais velhos, treinando mais tempo com métodos e práticas mais eficazes; ou seja, partem mais à frente e por isso vão mais longe.

Ninguém se torna excecional porque de súbito descobriu a sua vocação. São necessários anos de prática deliberada, focada em melhorar e inovar. Podem ser as famosas dez mil horas de melhoria (Gladwell 2008). Mas podem ser menos ou podem ser mais.

Uma questão importante no alto desempenho é o profissional parar de melhorar, perder determinação, começar a facilitar e conformar-se com desempenhos razoáveis (Duckworth 2016). Se se ouvir profissionais, artistas e atletas excecionais, vai notar-se uma ideia importante,

comum ao discurso de todos eles: melhorar. Melhorar é o objetivo da prática de todos os dias, é sempre possível melhorar alguma coisa. Os excepcionais não nasceram excepcionais. Tornaram-se excepcionais, fizeram-se excepcionais, com as lições aprendidas no dia-a-dia, sendo persistente, focando os detalhes, inovando e surpreendendo.

O ambiente é importante. Uma cultura de mérito, focada na melhoria, na criatividade, na inovação e na competição, ajuda a ir mais longe. As melhorias concretas são decisivas, as pequenas ações no dia-a-dia, focadas nos aspetos mais relevantes da atividade em causa. Pode ser a forma como executo uma dada tarefa, o tempo que levo a concluí-la ou como finalizo um relatório; como me motivo e giro o meu tempo; como me relaciono com este ou aquele colega; como descubro oportunidades, etc. Todas as semanas, procurar melhorar alguma coisa, trabalhar nos limites da capacidade, não repetir o fácil, nem tentar o imensamente difícil, mas procurar o exigente, difícil, mas possível. Esta maneira de trabalhar, recompensadora na aprendizagem em si mesma, ao fim de alguns anos tende a levar a resultados extraordinários.

A paixão pelo que se faz ajuda, evidentemente. A melhoria contínua é muito exigente, mental e fisicamente. Gostar do que se faz, emocionarmo-nos e envolvermo-nos, facilita a alta performance. Mas não chega: retirar lições do que se fez, e fazer melhor, todos os dias ou todas as semanas ou todos os meses, é a chave. Não devemos esquecer o que Vénus Williams, uma das tenistas que mais venceu torneios do Grand Slam, disse um dia: «nunca gostei lá muito de ténis... mas se bateres meio milhão de bolas de ténis por ano e em todas quiseses melhorar, vais ser campeã do mundo». «Nunca fui um talento, fui sempre muito trabalhadora», comentou Inês Henriques ao sagrar-se Campeã do Mundo dos 50 quilómetros marcha, em Londres, em 2017. Podia ter acrescentado, “foi por isso que venci.”

Quem pode fazer a diferença

As pessoas são maleáveis. Esforçando-se, mudam. Além das competências e dos hábitos, é possível mudar a personalidade, melhorar a inteligência analítica, fortalecer a vontade e a capacidade de decisão. Esta plasticidade tem, no entanto, um outro lado: a responsabilização de cada um pelo que faz e lhe acontece. E nem todos gostam disso.

Ouve-se por vezes que cada um é para o que nasce, sugerindo que o jeito, o talento com que nascemos, ou a falta dele, é o que mais modela

o futuro. Não sendo essencialmente assim, como hoje mostra a investigação científica, a convicção de que é assim, pode ajudar a que acabe mesmo por ser dessa forma. Quem desde a infância ouve dizer que tem muito jeito para isto ou aquilo, para a matemática, a música, a engenharia ou os aviões, pode vir desde cedo a concentrar a atenção no assunto em causa, gostar cada vez mais do que faz, e modelar a sua vontade em função dessa profecia, que dessa forma pode acabar por se concretizar.

As pessoas não nascem, mas algumas tornam-se, excecionais. As histórias mais conhecidas são sobretudo de praticantes de atividades de alta mediatização, como a alta competição desportiva, as artes e a cultura. Mas por todo o lado há profissionais excecionais, gente entre os melhores que se destaca. Gente que se tornou excepcional. Metaforicamente, a pessoa é plástica. Mais parecida com um músculo, que reage, muda e se adapta em função do que lhe é solicitado, do que com um osso. As competências mudam com aprendizagem e o treino. Na prática, mudam as capacidades. Pode melhorar-se a tocar piano, a jogar futebol, a fazer contas, a escrever, a gerir uma reunião, a motivar profissionais, a liderar, etc. A inteligência analítica, medida pelo QI, também pode mudar ao longo da vida. Muda tanto quanto mais a usarmos ou não a usarmos e quanto mais a solicitemos. Na personalidade passa-se o mesmo. O Projeto da Longevidade, baseado na Universidade da Califórnia (EUA), descobriu que cerca de um terço das pessoas muda de personalidade ao longo da vida.

Na base da maleabilidade humana estão mudanças no cérebro, no sistema nervoso, no corpo, que acontecem quando se aprende, quando uma pessoa se esforça, quando quer saber mais e ficar melhor. Os maratonistas não nascem com corações maiores do que o comum das pessoas. Os seus corações ficam maiores depois de muitos anos de treino. Entre os taxistas londrinos, antes do uso generalizado do GPS, a área cerebral do hipocampus — relacionada com a memorização de informação espacial complexa — ganhava um tamanho acima do normal depois de muitos anos de profissão. Mas no caso dos condutores de autocarros não se passava o mesmo: todos os dias a rota era a mesma, e o seu esforço cerebral não tinha comparação com o dos taxistas (Maguire, Woollett, e Spiers 2006).

Somos aquilo em que nos tornamos. James Counsilman, ex-treinador da equipa Olímpica de natação dos EUA, comentou: «somos o que somos por causa das pressões a que fomos sujeitos, e das adaptações físicas e mentais que tivemos que fazer para reagir. Os nossos corpos, as

nossas mentes e as nossas personalidades são o resultado dessas adaptações». O outro lado desta maleabilidade é assumir responsabilidades: tirar lições do que aconteceu e melhorar.

Ninguém duvida de que em tantas crises que o país tem atravessado, da pandemia COVID-19 aos incêndios dos verões, passando por crises económicas várias, muitos dos profissionais envolvidos dão o seu melhor. Mas, por vezes, não chega. Esse é o problema: só o esforço não resolve. Só melhora quem retirou lições do que passou, as aprendeu e surge a cada dia mais bem preparado.

O alto desempenho depende de saber o que focar, onde incidir o esforço, quando parar e quando mudar. Ou seja, o conhecimento, a competência técnica, o saber trabalhar bem e não apenas trabalhar muito, são aspetos críticos para o sucesso. Fazer bem é focar o que faz diferença e desconsiderar o que não adianta, planejar em detalhe e fazer o planeado, de uma forma flexível, adaptando-nos ao concreto que vai surgindo. O sucesso acontece na ação e não nos planos. «Agir, eis a verdadeira inteligência», escreveu Pessoa (1982).

Quem tem sucesso acredita por vezes que tal se ficou a dever à sua qualidade, personalidade, capacidades em geral — a algo inato. Trata-se de uma crença assente num mal-entendido sobre a natureza do êxito. Sendo que por vezes a sorte é importante, na maioria dos casos, com sorte ou sem ela, o êxito assenta no conhecimento, na preparação rigorosa e no trabalho exigente. O jeito e o gosto podem ajudar, mas não determinam nada. A boa performance assenta no conhecimento relevante. Muitas vezes, em conhecimento específico, que não vem nos livros, em conhecimento gerado pelo próprio no seu trabalho concreto, na aprendizagem do que funcionou e do que não adiantou, ao longo de muitos anos.

Depois de planeado e de realizado o planeado, depois de ter corrido bem ou mal, é importante aprender com o que passou, retirar lições do que aconteceu. Sozinho, em sessão de coaching, em grupo de trabalho, é importante responder honesta e detalhadamente: O que aconteceu? O que correu bem? O que correu mal? Porquê? Saber porquê faz diferença. As coisas correram bem ou mal, mas se não se souber porquê, o mais provável é que no futuro corram mal. Em seguida é importante sistematizar: o que aprendemos com este sucesso ou insucesso? O que não vamos voltar a fazer? O que vamos fazer melhor? Quem vai fazer o quê quando? Como vamos inovar? Esta auto-avaliação, este retirar e aprender de lições, é necessária para fazer um profissional, um grupo,

uma organização, um país, mais capazes, mais prósperos, mais competitivos. A responsabilidade, o conhecimento, a ação são o caminho do progresso.

O conhecimento, o que sabemos consciente e instintivamente, são a experiência que deixa emergir o mundo. Aquilo de que estamos convictos, o que acreditamos ser real, geralmente a um nível subconsciente, é o que mais molda o comportamento e causa uma boa parte das ações que empreendemos. Daí a importância do que pensamos naquilo que fazemos e queremos fazer. Escreveu Virgílio, o poeta romano, há dois mil anos: «são capazes os que pensam que são capazes». Talvez o que cada um mais seja, seja o que pensa que é. Que consequências poderá ter o que pensamos sobre nós próprios naquilo que de facto somos? Que influência poderá ter o que pensamos que sabemos, que gostamos, que conhecemos, sobre o que viermos a fazer?

Ninguém, de facto, será rigorosamente como pensa que é. Talvez ninguém seja realmente isto ou aquilo. Ninguém é fixo nas suas capacidades, personalidade, inteligência, etc. A ciência tem chamado a atenção para o facto de o que pensamos sobre nós mesmos poder ser uma causa importante para o que conseguimos fazer. As pessoas não são estáticas, não têm as mesmas características ao longo da vida, podem sempre aprender, ganhar novas capacidades, assumir novos desafios, fazer melhor. A pessoa é maleável e o que queremos fazer, os desafios que assumimos, são influências importantes no seu desenvolvimento (Dweck 2006, 2008).

A educação, a montante dos aspetos acima referidos, é o grande modelador. A educação é a verdadeira causa, não apenas em termos gerais, mas em termos concretos. O desafio da educação não é ensinar, como dizia Heidegger (1972), mas aprender. Ou dito de outro modo, é deixar aprender, gerar e provocar a aprendizagem. Num sentido literal, não é possível ensinar ninguém. O que alguém transmite não é o que o outro capta. Captar, apreender, que é o que é aprender, depende do que cada um já é, do que sabe e do que espera.

A aprendizagem, sendo um apreender, implica necessariamente mudar, e nem toda a gente está disponível. Nem toda a gente está predisposta a ser surpreendida. Aprender é ser capaz de algo novo, de algo que não faz parte de nós e nos leva a pensar de forma diferente, a fazer as coisas de outra maneira, a melhorar o que fazemos. Por isso, a aprendizagem é, a um tempo, o segredo da melhoria, da criatividade, da inovação, da alta performance e de uma boa vida.

Aprender, no entanto, pode ser difícil. Ninguém aprende por nós. É necessária predisposição para ser contrariado, para ser surpreendido, para descobrir que se está errado. A aprendizagem evolui muitas vezes de forma paradoxal: o que era azul afinal é encarnado, e depois passará a ser azul outra vez, mas por motivos diferentes, e apenas em alguns contextos, e depois encarnado de novo, etc. Sem a humildade e a capacidade de aceitar que não é como pensávamos, que não está bem como sempre fizemos, que é diferente e complexo, que o mundo mudou, é difícil aprender.

A força do hábito pesa. Mesmo querendo fazer diferente, pode não conseguir-se. A aprendizagem assenta na vontade, mas também na repetição. Primeiro, descobrir, constatar que não está bem, compreender como fazer diferente. Depois, ter atitude, estar atento e garantir que se faz, de facto, de maneira diferente. Fazer, repetir, interiorizar, apreender e aprender. Só fazendo dos novos comportamentos hábitos, se aprende, de facto. Por vezes, pode ser rápido, num dia ou dois aprendemos e mudamos. Mas geralmente demora mais tempo, quinze dias ou um ou dois meses, forçando o que é novo, repetindo e procurando progredir, focando melhorias que nos motivem para absorver novos comportamentos. Não aprender é mais fácil, mas mais caro — é também uma lição importante da história dos homens.

Referências bibliográficas

- Anderson, P (1999). ‘Complexity Theory and Organization Science’. *Organization Science*, 10(3), 216-232.
- Ariely, D (2010) *Predictably Irrational*. New York: HarperCollins.
- Arthur, B (1999). ‘Complexity and the Economy’. *Science*, 284(April), 107-109.
- Choudhry N, Fletcher R, Soumerai S (2005) “Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care.” *Annals of Internal Medicine*. Feb 15;142(4):260-73.
- Doidge, N (2007) *The Brain That Changes Itself: Stories of Personal Triumph from the Frontiers of Brain Science*. New York: Penguin Books.
- Duckworth, A (2016) *Grit — O Poder da Paixão e da Perseverança*. Lisboa: Vogais.
- Dweck, C (2008) “Can Personality Be Changed? The Role of Beliefs in Personality and Change”, *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 17 — 6.
- Dweck, C (2020) *Mindset — A Atitude Mental para o Sucesso* (3ª Edição). Lisboa: Vogais.
- Ericsson, K e Pool, R (2017) *Peak: Secrets from the New Science of Expertise*. London: Eamon Dolan Books.

- Fabritius, Friederike (2017) *The Leading Brain*. New York: Tarcherperigee.
- Frankl, V (1988) *The Will to Meaning*. New York: Penguin Books.
- Gladwell, M (2008) *Outliers*. Lisboa: Dom Quixote.
- Harris, M, Brett, C, Johnson, W e Deary, I. (2016) “Personality Stability From Age 14 to Age 77 Years”, *Psychology and Aging*, Vol. 31, No. 8, 862-874.
- Heidegger, M (1972) *What is called thinking?* New York: Harper & Row.
- Heidegger, M (1984) *Early Greek Thinking: The Dawn of Western Philosophy*. San Francisco: Harper & Row.
- Kahneman, D (2011) *Pensar, Depressa e Devagar*. Lisboa: Temas e Debates, Círculo de Leitores.
- Levitin, D (2020) *Successful Aging: A Neuroscientist Explores the Power and Potential of Our Lives*, New York: Dutton
- Lispector, C (2013) *A Descoberta do Mundo*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Maguire, E, Woollett, K e Spiers, H (2006) “London Taxi Drivers and Bus Drivers: A Structural MRI and Neuropsychological Analysis”, *Hippocampus* 16:1091-1101.
- Mangels, J, Butterfield, B, Lamb, J, Good, C e Dweck, C. (2006) “Why do beliefs about intelligence influence learning success? A social cognitive neuroscience model”, *SCAN*, 1, 75-86.
- Merzenich, M (2013) *Soft-Wired: How the New Science of Brain Plasticity Can Change your Life*. 2nd Edition. San Francisco: Parnassus Publishing.
- Morin, E (2003) *Introdução ao Pensamento Complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Nietzsche, F (1998) *Human, All Too Human*. Cambridge: Cambridge University Press
- Pessoa, F (1982) *Livro do Desassossego*. Vol. II. Lisboa: Ática.
- Prigogine, I e Stengers, I (1989) *Order out of Chaos*. Bantam Doubleday Dell Publishing Group.
- Sharot, T (2018) *The Influential Mind: What the Brain Reveals About Our Power to Change Others*. New York: Henry Holt and Co.
- Stefano P, Khamassi, M, Joffily, M e Coricelli, G (2015) “Contextual modulation of value signals in reward and punishment learning.” *Nature Communications*, 2015; 6: 8096.
- Syed, M (2016) *Caixa Negra: a verdade surpreendente sobre o sucesso*. Lisboa: Gestão Plus.
- Tracey, T, Wampold, B, Lichtenberg, J e Goodyear, R (2014) “Expertise in psychotherapy: An elusive goal.” *American Psychologist*, 69, 218-229. doi:10.1037/a0035099.
- Wrzesniewski, A, Dutton, J e Debebe, G (2003) “Interpersonal sensemaking and the meaning of work.” *Research in Organizational Behavior*, 25, 93-135.

O papel dos *media* noticiosos na gestão de crises de saúde pública¹

CATARINA DUFF BURNAY, FELISBELA LOPES, CLARA ALMEIDA SANTOS, ANA TERESA PEIXINHO, RITA ARAÚJO, OLGA ESTRELA MAGALHÃES

1. A importância social dos *media* noticiosos no campo da saúde: promover a saúde e prevenir a doença

Os *media* noticiosos são uma fonte importante de informação de saúde para o público em geral, especialmente em tempos de crise. Durante uma crise de saúde pública, o público depende dos *media* para transmitir informação correta e atualizada, para que possa tomar decisões informadas relativamente a comportamentos de prevenção da doença (Garfin *et al.*, 2020). Um dos objetivos da comunicação em saúde é, precisamente, a melhoria dos resultados em saúde através da mudança social e de comportamentos (Schiavo, 2014). No âmbito da saúde pública, os *media* podem influenciar as perceções dos indivíduos relativamente à gravidade de uma doença, aos potenciais riscos de contrair a doença, ou até mesmo sobre a necessidade de prevenção e tratamento (Schiavo, 2014). Muitas das nossas perceções sobre saúde, doença, medicina, ou sobre os profissionais de saúde, são influenciadas pela informação que recebemos dos *mass media* (Wright *et al.*, 2013). A cobertura mediática de assuntos de saúde pode, assim, ter impacto (positivo ou negativo) nos comportamentos das pessoas. E esta cobertura assume especial relevância no contexto atual de uma pandemia, uma vez que a incerteza gerada por ameaças à saúde assusta as pessoas, e as ameaças novas, como a COVID-19, aumentam a perceção de insegurança (Dunwoody, 2020).

Deste modo, é fundamental que os *media* transmitam informação científica credível, de forma simples e atempada. Já durante o surto

¹ Este capítulo decorre do projeto *Com.VEU: Communication of Vaccination in European Union* desenvolvido pelas seguintes instituições: Universidade Católica Portuguesa/CECC (Catarina Duff Burnay); Universidade do Minho/CECS (Felisbela Lopes e Rita Araújo); Universidade de Coimbra/CEIS20 (Clara Almeida Santos e Ana Teresa Peixinho); Universidade do Porto/CINTESIS (Olga Estrela Magalhães).

de Ébola, em 2014, se tinha percebido que uma comunicação forte a vários níveis é essencial para conter a disseminação rápida da doença (Goldberg *et al.*, 2015). Esta pandemia mostrou não só que a vulnerabilidade às doenças infecciosas é universal, comprovando a ideia de que a doença não conhece barreiras geográficas (Hannawa *et al.*, 2014), mas também que é fundamental assegurar a existência de informação credível, de qualidade e de confiança. A informação correta, relevante e útil é um vetor chave na formulação de estratégias efetivas e informadas para conter o vírus (Santos, 2022). Surtos anteriores, como a «doença das vacas loucas», o vírus SARS, a gripe das aves ou a pandemia de gripe A, tinham já demonstrado a importância social dos *media* noticiosos na cobertura deste tipo de doenças infecciosas (Holland *et al.*, 2014; Joffe, 2011). O aparecimento do vírus SARS-CoV-2, em finais de 2019, e o desenvolvimento de uma crise de saúde pública à escala global, bem como as respostas dos governos um pouco por todo o mundo, foram acompanhados por um fluxo colossal de informação sobre a COVID-19 (Finset *et al.*, 2020).

Neste contexto, é necessário e benéfico que se transmitam à população dados científicos baseados na mais recente evidência. No entanto, isto não significa que a população entenda ou interprete de forma correta essa informação (Biasio *et al.*, 2020). Aliás, a investigação em comunicação em saúde mostra que a comunicação não é uma “bala mágica” que consiga criar mudança. As mensagens de saúde, quer sejam transmitidas de forma interpessoal ou através dos *mass media*, devem relacionar-se com as complexidades das necessidades humanas, das motivações e prioridades (Dutta & Zoller, 2008). Para que a mudança de comportamentos aconteça é preciso investir não só na comunicação, mas também na literacia em saúde das populações. De facto, quando a COVID-19 apareceu de forma rápida, a literacia em saúde, que já era importante nas doenças crónicas, assumiu-se como relevante também na prevenção de patologias infecciosas (Biasio *et al.*, 2020). As competências necessárias para conseguir distinguir e beneficiar da quantidade avassaladora de informação variam muito entre países, populações e indivíduos (Ginman *et al.*, 2003). Dito isto, nesta pandemia é difícil, embora seja possível, encontrar tempo para melhorar a literacia em saúde, uma vez que os governos e cidadãos precisam de agir no imediato (Paakari & Okan, 2020). O défice de literacia em saúde constitui-se como um desafio de saúde pública que não deve negligenciar-se (Sorensen, 2019), devendo ser abordado como um problema que diz respeito a

toda a sociedade, incluindo também os *media*. De facto, os *media* noticiosos desempenham um papel fundamental na promoção da literacia em saúde, ao dotarem os cidadãos de ferramentas que os ajudem no processo individual de tomada de decisão. A pandemia de COVID-19 reforçou o valor da informação credível, resultando num crescimento da confiança relativamente às notícias — especialmente as notícias transmitidas na televisão, pelo fácil acesso (Newman, 2021). No entanto, o acesso às notícias de saúde não é suficiente para que as pessoas processem a informação de saúde.

O conhecimento prévio e o uso que as pessoas fazem dos *media* assumem aqui particular relevância, uma vez que as falhas de comunicação ou contradições podem originar uma fraca adesão a comportamentos preventivos da doença. Assim sendo, a literacia em saúde é uma dimensão fundamental no entendimento e aceitação de qualquer campanha de saúde pública que pretenda alterar comportamentos (Ghio *et al.*, 2021).

A literacia em saúde é uma determinante de saúde (WHO, 2013) e pode ser definida como o nível em que os indivíduos conseguem obter, processar, perceber e comunicar sobre a informação de saúde necessária para tomarem decisões informadas (Berkman *et al.*, 2010). Vários estudos reconhecem a importância da literacia em saúde como uma determinante de resultados em saúde e promotora de custos desnecessários (Levy & Janke, 2016; Mackert *et al.*, 2015), para além de estabelecerem uma associação entre as competências de literacia e o envolvimento nas decisões de saúde (Rudd *et al.*, 2012; Zarcadoolas *et al.*, 2006). Em Portugal, os últimos dados mostram que entre 49% a 73% da população portuguesa tem níveis “inadequados” ou “problemáticos” de literacia em saúde (Espanha *et al.*, 2016; Paiva *et al.*, 2017). A pandemia atual demonstrou que é necessário adotar uma “lente de literacia em saúde” para a comunicação da COVID-19, de forma a reconhecer, por um lado, as competências e défices de literacia em saúde das populações e, por outro, a (ausência de) competência daqueles que desenham e comunicam mensagens e recomendações de saúde (Rudd & Baur, 2020). A este propósito, Diane Levin-Zamir (2020) alerta para que o futuro pós-pandémico será desafiante para as áreas da comunicação em saúde e da saúde pública, pelo que a literacia em saúde é uma componente essencial de ação a incluir nas políticas nacionais de emergência.

2. Quando o jornalismo orienta comportamentos: o caso da COVID-19

As notícias do SARS-CoV-2 entraram devagar em Portugal, vindas de longe. A 9 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciava a ocorrência de casos de pneumonia por um misterioso coronavírus na China, responsável por uma morte e meia centena de casos confirmados; o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) publicava a primeira avaliação de risco e registava a primeira morte por este coronavírus na China. Os *media* em Portugal noticiam o ocorrido sem grande relevância. A 24 de janeiro de 2020, numa foto-galeria, o jornal *Público*, citando a *Reuters*, escreve:

Pelo menos dez cidades da província de Hubei, com uma população de 60 milhões cuja capital é Wuhan, decretaram nos últimos dias o estado de quarentena e impuseram restrições de movimentação por causa do novo coronavírus.

O jornal reportava ainda que o vírus já fora detetado noutros países, como Taiwan, Tailândia, Japão, Coreia do Sul, Estados Unidos da América, Singapura e Vietname. A 24 de janeiro de 2020, os *media* portugueses noticiavam que há 20 portugueses em Wuhan, epicentro do contágio, identificados pela Secretaria de Estado das Comunidades Portuguesas, que haveriam de chegar ao nosso país a 2 de fevereiro num voo específico para repatriamento. Progressivamente, este novo coronavírus vai acelerando para outros países. Resultado disso, a 30 de janeiro, a OMS declara-o uma Emergência de Saúde Pública de preocupação internacional e aconselha todos os países a prepararem-se para a sua contenção, incluindo vigilância ativa, deteção precoce, isolamento, rastreio de contactos e prevenção. Na Europa, os primeiros três casos são confirmados a 24 de janeiro de 2020, em França. Poucos dias depois, a 30 de janeiro, confirmam-se dois casos de infeção por coronavírus em Itália: dois turistas chineses. Já na Europa, a doença começa a ganhar cada vez mais contornos preocupantes, sobretudo em Itália e Espanha. A 11 de fevereiro de 2020, a OMS, no primeiro de dois dias de reunião em Genebra entre 300 peritos internacionais, decide que esta doença passa a ter o nome oficial de COVID-19, resultante do acrónimo em inglês “*corona virus disease*”. Afasta-se, desse modo, associações a geografias, animais ou grupos de pessoas, a fim de evitar estigmatizações que, nessa altura, já se tornavam demasiado explícitas em relação à China.

A notícia do primeiro português infetado chega a 22 de fevereiro de 2020: um homem de 44 anos, que estava a bordo do cruzeiro Diamond Princess, no Japão. Um outro caso haverá de passar por Portugal: a 1 de março, sabe-se que Luís Sepúlveda está internado em Oviedo com COVID-19. A 2 de março de 2020, anunciam-se os primeiros dois infetados em território português: um homem de 60 anos, médico, que regressara de férias de Itália; e um outro homem de 33 anos, que estivera em Espanha. Ambos internados no Porto.

Analisando com muito cuidado o que se passava em território europeu, sobretudo em países mais próximos, os decisores políticos começam a evidenciar preocupação. A 12 de março de 2020, o primeiro-ministro anuncia, contra o parecer do Conselho Nacional de Saúde Pública, o fecho das escolas e das universidades. Nesse encontro, António Costa diz tratar-se de uma «luta pela nossa própria sobrevivência e pela proteção da vida dos portugueses». Os *media* tomaram isso como uma causa coletiva. A partir daí e até maio, os alinhamentos noticiosos adotam a pandemia como vetor estruturante de todo o noticiário, perspectivado a partir de diferentes campos: da saúde, da política, da economia, da educação, etc. A 13 de março, o jornalista Rodrigo Guedes de Carvalho abre assim o *Jornal da Noite*, da SIC: «Boa noite. Bem-vindos. Como estamos todos desde ontem? Espero que bem. Estamos preocupados, como é compreensível, mas quero acreditar que estaremos fortes para esta luta que ainda vai piorar antes de melhorar.» A 14 de março, o semanário *Sol* escolhe para manchete uma frase que começava a circular no espaço público: «Fique em casa». O título converter-se-á rapidamente numa *hashtag* que os *media* replicarão em permanência: no canto superior dos ecrãs de TV, nos respetivos *sites*, nas páginas dos jornais, nos alinhamentos das rádios. A população também adota a mesma frase, quase como uma ordem de combate que cada um está disposto a travar.

Nos *media* audiovisuais, multiplicam-se imagens de ruas vazias, asfixiadas por um pesado silêncio. O país, assustado, confina-se em casa. Decisores políticos e autoridades sanitárias procuram reter a mobilidade dos cidadãos. «Só a unidade permite travar e depois vencer guerras», assegura o Presidente da República na comunicação que faz ao país quando declara o estado de emergência, a 18 de março. Também os jornalistas ajudam a promover esse confinamento, difundindo em permanência relatos de um país suspenso. No dia 19 de março de 2020, dia do Pai, o *pivot* Hélder Silva, propõe, no *Jornal da Tarde*, um exercício

singular: «Que excecionalmente acrescentemos um acento e a letra S à palavra Pai». E fecha assim o noticiário:

Que estes sejam dias de um país unido, junto, contra um inimigo que, em poucos dias, nos fez repensar a sociedade que somos e os tempos em que vivemos. Um país que tarde ou cedo há de vencer para que possamos voltar a ser pais ou filhos com todos os abraços, beijos e afetos que merecemos.

No final deste primeiro confinamento no país, entre 11 e 29 de maio de 2020, promovemos um inquérito nacional junto dos jornalistas portugueses que trabalham em órgãos noticiosos nacionais, procurando perceber as respetivas perceções sobre o jornalismo desenvolvido em período de emergência nacional (Lopes *et al.*, 2020; Araújo *et al.*, 2021). Foram validados 200 inquéritos, com a seguinte distribuição: jornalistas, 114; jornalistas de saúde ou de ciência, 18; editores / coordenadores, 50; e diretores de informação, 18. Nesse inquérito, 92,2% dos jornalistas declararam ter tido uma preocupação permanente em orientar comportamentos, uma escolha singular no Portugal democrático depois do 25 de Abril de 1974. Não se tratou de direcionar os públicos para o apoio a determinadas opções políticas, mas de os inteirar em permanência acerca da evolução da pandemia em diferentes partes do país e do mundo e de os ajudar a adotar atitudes que promovessem a saúde pública e evitassem cadeias de contágio: ficar em casa, respeitar o distanciamento físico, não participar em ajuntamentos, usar máscara, etc.

Confrontados com o modo como essa condução de comportamentos se processou, os jornalistas apresentaram caminhos diversos. Essa orientação fez-se, prioritariamente, através do próprio agendamento noticioso, estruturado por um noticiário algo diversificado, ainda que tivesse como foco final sempre o contexto pandémico; e com fontes predominantemente oficiais e especializadas. No inquérito realizado, os jornalistas indicam a saúde e a ciência como temas prioritários; asseguram ter havido um reforço do noticiário internacional, nomeadamente em países com maior número de infetados; admitem ter dado mais espaço a temas ligados a questões laborais e à educação e mais atenção às preocupações sociais (pobreza, solidão, etc.) e aos direitos, liberdades e garantias que as democracias protegem e que o estado de emergência poderia pôr em causa. Esse trabalho noticioso iniciou-se logo a 12 de março, dia do anúncio do Governo de pôr o país a meio gás, suspendendo dali a

quatro dias as aulas para todos os níveis de ensino. E prolongou-se até março de 2021, altura em que o país começava a desconfinar de forma faseada.

A preocupação com fornecer uma informação útil, com promover maior proximidade aos cidadãos e com orientar as pessoas em termos de saúde pública é opção que os jornalistas interpretam como aspeto positivo de um jornalismo que consideram ter sido, neste período, de mais qualidade. No entanto, a maior parte dos respondentes já não se mostra favorável a um registo paternalista e até moralizador, em que o jornalista impõe padrões de conduta aos outros. Às vezes, poderá ser ténue a linha que separa uma imposição cega de regras de uma orientação esclarecida de comportamentos em prol da saúde pública.

A um noticiário hegemónico, muito concentrado na pandemia, não corresponde um elevado número de casos de infeções, de internamentos e, sobretudo, de mortos. O número de novos casos cresce durante todo o mês de março de forma exponencial, à semelhança de outros países. A 18 de março registaram-se 143 casos. A 2 de maio são notificados 203 casos, um dos valores mais baixos desde o início do estado de emergência.

Com o fim do estado de emergência, Portugal entrou em estado de calamidade entre 3 de maio e 8 de novembro de 2020. Numa primeira fase, acreditou-se que o vírus estaria definitivamente controlado e o desconfinamento foi sendo feito sem uma estratégia devidamente preparada. Nesse período, a atualidade noticiosa da pandemia faz-se entre notícias internacionais e peças que reportam focos pontuais no nosso país.

A partir do outono de 2020, os números começam a crescer e aí as decisões políticas fazem-se em estrutura de zigzag e nem a comunicação das medidas fixadas se revelou muito eficaz. E isso teve naturalmente consequências pesadas. A cobertura noticiosa, embora em termos de número de peças não registre oscilações bruscas em relação aos meses anteriores, muda a tematização. A partir daí, há picos de noticiabilidade que assinalam uma evolução alarmante da pandemia. A 14 de outubro temos mais de 2000 casos num só dia; a 29 de outubro, 4000; a 4 de novembro, são notificados mais de 7000 novos casos.

Em finais de 2020, o número de infeções começa a disparar e rapidamente passamos a ser o país recordista mundial das infeções e das mortes por milhão de habitantes, inclusivamente na mortalidade geral. Ao mesmo tempo que o país vai assistindo a uma subida desses números,

somos colocados perante notícias que trazem o surgimento das vacinas bem perto de nós. No dia em que o país entra novamente em estado de emergência, a 9 de novembro de 2020, o principal noticiário do canal televisivo SIC abre assim:

Depois de meses e meses de inícios angustiantes do *Jornal da Noite*, permitam-me confessar a alegria que sinto. Hoje posso dizer que há uma luz ao fundo do túnel. Desta vez, é mais do que uma simples esperança. É uma realidade que aponta para uma solução. A norte-americana Pfizer e a alemã BioNTech anunciam que a vacina anti-COVID que estão a desenvolver tem uma eficácia de 90%. Deverá ser produzida aos milhões de doses ainda este ano.

Os *media* nacionais optam por não retomar os alinhamentos da primeira fase do confinamento. Os noticiários nunca chegaram ao número de peças sobre a COVID-19 emitidas durante a primeira fase da pandemia. E isso também não terá ajudado a adotar os comportamentos de defesa que houve em março de 2020.

Já em 2021, e tendo em vista o acompanhamento do processo de desconfinamento (iniciado no mês de março), o Governo implementa um sistema de monitorização do comportamento da população portuguesa. Para além de análises epidemiológicas, dos impactos na saúde mental ou da adesão comunitária, este sistema contemplou a cobertura jornalística televisiva, mostrando a pertinência dos *media* na gestão da informação em situações de crise, assim como o seu papel de relevo na sociedade. A análise dos serviços noticiosos de horário nobre dos três canais nacionais generalistas em sinal aberto (RTP1, SIC e TVI) mostra um alinhamento na passagem de informação sobre a necessidade de um desconfinamento feito com ponderação, potenciando a adoção de comportamentos e, no limite, contribuindo positivamente para o sucesso da vacinação.

3. Lições de uma pandemia para uma comunicação/ jornalismo da saúde com mais qualidade

O momento excecional que constitui a pandemia exigiu práticas excecionais também no domínio da comunicação estratégica e do jornalismo. Propomo-nos sintetizar as lições que se podem retirar desta situação para melhor enfrentar crises futuras.

a. Comunicação estratégica

As fontes oficiais nas suas várias escalas (mundial, europeia, nacional, local e de proximidade) têm, como é sabido, uma responsabilidade preponderante na comunicação de crise. É necessária a sua atuação em vários níveis e que essa atuação seja articulada entre os agentes nas diferentes escalas. O principal objetivo é, porventura, a orientação do comportamento da população no sentido da mitigação dos efeitos da pandemia. Para tal, é essencial que se estabeleça uma relação de confiança entre as entidades oficiais e os cidadãos, processo no qual é fundamental não descuidar a qualidade nem a quantidade de informação disponibilizada. No princípio (e também ao longo) da crise, também devido à sua natureza, a única certeza é a da incerteza. Perante o desconhecido e imprevisível, a necessidade de comunicar é tremenda, mas é enorme também o potencial de desacerto.

A multiplicidade de canais própria da contemporaneidade e consequente fragmentação dos públicos obrigam a uma estratégia tripla por parte das fontes oficiais:

1. Comunicar diretamente com a população, sobretudo através de campanhas com uma forte aposta nas plataformas digitais. Trata-se de desenvolver estratégias “desintermediatizadas” (Eldridge *et al.*, 2019; Lévy, 2008), nomeadamente em ambiente digital, que lhes possibilitam “manter um diálogo” mais próximo com diferentes grupos da sociedade. É essencial, a este propósito, compreender que comunicar não é um processo unívoco e exige atenção e intensa disponibilidade para receber mensagens e dar-lhes resposta, além de produzir mensagens. As fontes oficiais são chamadas a desenvolver formas de ir ao encontro das linguagens próprias de cada segmento da população, nos locais, físicos ou virtuais, onde esses segmentos se encontram e/ou estão disponíveis para receber e perceber as informações. Para que tal possa acontecer, é necessária uma atenção sistemática às dinâmicas comunicativas que se pautam pela mudança, mas também por permanências que não devem ser subvalorizadas. A boa e eficaz gestão dos tempos de comunicação permitirá garantir um fluxo contínuo de dados relevantes, reservando situações excecionais de contacto para momentos excecionais. Algumas evidências sugerem (Magalhães *et al.*, 2021) que as estratégias de comunicação política podem

- sobrepôr-se à comunicação de saúde, o que pode prejudicar o processo de construção da confiança e da credibilidade.
2. Comunicar de forma mediada, disponibilizando informação credível aos *media* e estando disponíveis em permanência (altos dirigentes ou seus representantes) para responder às questões colocadas. Perante a impossibilidade e indesejabilidade de responder a todas as solicitações em momentos de crise, é importante a formação ou recrutamento de profissionais reconhecidos como porta-vozes das fontes oficiais. Responder a esta necessidade é também válido para a comunicação direta abordada no ponto anterior. Desenvolver planos para trabalhar em conjunto com os *media* é também uma estratégia aconselhável na medida em que os órgãos de comunicação social se assumem como parceiros de inestimável valor em situações desta natureza.
 3. Promover a literacia, de saúde e também mediática. Como é bem conhecido e estudado, este é um trabalho que não surte efeitos se levado a cabo em cima da crise, sendo necessário que seja continuado e constante. A literacia mediática e de saúde permite combater e contrariar os efeitos das desordens informativas, que compreendem fenómenos de desinformação, *misinformation* e *mal-information* (Wardle & Derakhshan, 2017).

b. Jornalismo

A importância do jornalismo e o fundamental papel dos jornalistas enquanto fonte de informação privilegiada dos cidadãos ficaram bem patentes durante a crise pandémica. Vários estudos sublinham, aliás, a missão de serviço público do jornalismo, no cumprimento do dever de “fazer o que está certo” (Jukes *et al.*, 2021; Libert *et al.*, 2021; Simunjak, 2021). Também em Portugal, um inquérito levado a cabo por Lopes *et al.* (2021) revela que 92,2% dos jornalistas declararam terem tido uma preocupação permanente com orientar comportamentos. Pode falar-se numa “curadoria de informação”, que não se limita a cumprir o papel tradicional de *gatekeeper* outorgado aos jornalistas, mas, antes, revela uma acentuada responsabilidade social do jornalismo num momento de crise como a que está em causa.

Esse papel é tanto mais relevante quando verificamos que o consumo de informação registou um aumento considerável, mesmo nos chamados *legacy media* e sobretudo em televisão. Invertendo a tendência

que vinha a ser registada, este meio tradicional é identificado como a principal fonte de informação (Newman *et al.*, 2020). Relativamente a este meio, estudos realizados em Portugal durante a pandemia (Lopes *et al.*, 2021) mostram a alteração de algumas práticas jornalísticas. Uma delas é o recurso sistemático a fontes especializadas, muitas delas surgindo como novas vozes no espaço público. Assim o ditou a necessidade de análise de um tema de difícil abordagem, quer por requerer conhecimentos em áreas científicas diversas (saúde pública, virologia, infecciologia, entre outras), quer pela sua transversalidade (política pública, gestão, economia e mercados, etc.).

Por tudo isto, o envolvimento dos *media* neste processo torna-se fundamental, como relembra Renata Schiavo (2020), que considera que o papel dos jornalistas de assegurar uma cobertura mediática correta e baseada na evidência é muito importante, assim como treinar cientistas e agências governamentais para comunicar e argumentar em linguagem simples.

O cenário descrito pode levar a que o jornalismo incorra numa falha que relegue para segundo plano ou faça mesmo desaparecer um certo sentido crítico com o qual o público tacitamente conta. A preponderância observada das fontes oficiais na cobertura mediática da pandemia em Portugal (Lopes *et al.*, 2021) e o alinhamento dos *media* com a missão de serviço público abre a possibilidade de não se esgotar a veracidade das hipóteses alternativas à narrativa oficial. Atente-se, por exemplo, no caso da vacinação em que o sucesso do caso português (em setembro de 2021, Portugal foi o país do mundo com a maior taxa de vacinação completa) se deve, em grande medida, à construção de uma narrativa positiva do processo e dos seus líderes, com simultânea caricaturização dos movimentos anti-vacinas.

A pandemia acentuou a importância e a utilização de géneros jornalísticos particularmente eficazes para consumo em meio digital, nomeadamente os *fact-checkers*, explicadores, infografias e *newsletters*. A necessidade de otimizar fluxos de informação praticamente contínuos, de lidar com dados e transmiti-los de forma eficaz e, paralelamente, de combater desordens informativas em contexto de infodemia encontrou nestes géneros meio de cultura adequado. Podemos afirmar que aos jornalistas competiu sublinhar a factualidade, também como eventual forma de defesa relativamente a um tema com tantas dificuldades de abordagem, ao passo que a leitura, análise e contextualização ficou, em larga medida, a cargo de especialistas. Assim, e como frequentemente acontece na comunicação de risco em situações de crise, o jornalismo

atua como um canal de comunicação entre os representantes públicos, os especialistas e o público em geral, cumprindo-se assim o papel facilitador do jornalismo (Christians *et al.*, 2010). O papel facilitador baseia-se num entendimento de que o jornalista é responsável pela sociedade e que de certo modo contribui para a tomada de decisões do público numa crise (Perreault & Perreault, 2021).

Ao jornalismo muito é solicitado num momento em que os próprios jornalistas são parte interessada enquanto cidadãos também sujeitos a todos os efeitos da pandemia. Os jornalistas são chamados a criar recursos de combate à desinformação, fazer recomendações a comunidades afetadas, melhorar canais de comunicação com as fontes, ajudar os profissionais de saúde a vê-los como aliados, orientar comportamentos (Thomas e Senkpeni, 2020) e, ao mesmo tempo, reportar com factualidade, como é próprio do jornalismo. Šimunjak (2022) refere o orgulho, como parte da solução da crise, e a ansiedade acentuada dos jornalistas em tempo de COVID-19. No meio de tantas adversidades e desafios, o jornalismo acabou por se legitimar e sair reforçado em tempo de pandemia.

Referências bibliográficas

- Araújo, R., Lopes, F., Magalhães, O., Sá, A., & Aguiar, A. (2021) Behavior guidance during the Covid-19 pandemic: health literacy as a weapon against the virus. *Health Communication*, 27: 1-9.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*, 15(S2), 9-19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>.
- Biasio, L. R., Bonaccorsi, G., Lorini, C. & Pecorelli, S. (2020) Assessing COVID-19 vaccine literacy: a preliminary online survey, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(5), 1304-1312. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1829315>.
- Dunwoody, S. (2020). Science Journalism and Pandemic Uncertainty. *Media & Communication*, 8(2):471-474.
- Dutta, M. J. & Zoller, H. M. (2008). Theoretical foundations. Interpretative, critical, and cultural approaches to health communication. In H. M. Zoller & M. J. Dutta (Eds.) *Emerging perspectives in Health Communication. Meaning, Culture, and Power*. Routledge.
- Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal. Relatório Síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Finset, A., Bosworth H., Butow P., Gulbrandsen, P., Hulsman, R. L., Pieterse, A. H., Street, R., Tschoetschel, R., & Van Weert, J. (2020) Effective health communication — a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 103(5): 873-876. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.027>.

- Garfin, O.R., Silver, R.C., & Holman, E.A. (2020) The novel coronavirus (Covid-19) outbreak: amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology*, 39(5): 355-357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>.
- Ginman, M., Ek, S., Eriksson-Backa, K., Mustonen, M., Torkkola, S., Tuominen, K., & Wikgren, M. (2003). Health Communication and Knowledge Construction. *Health Informatics J*, 9(4), 301-313. doi: 10.1177/1460458203094007.
- Goldberg, A. B., Ratzan, S. C., Jacobson, K. L., & Parker, R. (2015) Addressing Ebola and Other Outbreaks: A Communication Checklist for Global Health Leaders, Policymakers, and Practitioners, *Journal of Health Communication*, 20(2): 121-122. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1007762>.
- Hannawa, A. F., Kreps, G. L., Paek, H.-J., Schulz, P. J., Smith, S., & Jr., R. L. S. (2014). Emerging Issues and Future Directios of the Field of Health Communication. *Health Communication*, 29(10), 955-961.
- Holland, K., Sweet, M., Blood, W., & Fogarty, A. (2014). A Legacy of the Swine Flu Global Pandemic: Journalists, Expert Sources, and Conflicts of Interest. *Journalism*, 15(1), 53-71.
- Joffe, H. (2011). Public Aprehension of Emerging Infectious Diseases: Are Changes Afoot? *Public Understanding of Science*, 20(4), 446-460.
- Jukes, S., Fowler-Watt, K. Rees, G. (2021): Reporting the Covid-19 Pandemic: Trauma on Our Own Doorstep, *Digital Journalism*, DOI: 0.1080/21670811.2021.1965489.
- Levin-Zamir, D. (2020) Communication, Health Literacy and a Systems Approach for Mitigating the COVID-19 Pandemic: The Case for Massive Vaccine Roll-out in Israel, *Journal of Health Communication*, 25(10), 816-818. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1884773>.
- Levy, H. & Janke, A. (2016). Health Literacy and Access to Care, *Journal of Health Communication*, 21(S1), 43-50. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1131776>.
- Libert, M., Le Cam, F., Domingo, D. (2021). Belgian Journalists in Lockdown: Survey on Employment and Working Conditions and Representations of Their Role, *Journalism Studies*. DOI: 10.1080/1461670X.2021.1944280.
- Lopes, F., Araújo, R., Magalhães, O., & Sá, Alberto (2020). Covid-19: quando o jornalismo se assume como uma frente de combate à pandemia. In M. Martins & E. Rodrigues (Eds.). *A Universidade do Minho em tempos de pandemia: Tomo III: Projeções* (pp. 206-233). Braga: Universidade do Minho.
- Lopes, F., Santos, C. A., Magalhães, O., Burnay, C. D., Araújo, R., Sá, Alberto (2021). A cobertura noticiosa da pandemia: um retrato dos dilemas e práticas profissionais na era Covid-19, *Mediapolis*, 13, 109-124. https://doi.org/10.14195/2183-6019_13_6.
- Lopes, F., Santos, C. A., Peixinho, A. T., Magalhães, O. E., & Araújo, R. (2021). Covid-19: uma pandemia que reconfigura o jornalismo?. *Media & Jornalismo*, 21(39), 57-75. https://doi.org/10.14195/2183-5462_39_3.
- Mackert, M., Champlin, S., Su, Z. & Guadagno, M. (2015). The many health literacies: Advancing research or fragmentation? *Health Communication*, 30(12), 1161-1165. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037422>.

- Magalhães, O. E., Santos, C. A., Burnay, C. D., Araújo, R., Lopes, F., & Peixinho, A. T. (2021). Vacinação Contra a Covid-19 — Uma Análise da Comunicação de Saúde das Fontes Oficiais Portuguesas em Ambiente Digital. *Revista Lusófona de Estudos Culturais*, 8(2), 215-236. <https://doi.org/10.21814/rlec.3593>. DOI: 10.1080/1461670X.2021.1944280.
- Newman, N., Richard Fletcher, W., Schulz, A., Andi, S., & Kleis Nielsen, R. (2020). *Reuters Institute Digital News Report 2020*.
- Newman, N., Fletcher, F., Schulz, A., Andi, S., Robertson, C. T. & Nielsen, R. K. (2021) *Reuters Institute Digital News Report 2021* 10th edition. Reuters Institute for the Study of Journalism. https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/2021-06/Digital_News_Report_2021_FINAL.pdf.
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020) COVID-19: Health Literacy is an underestimated problem. *The Lancet*, 5(5): e249-250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4).
- Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., Lunet, N. & Azevedo, A. (2017). Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Médica Portuguesa*, 30(12):861-869. <https://doi.org/10.20344/amp.9135>.
- Rudd, R. E., Rosenfeld, L. & Simonds, V. W. (2012) Health Literacy: A New Area of Research With Links to Communication, *Atlantic Journal of Communication*, 20(1), 16-30. <https://doi.org/10.1080/15456870.2012.637025>.
- Rudd, R.C. & Baur, C. (2020) Health literacy and early insights during a pandemic. *Journal of Communication in Healthcare*, 13(1): 13-16. <https://doi.org/10.1080/17538068.2020.1760622>.
- Santos, P. (2022) Coronavirus response asymmetries in the Global North and Global South. New Challenges and Recommendations. In J. C. Pollock & D. A. Vakoch (Eds.) *Covid-19 in International Media: Global Pandemic Perspectives*. Routledge.
- Schiavo, R. (2014). *Health Communication. From theory to practice* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Šimunjak, M. (2021) Pride and Anxiety: British Journalists' Emotional Labour in the Covid-19 Pandemic, *Journalism Studies*. DOI: 10.1080/1461670X.2021.2021106.
- Sørensen, K. (2019) Defining Health Literacy: Exploring Differences and Commonalities. in Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (Eds.) *International Handbook of Health Literacy. Research, Practice and Policy Across the Lifespan*. Bristol: Policy Press.
- Thomas, K., Senkpeni, D. A. (2020). What should health science journalists do in epidemic responses? *AMA Journal of Ethics*, 22(1), 55-60.
- Wardle, C., Derakhshan, H. (2017). *Information disorder. Toward an interdisciplinary framework for research and policymaking*. Conselho da Europa.
- World Health Organization (2013). Health Literacy. The Solid Facts. Disponível em: <http://publichealthwell.ie/node/534072>.
- Wright, K. B., Sparks, L., & O'Hair, H. D. (2013). *Health Communication in the 21st Century* (2nd ed.). Malden, USA: Wiley-Blackwell.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. F., & Greer, D. S. (2006). *Advancing Health Literacy. A Framework for Understanding and Action*. San Francisco: Jossey-Bass.

Vulnerabilidade humana, integridade da pessoa, ética e direito: a obrigatoriedade vacinal como questão

MARIA DA GLÓRIA F. P. D. GARCIA

Professora da Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa

1. Vulnerabilidade como condição humana e ética do cuidado.

Etimologicamente, ‘*vulnerabilidade*’ vem do latim *vulnerabilis* e significa “o que é suscetível de ser lesado”; filosoficamente, entende-se que a vulnerabilidade faz parte da condição humana, em razão da finitude e inerente fragilidade do Homem¹.

O ser humano sabe que pode ser lesado e que a maior lesão é a morte, o “deixar de ser”. Vive, por isso, a sua fragilidade, na certeza de que nada pode fazer para a ultrapassar ou impedir, pois a finitude pertence-lhe. Pode melhorar as condições em que vive e habita o espaço; pode procurar adiar o fim. Não pode, porém, contrariar a condição de poder ser lesado nem impedir a concretização do fim.

Parte da natureza humana, a vulnerabilidade é reconhecida por cada um, no que a si próprio e no que ao outro ou outros, seus iguais, respeita. É a condição humana que o dita, pelo que ao reconhecimento de que se é vulnerável, como os outros são, implica a necessidade de cada pessoa cuidar de si e dos outros.

A *ética do cuidado* gera-se na consciencialização da vulnerabilidade do ser humano e conforma os comportamentos de cada pessoa no seu relacionamento com os outros, seus iguais. O cuidado é a resposta adequada à vulnerabilidade do ser humano e não admira que determine, em situação, comportamentos *responsáveis* ou *de resposta*, impostos pelo princípio ético da responsabilidade.

¹ Ver, em particular, a abordagem ao tema de Talita Cavalcanti Arruda de Moraes e Pedro Sadi Monteiro, *Conceitos de Vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética*, in Rev. Bioét. (Impr.), 2017; 25 (2):311-319; <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>.

2. Vulnerabilidade humana e investigação científica

Inerente ao ser humano é também a capacidade de se conhecer e aos outros, de investigar, consciencializar o que conhece e aprender com o que conhece. Conhecer, investigar, consciencializar e aprender tem permitido, ao longo dos tempos, construir sociedades com maior qualidade de vida, mais seguras, mais resistentes, mais duradouras. A história da humanidade, nos seus múltiplos enredos e narrativas, é, em parte, fruto da aprendizagem humana do espaço que habita, na forma como o habita.

Ultimamente, o conhecimento científico tem evoluído de forma acelerada e exponencial, com ênfase nas ciências médicas e nas tecnologias associadas, estreitando a ligação entre investigação e aplicação. Cada vez mais complexa, essa evolução foi, não raras vezes, obtida pondo em risco ou afetando pessoas singulares e grupos específicos da sociedade de maior vulnerabilidade.

Com efeito, o conhecimento das ciências médicas exige investigação profunda e longamente testada através de ensaios clínicos. Porém, detetou-se que esses ensaios foram muitas vezes obtidos, na primeira metade do século XX, lesando pessoas e grupos populacionais socialmente desprotegidos — presos, órfãos, deficientes, idosos, mulheres, mas também judeus e minorias étnicas — e, logo, especialmente vulneráveis, situação que a Segunda Grande Guerra vivenciou, os julgamentos de médicos, em Nuremberga, deram eco, e o Código de Nuremberga, redigido no rescaldo desse julgamento (1947), pretendeu consciencializar e repudiar com veemência para o futuro.

Traçando princípios éticos, o Código de Nuremberga coloca, de forma inequívoca, a pessoa humana, e imanente dignidade, no centro da investigação médica, definindo o *princípio do consentimento do visado*, de acordo com a autonomia individual, na realização de testes e ensaios clínicos, ao mesmo tempo que deixa subentendido o *princípio de que o bem da sociedade se não pode sobrepor, sem mais, ao bem individual*².

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 12 de dezembro de 1948, viria a consagrar, por sua vez, um conjunto de direitos de defesa da dignidade humana e de proteção da fragilidade da pessoa singularmente

² O Código de Nuremberga enuncia dez regras éticas centradas na relação entre o médico ou cientista e o doente ou aquele que se submete a ensaios, testes ou experiências científicas, uma relação em que a informação médica e/ou científica, de um lado, e o consentimento informado, de outro, são essenciais.

considerada perante poderes tendencialmente absolutos e arbitrários, e tornou-se um marco civilizacional.

Poucos meses depois, em 23 de maio de 1949, é aprovada a Constituição da República Federal Alemã, conhecida por Constituição de Bona, que, na linha da DUDH, foi ainda mais longe, explicitando claramente no n.º 1 do artigo 1º: «Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt» [«A dignidade humana é intocável. É obrigação dos poderes estaduais tê-la presente na sua ação, bem como protegê-la»].

Em suma, a natureza humana e a curiosidade e capacidade de o Homem investigar, conhecer e evoluir com o que conhece permitem avanços científicos e tecnológicos de que a sociedade pode beneficiar, mas, se forem alcançados arbitrariamente, sem limites éticos, i.e., se forem obtidos à custa do indivíduo e da sua condição de ser vulnerável, ou à custa de grupos individualizados pela sua fragilidade, são ilegítimos porque lesam a dignidade humana, valor “intocável”, mesmo perante poderes estaduais democraticamente construídos.

3. Conhecimento científico, integridade da pessoa e consentimento informado

Dando um passo mais, entende-se hoje comumente que o progresso das ciências médicas tem de respeitar a integridade da pessoa.

De raiz latina, o temo “integridade” (*integritas*) resulta da junção do prefixo “in” que significa negação, com o verbo “tangere”, que significa tocar. Como substantivo, “integridade” tem o sentido de algo intacto, que se encontra em estado puro. Usado em união com o termo “pessoa” — integridade da pessoa — integridade significa que, nas suas diferentes dimensões — física, psíquica, espiritual —, a pessoa é intocável.

A intocabilidade da pessoa e consequente manutenção da sua integridade emana da condição de ser digna. Perante as demais, cada pessoa movimenta-se, decide, faz escolhas, tem autonomia. É um valor que se impõe aos demais, pela dignidade que dela faz parte e que, sendo reconhecido, merece respeito. Na conhecida formulação kantiana, a pessoa é um fim, nunca um meio e, nessa medida, é razão de proteção dos outros e da sociedade.

Neste enquadramento e no plano político, tendencialmente holístico, o *Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos*, aprovado pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 16 de

dezembro de 1966, procura ser também um marco. Avançando na linha já traçada pela DUDH³, contém uma proibição claramente dirigida a defender a integridade da pessoa perante experiências médicas ou científicas. Efetivamente, dispõe o artigo 7º: «Ninguém poderá ser submetido a torturas, penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Em particular, ninguém será submetido sem o seu livre consentimento a experiências médicas ou científicas»⁴. O direito à autonomia do paciente, a ilegalidade da coerção, a exigência do consentimento livre e informado tornam-se dados adquiridos no Direito Internacional.

Apesar disso, nos anos setenta, ofensas graves à dignidade humana, ocorridas em hospitais norte-americanos, levaram o Congresso dos Estados Unidos a criar uma comissão que, em 1978, com o objetivo de prevenir situações similares, apresentou um relatório — *Relatório Belmont* —, que identifica princípios cujo cumprimento se impõe em experiências médicas com seres humanos. Em concreto, o documento distingue a prática clínica da investigação biomédica, acentua a necessidade do consentimento informado da pessoa visada pela investigação ou prática clínica, exige a avaliação da relação risco/benefício do ato clínico ou experiência, e recomenda uma criteriosa seleção das pessoas para a investigação⁵.

Alguns anos mais tarde, definindo princípios éticos reguladores da medicina, ciências da vida e tecnologias associadas, na sua aplicação aos seres humanos, a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, aprovada por aclamação na Conferência Geral da UNESCO, em outubro de 2005, dispõe, no artigo 8.º: «A vulnerabilidade deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e das tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.» A integridade da pessoa é claramente definida como um direito negativo, de não-interferência, de que todas as pessoas são titulares.

³ Recorde-se o que dispõe o artigo 5.º da DUDH: «Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes».

⁴ Portugal assinou o *Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos* em 7 de outubro de 1976, aprovou-o através da Lei n.º 29/78, de 12 de junho e, em 15 de setembro de 1978, o mesmo entrou em vigor.

⁵ Em 1979, Tom Beauchamp e James Chidress, membros da comissão, publicaram «*Principles of Medical Ethics*», no qual analisam os princípios do Relatório Belmont. Ver referência em Talita Cavalcanti Arruda de Moraes e Pedro Sadi Monteiro, *Conceitos de Vulnerabilidade humana...*, já citado.

Nesta linha, havendo consentimento prévio, livre, esclarecido e informado da parte das pessoas visadas (artigo 6º: «Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento livre, prévio e informado da pessoa em causa com base em informação adequada...») ou, no caso de pessoas incapazes de se exprimir livremente, havendo autorização dos respectivos representantes legais, após adequada informação (artigo 7º), nada impede, no âmbito da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, a realização de intervenções médicas e pesquisas científicas. Por outras palavras, aquele a quem o ato médico ou a pesquisa científica se dirige pode, pessoalmente ou através de representante legal, consentir na sua realização, e, ciente da sua integridade e autonomia, pode também livremente revogar o consentimento que tiver antes dado (artigo 6.º).

A correção, suficiência e adequada transmissão da informação por parte dos médicos que têm o dever de a fornecer, de um lado, e o consentimento prévio, livre e esclarecido da parte de quem vai ser intervencionado, de outro, tornaram-se os polos de uma equação cujo objetivo, na certeza da vulnerabilidade humana, consiste em garantir que a integridade de cada pessoa seja salvaguardada. Uma garantia que não prejudica a continuidade da promoção dos cuidados médicos adequados a quem deles necessita, bem como a continuidade dos avanços da investigação científica na área das ciências da vida e da saúde — tenha-se presente que, por exemplo, a prevenção do escorbuto, a vacina contra a varíola, a descoberta da insulina, etc., foram obtidos através do estudo de seres humanos e não de experiências em cobaias. A dignidade humana proíbe experiências abusivas, sob coerção ou desnecessárias, mas não impede experiências livre e previamente consentidas, após informação correta, suficiente e adequadamente transmitida por profissionais competentes.

Em suma, a proteção da vulnerabilidade humana e o reconhecimento da integridade da pessoa individualmente considerada, que emanam da sua dignidade, moldaram, no pós-Segunda Grande Guerra, direitos humanos e princípios que limitam a ação médica e a investigação científica associada, demandam boa comunicação e interação entre profissionais e cientistas ou destinatários da ação clínica, bem como exigem que as informações prestadas sejam esclarecedoras, transmitidas de forma suficiente e adequada, com o objetivo de permitir aos visados, em liberdade, a recusa ou o consentimento de atos médicos ou de experimentação clínica.

4. Integridade pessoal, autonomia da vontade e discursos de direitos: em especial, direitos humanos e direitos fundamentais

Os princípios aprovados na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* estão desenvolvidos em inúmeros ordenamentos jurídicos, nomeadamente o português, e recolhem a experiência jurídica dos anos de vigência da DUDH.

Com efeito, nascido com a DUDH, o *discurso dos direitos humanos* foi-se afirmando em variadíssimos documentos de Direito Internacional Público, também de índole geograficamente mais restrita e/ou materialmente mais limitada⁶. Ao mesmo tempo, o referido discurso foi criando, no plano global, *standards* culturais que materialmente inspiraram e continuam a inspirar os Estados de Direito e as organizações internacionais na definição de normas e recomendações. Por outro lado, muitos Estados de Direito ajustaram, nos respetivos documentos constitucionais e legais, o discurso dos direitos humanos, dando origem a um outro discurso, o *discurso dos direitos fundamentais*. Enquanto o *discurso dos direitos humanos* emana das Declarações Universais ou Internacionais e se fundamenta no entendimento que da pessoa humana, na sua dignidade, têm os povos ou sociedades políticas que subscreveram essas declarações, bem como o histórico cultural que conduziu às respetivas aprovações, o *discurso dos direitos fundamentais* é mais restrito, já que emana das Constituições dos diferentes Estados de Direito e respetiva mundividência humana e social. O discurso dos direitos fundamentais em Portugal difere do discurso dos direitos fundamentais em Espanha, em França, nos Estados Unidos, no Canadá ou na Alemanha, porque as Constituições destes Estados acolhem de forma culturalmente diversa e moldam mais ou menos amplamente tais direitos, em razão da respetiva história política e jurídica e, ainda, em razão da forma como pretendem projetar-se no futuro.

Neste sentido, a Constituição da República Portuguesa de 1976 estabelece, no artigo 16.º, que os direitos que expressamente define e garante são interpretados de acordo com a DUDH, entrelaçando os direitos fundamentais nos direitos humanos, embora o ordenamento

⁶ Falamos de documentos como a *Convenção Europeia dos Direitos do Homem* (1950), a *Declaração Americana dos Direitos Humanos* ou *Pacto de S. José da Costa Rica* (1969), o *Pacto Africano para os Direitos Humanos e dos Povos* (1979), a *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia* (2000), mas também de múltiplas declarações de direitos humanos setoriais, desde logo aprovados pela UNESCO, a OMS, etc.

jurídico português e as suas raízes culturais tenham completa autonomia. Assim, quando, no n.º 1 do artigo 25º, sob a epígrafe «Direito à integridade pessoal», a Constituição da República Portuguesa determina: «A integridade física e moral das pessoas é inviolável» e no n.º 2: «Ninguém pode ser submetido a tortura nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos», está a recolher a cultura jurídico-política subjacente ao já aludido artigo 5º da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*⁷ e a projetá-la na cultura jurídico-política do Estado português, que, por força da mesma Constituição, se baseia na dignidade da pessoa humana (artigo 1º: «Portugal é uma República baseada na dignidade da pessoa humana [...])», tem por objetivo não a lesar e, mais do que isso, tem o dever de a proteger perante eventuais ofensas.

Não admira que o consentimento esclarecido de atos médicos ou de experimentação médica por parte de quem é por eles visado seja juridicamente consagrada no ordenamento jurídico português⁸, que recolhe também os princípios da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, criminalizando o Código Penal Português as intervenções e

⁷ Cfr. primeira nota deste capítulo.

⁸ A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, garante, na Base 2.ª, n.º 1, al. f), o direito a «decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos [...]»; por sua vez, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, aprovada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, na Base V, n.1, al. e), garante o direito do doente «participar nas decisões sobre cuidados paliativos que lhe são prestados [...]»; tenha-se presente, ainda, a Lei n.º 31/2018, de 18 de julho, que estabelece o direito de recusa de suporte artificial das funções vitais por parte das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, depois de devidamente informadas (artigo 5º, n.º 3). Ver também a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolida os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, no artigo 3º, n.º 1: «o consentimento ou a recusa da prestação de cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida». A Lei sobre Informação de Saúde e Informação Genética, aprovada pela Lei n.º 12/2005, de 16 de janeiro, exige também o consentimento informado em situações expressamente elencadas e, quanto à investigação clínica, a Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, exige também, e por maioria de razão, o consentimento informado. O Código Deontológico da Ordem dos Médicos recomenda amplamente os médicos a ser particularmente cautelosos nesta temática e, depois de enunciar o «dever de o médico respeitar a pessoa do doente» (artigo 14º, nº1), define as regras da recusa e do consentimento informado do doente (artigos 14º e ss). Tenha-se presente, finalmente, a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital.

tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários (artigo 156º), além de expressamente definir o que se considera “consentimento” efetivo e presumido (artigo 39.º, n.º 2). E tão-pouco admira que grupos específicos da sociedade, em razão da sua vulnerabilidade, tenham proteção legal específica perante atos médicos ou de investigação clínica, como acontece, além de mais, com os menores, os doentes mentais ou as pessoas com uma carga genética diferenciada e suscetível de criar estigmatização social⁹.

Em suma, o pós-Segunda Grande Guerra marcou a evolução cultural e científica da civilização ocidental e desenvolveu, em redor da DUDH (1948), um *discurso de direitos humanos* fundado na dignidade da pessoa, na vulnerabilidade desta, mas também na sua integridade perante poderes tendencialmente ilimitados, um discurso que entrou nas Constituições estaduais pela via de poderes democráticos, juridicamente fundamentados e limitados, e pela via de direitos pessoais perante o poder do Estado, dando origem, além do mais, ao *discurso dos direitos fundamentais*.

5. Dignidade humana, património comum da humanidade e a exigente renovação do discurso ético e jurídico

Porém, nos últimos tempos, a sociedade foi-se alterando culturalmente, tornando-se acentuadamente tecnológica e consumista, dando lugar a novos modos de lesar a vida humana, de si frágil e vulnerável, que também surgem da propagação fácil de vírus desconhecidos.

5.1.O crescente bem-estar individual e social, proporcionado por avanços científicos, disseminou rotinas, aumentou o nível económico das sociedades, forçou o aparecimento de novas necessidades de bem-estar individual e social que pressionaram mais avanços científicos e tecnológicos, bem como novos consumos. Desta espiral de comportamentos — a ciência mostra-o — resultaram, além de mais, perda de biodiversidade, esgotamento de recursos naturais, alterações climáticas que, por sua vez, geram fenómenos meteorológicos extremos e

⁹ Cfr. Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro; Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho, que, além do mais, regula o internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica; e Lei sobre Informação de Saúde e Informação Genética, aprovada pela Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, regulada pelo Decreto-Lei n.º 131/2014, de 29 de agosto.

inesperados, de elevado poder destrutivo, bem como situações de seca progressiva, o que, por seu turno, conduz à pobreza, à fome, à lesão de vidas humanas. Porém, ao contrário do que, no final dos anos quarenta do século XX, se concluiu, a lesão da(s) vida(s) humana(s) não se afere agora a partir de um poder arbitrário, exercido sobre uma ou outra pessoa ou grupos de pessoas, na sua fragilidade individual ou de grupo. Aferre-se, isso sim, por comportamentos individuais e sociais diversificados e alargados, pelo que apelar aos direitos humanos e erguê-los perante um poder identificado como arbitrário, sujeitando-o a normas jurídicas, não trava a capacidade de lesar a vida humana nem impede futuras lesões. No enquadramento descrito, a lesão da vida humana e, a prazo, da vida da humanidade, resulta da prática reiterada, nas sociedades tecnológicas e consumistas, de condutas humanas e sociais. No seu conjunto e interligação, são estas que estão a esgotar os recursos naturais, a diminuir a biodiversidade, a elevar a temperatura do ar e dos oceanos, a provocar perturbações climáticas. O *discurso dos direitos humanos*, fundado na dignidade da pessoa perante poderes abusivos, e que contribuiu para a modelação de *Estados de proteção de direitos fundamentais*¹⁰, tem dificuldade em travar as lesões generalizadas à vida humana, de si vulnerável, em especial na sua progressão futura, resultantes da própria ação humana.

Organizada pela ONU, para debater e fazer retroceder o processo progressivo de degradação ambiental, a Conferência de Estocolmo (1972), na qual estiveram presentes os governos de mais de cem Estados e participaram muitas organizações não-governamentais, aprovou princípios norteadores de ação conjugada das sociedades a nível planetário, nomeadamente o *reconhecimento do direito humano a um meio ambiente de qualidade, capaz de permitir ao Homem viver com dignidade*. Para além de pôr em marcha um movimento de preocupação relativamente ao estado do meio ambiente, a Conferência de Estocolmo discutiu as ideias que, em 1983, permitiram a formulação do *princípio do desenvolvimento sustentável* pela Comissão Mundial para o Meio Ambiente, e encetou o debate sobre as alterações climáticas e a necessidade de inverter o processo evolutivo das sociedades, uma realidade que o Acordo de Paris (2015) e o Acordo de Glasgow (2021) se esforçam por consagrar.

¹⁰ Cfr. Jorge Pereira da Silva, *Deveres do Estado de Proteção dos Direitos Fundamentais*, UC Editora, 2014.

Todavia, foi o filósofo Hans Jonas quem, em 1979, introduziu, no modo de fazer face à realidade humana e social recém-surgida, a ideia-chave da *responsabilidade de todos pela vida, na sua continuidade futura*¹¹. Para Hans Jonas, é a negação do “não ser” do Homem, no plano ontológico, que torna cada pessoa responsável por todos os outros, presentes e vindouros. O discurso dos direitos humanos, ainda presente na Conferência de Estocolmo no desenho do *direito humano a um meio ambiente de qualidade, capaz de permitir ao Homem viver com dignidade*, dá lugar, com Hans Jonas, à *responsabilidade*, transformada em princípio ético, da qual emergem *deveres humanos* dirigidos a todos e cada um, na ligação que tiverem ao lugar da Terra que habitam e na ligação relacional de cada pessoa com o(s) outro(s). Porque se cada um é livre de gozar a sua liberdade quando não lesa a vida do(s) outro(s), deixa de ser quando tem a consciência de que a afeta negativamente. Quando adquire essa consciência, o direito à liberdade volve-se em dever de não lesar o(s) outro(s).

Efetivamente, de si vulnerável, a vida humana sabe-se ser hoje lesada pelo exercício do poder/liberdade das pessoas, na sua conjugação e interligação com outras, em sociedades tecnológicas e de bem-estar. Travar essa lesão ou impedi-la para o futuro impõe especiais deveres humanos, de ação e omissão, que decorrem da responsabilidade pela integridade da vida que, sendo de cada um, é também dos outros. Partilhada por todos — pode afirmar-se ser *património da humanidade* —, a vida está para além da proteção que, individualmente ou em grupo, cada um lhe possa dar. A sua fragilidade reclama proteção, que só se alcança se todos — individualmente e organizados em sociedades, incluindo estaduais — nela se empenharem adequada e cooperativamente, na circunstância em que cada um vive e se encontra.

Exercício de um direito humano, fruto da autonomia pessoal e integridade individual, a liberdade é orientada pela responsabilidade, que a antecede. Porque se a vida de cada um é parte da vida pertença de todos, a liberdade individual só existe enquanto a vida (na parte que transcende a individual) for preservada, pelo que a responsabilidade de cada um pela vida precede a sua liberdade, condicionando-a.

¹¹ *Das Prinzip Verantwortung, Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Inseln Verlag, Frankfurt am Main, 1979. Cfr. a tradução para o português publicada pela Editora PUC Rio, *O princípio responsabilidade. Ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*, 2006.

Perante o que se afirma, há que concluir que a responsabilidade não limita a liberdade pessoal pelo facto de a integrar. Limita-a porque a precede; limita-a porque é uma resposta de proteção da vida dos outros e da sua, antes de ser uma resposta à própria liberdade individual.

Em suma, os deveres de proteger o(s) outro(s), os deveres de cuidar do(s) outro(s), fruto da vulnerabilidade da vida, decorrem da responsabilidade como princípio ético, ao mesmo tempo que condicionam cada um, em situação, no exercício da respetiva liberdade individual — *responsabilidade comum, embora diferenciada pela circunstância vivida por cada um*.

No plano jurídico-constitucional e em Portugal, a Constituição da República de 1976, sucessivamente revista em 1982, 1989, 1991, 1997, 2001, 2004 e 2005, já reflete o pensamento ético enunciado, absorvendo-o juridicamente. Com efeito, a Constituição portuguesa consagra, pioneiramente a nível mundial, e na linha do princípio definido na Conferência de Estocolmo (1972), no n.º 1 do Artigo 66º, de um lado, «Todos têm direito a um ambiente de vida humano sadio e ecologicamente equilibrado», acrescentando, de outro lado e de imediato, «e o dever de o defender». Ao mesmo tempo, e ainda de outro lado, atribui, no n.º 2, específicos deveres ao Estado de proteção do direito ao ambiente, a cumprir com a participação dos cidadãos. O reconhecimento de que cada ser humano pode ser fonte da lesão do «ambiente de vida humano sadio e ecologicamente equilibrado», e por isso tem o dever de o não lesar é clara.

5.2. A conclusão a que se chegou merece ser equacionada no enquadramento emergente da crise sanitária provocada pela pandemia COVID-19, o vírus que se dissemina por contágio pessoa a pessoa, podendo afetar gravemente a saúde e causar a morte.

Identificado cientificamente o vírus, foi possível, usando novas técnicas, nomeadamente a tecnologia mRNA, e mediante o forte apoio financeiro dos Estados, criar cientificamente, produzir industrialmente e disponibilizar vacinas com potencial de atenuação da gravidade dos efeitos da doença¹². Surgidas em curto espaço de tempo, as vacinas,

¹² A quase imediata disponibilização da sequenciação genómica do vírus (janeiro 2020), vários estudos pré-clínicos desenvolvidos em laboratórios para vírus similares, uma tecnologia nova baseada em adenovírus e em mRN, o financiamento, público e privado, da investigação, nunca antes visto e a colaboração dos

ministradas em larga escala em diferentes Estados, estão a permitir travar a progressão da doença e minimizar os efeitos daqueles que a contraíram. Em certos Estados, porém, a vacinação está a demorar por razões económicas e, noutros, por recusa dos cidadãos em se vacinarem. Em qualquer dos casos, é mais custoso e difícil travar a progressão da doença (o contágio tem escala global), para além de que quem não está vacinado e for contagiado tende a sofrer efeitos mais graves do que os vacinados.

A liberdade de recusar ou consentir na toma de vacinas encontra justificação no *discurso dos direitos humanos*, vertido ou não em *discurso dos direitos fundamentais*, mas afasta-se do princípio da responsabilidade pela vida, entendida como bem ou valor que, sendo de todos, não é só de quem exerce a liberdade de recusar a toma da vacina. Por outro lado, o facto de os Estados não enviarem vacinas para os Estados delas carenciados, podendo fazê-lo, encontra justificação na *boa gestão do erário público*, mas afasta-os da responsabilidade comum dos Estados pela proteção da vida humana, constitucionalmente garantida, embora diferenciada pelas circunstâncias.

Perante a situação descrita, várias questões merecem atenção. Entre elas, elencam-se as seguintes, com interesse para o tema em análise: a investigação científica conducente à descoberta das vacinas; o financiamento, acompanhamento da produção e certificação das vacinas pelo Estado; a comunicação competente e esclarecedora aos cidadãos, feita pelo Estado, sobre as virtualidades das vacinas, a sua benignidade e o risco envolvido na toma; o consentimento livre e esclarecido por parte de quem é vacinado; e, por fim, o tratamento jurídico dos que recusaram a vacina.

Quanto à primeira questão, há que reconhecer, nos *Estados de Direito*, que todo o processo de investigação conducente à descoberta das vacinas está sujeito a uma normatividade específica. O objetivo desta normatividade é simples: garantir a sua eficácia e o mínimo de risco para a vida e saúde humanas, de acordo com princípios jurídicos

laboratórios de investigação em todo o mundo permitiram, de um lado, encurtar significativamente o tempo de testagem das vacinas e, de outro, o desenho de várias vacinas contra o COVID-19. Cfr. documento provisório de suporte ao *Relatório sobre o Estado da Aplicação das Novas Tecnologias à Vida Humana*, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, de dezembro de 2021, em discussão pública.

de precaução e de proporcionalidade, cujo cumprimento os *Estados de Direito* asseguram.

Quanto à segunda questão, concretamente o acompanhamento e financiamento da produção e certificação das vacinas, aos *Estados de Direito* compete garantir, na produção e disponibilização das vacinas, o cumprimento das normas e princípios jurídicos de proteção da saúde e vida dos cidadãos, nomeadamente as que se referem à qualidade e segurança das vacinas, exercendo controlo sobre todo o processo, e financiando-o, tudo sob escrutínio democrático dos cidadãos. Baseado na dignidade da pessoa humana, o *Estado de Direito* que não cumpra a referida função de proteção estará a autodestruir-se.

Quanto ao esclarecimento dos cidadãos sobre as potencialidades e riscos das vacinas, é importante reconhecer que falha, neste particular, o imediatismo da relação médico/utente dos serviços de saúde que caracteriza juridicamente o já aludido “consentimento informado” (responsabilidade pela informação médica/liberdade de decisão do utente). Por definição, a pandemia COVID-19 obriga à mediatização da informação através dos mais variados meios de comunicação social, prejudicando o esclarecimento de dúvidas e receios dos cidadãos, que se ampliam sendo várias as vacinas disponíveis, obtidas num curto espaço de tempo, com fórmulas distintas e competindo com a informação incontrolada das redes sociais. Prestada pela organização do *Estado de Direito* aos cidadãos, a comunicação da informação sobre as vacinas torna-se, por isso, particularmente exigente, na simplicidade, acessibilidade da comunicação e no esclarecimento de receios e dúvidas, porquanto, em grande medida, nela reside a confiança indispensável à vida em sociedade pacífica e justa.

Quanto à liberdade de cada um consentir ou recusar tomar a vacina, deve lembrar-se que esta liberdade foi reconhecida, no final dos anos quarenta do século XX, como um *direito humano* de proteção da integridade da vida, na sua vulnerabilidade, perante poderes arbitrários. Todavia, a situação criada pela pandemia alterou completamente os termos da questão.

Com efeito, de um lado, o poder que acompanha a criação e disponibiliza a vacina — o poder de um *Estado de Direito* — funda-se na dignidade humana, tem por função proteger os direitos dela emergentes, é democrático, i.e., está sob permanente escrutínio dos cidadãos. De outro, o valor ou bem a salvaguardar através da toma da vacina é a vida humana, de si frágil perante um vírus que contagia pessoa a pessoa.

Quem decide tomar ou recusar uma vacina contra o COVID-19 não está, por isso, a exercer a liberdade sobre a ‘sua’ — e só ‘sua’ vida — mas sobre a vida que, sendo a sua, é também, em parte, a dos outros. Quem decide está a decidir sobre um bem — saúde/vida — que não lhe pertence por inteiro porque é património de todos. Tal como se viu antes em situação similar, a responsabilidade pela vida — a sua, mas também a dos outros — condiciona a liberdade de quem decide.

Com efeito, a exemplo do que acontece, além de mais, na já aludida situação de emergência climática, também o *discurso dos direitos humanos* não é suficiente para conter a pandemia COVID-19. É necessário convocar também a *responsabilidade* e o *discurso dos deveres nascidos em situação*. Se a vida humana é vulnerável e não inteira pertença de quem decide, o exercício da liberdade individual de recusar ou consentir tomar a vacina é condicionado pela responsabilidade por cuidar da vida dos outros.

É necessário convocar a legislação que prevê e regula o *consentimento informado prévio aos atos clínicos*, já aludida, já que tomar a vacina contra o COVID-19 exige consentimento. Porém, convocar essa legislação não basta. Importa reinterpretá-la à luz da tomada de consciência de que a vida humana, no enquadramento vacinal COVID-19, não é exclusivamente a de quem consente ou recusa vacinar-se, cujo ser, na sua integridade, o *consentimento informado prévio* garante, mas a vida dos outros, cuja responsabilidade é, também, sua, em razão do *continuum* de vida que flui socialmente. Uma tal consciência decorre do conhecimento científico atualizado sobre o vírus e sobre o seu comportamento nos seres humanos, conhecimento que, tal como outros saberes científicos ou técnicos, entra no sistema normativo do Estado de direito, em virtude da sua *permeabilidade*, e por ele flui, permitindo a sua aplicação adaptada à historicidade cultural com que a sociedade se reflete na sua evolução¹³.

Neste quadro, perante a cientificamente reconhecida malignidade do vírus e a também cientificamente reconhecida capacidade de contágio pelo ar pessoa a pessoa, a que acresce a informação competente, suficiente e acessível sobre os benefícios da vacina e sobre as cautelas

¹³ Sobre o assunto, Pierre Moor, *Perméabilités du système juridique. Essais sur le droit de l'État de Droit*, Collection Diké, 2016; Maria da Glória Garcia, «Breve reflexão sobre o direito e os seus limites, porosidades e permeabilidade» in *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa, Classe de Letras*, em publicação.

inerentes, informação amplamente veiculada pela organização estadual, o consentimento ou a recusa em tomar a vacina é juridicamente condicionada também pela responsabilidade pela vida dos outros. Porque em causa não está só a vida de quem exerce a liberdade de recusar ou tomar a vacina, mas a vida compreendida como património de todos.

Tenha-se, neste quadro, presente o disposto no artigo 1º da *Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos*, contendo princípios éticos sobre as consequências dos avanços científicos em relação ao genoma humano¹⁴, aprovada pela 29.ª Conferência Geral da UNESCO, em 11 de novembro de 1997: «O genoma humano tem subjacente a unidade fundamental de todos os membros da família humana, bem como o reconhecimento da sua inerente dignidade e diversidade. Em sentido simbólico, constitui o património da Humanidade.».

Finalmente, uma palavra para o tratamento jurídico dos que se recusam a tomar a vacina (ou não comparecem a tomá-la), conhecendo o risco que criam para a sua vida e saúde e para as dos outros.

6. Discurso jurídico-constitucional, direitos circulares, renovação do discurso político

6.1. Perante o que fica dito, a Constituição de 1976, que baseia a República Portuguesa na dignidade humana — «Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana [...]» (Artigo 1º) —, contém um desafio a que se não pode ficar indiferente. Compreender esse desafio, nele participar e contribuir responsavelmente para soluções mais justas impõe-se.

Tal como constitucionalmente definidos, o *direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover* (Artigo 64.º), bem como o *direito a um ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado e o dever*

¹⁴ Os avanços da investigação científica na área da genética humana têm-se acelerado de tal ordem, particularmente depois da descoberta da sequenciação do ADN, que se equacionam interferências no genoma humano através do método CRISPR Cas9, cujos resultados podem, a prazo, alterar o que até agora tem caracterizado globalmente a Humanidade. Em si um método que apresenta inegável progresso científico no diagnóstico e consequente terapêutica de doenças genéticas, o CRISPR Cas9, que determinou a atribuição, em 2020, do Prémio Nobel da Química a Emmanuelle Charpentier e Jennifer Doudna, eleva também decisivas questões éticas, a demandar especial responsabilidade e limites à ação dos investigadores, desde logo juízos precaucionais e de proporcionalidade.

de o defender (Artigo 66.º) abrem espaço a uma nova categoria de direitos fundamentais, os direitos-circulares ou direitos que também são deveres, na esfera jurídica de quem os exerce. À luz dos direitos circulares, reler o *direito humano como liberdade*, bem como o *dever humano como responsabilidade* implica refletir de novo sobre o Homem, ou melhor, sobre a humanidade do Homem e inerente capacidade de ser sujeito do direito¹⁵, muito mais do que destinatário de normas ou sujeito de direitos e deveres.

Com efeito, é como sujeito do direito, nesta renovada forma de o Homem responsabilmente e livremente se compreender em sociedade política — *Estado de Direito* —, que os padrões comportamentais se tornam mais exigentes e demandam novos equilíbrios, na obediência a renovados princípios jurídicos como os da precaução, da sustentabilidade, da razoabilidade, da confiança, da proporcionalidade, etc., adequados aos crescentes avanços científicos da atual civilização. Desde logo a análise do risco, inerente ao juízo precaucional, e as condicionantes do exercício da liberdade, presentes no juízo proporcional, conduzem a uma mais complexa quanto incerta decisão de agir ou não agir, em razão de um saber científico e técnico que flui pelos interstícios do sistema jurídico do Estado de direito, as suas permeabilidades, e lhe permite, a cada momento “respirar”.

Neste mais alargado enquadramento, não basta afirmar ser a liberdade individual limitada pela liberdade dos outros, porque essa liberdade é limitada também por deveres que quem é livre igualmente possui, emergentes da responsabilidade pelos bens ou valores sobre que tem de decidir e que não lhe pertencem em exclusividade, já que são de todos (para além de serem também seus).

Na verdade, sempre que a liberdade individual se exerce sobre bens ou valores que não pertencem por inteiro a quem decide, agir ou não agir, bem como o modo como se age são limitados e conformados pela responsabilidade que quem decide também tem em relação à parte dos bens ou valores que pertence aos outros. Essa responsabilidade impõe-lhe especiais limites quanto à sustentabilidade dos bens, na sua continuidade futura, equacionar novos equilíbrios de proporcionalidade, bem como formular particulares juízos de equidade, na certeza de que a vulnerabilidade da condição humana e a sua inerente fragilidade não

¹⁵ Na conhecida aceção de António Castanheira Neves, *O direito hoje e com que sentido? O problema atual da autonomia do direito*, Instituto Piaget, 2002, p. 75.

se reconhecem somente perante poderes tendencialmente arbitrários e absolutos gerados no âmbito das sociedades políticas. Na sua vulnerabilidade, cada Homem pode ser lesado por outro Homem, em sociedade, no uso de uma liberdade que por todos lhe é juridicamente reconhecida; evitar a lesão implica descobrir, na responsabilidade que antecede o uso dessa liberdade, os limites da própria ação. Por outras palavras, significa descobrir que há direitos ligados a deveres, na mesma esfera jurídica: direitos circulares.

6.2. Longe no tempo, Thomas Hobbes concluiu que os Homens, em estado de natureza, tinham todos os direitos, mas viviam em guerra permanente, lesando-se mutuamente e pondo permanentemente em causa as suas vidas. O Homem era lobo do Homem (*homo homini lupus*)¹⁶. Sobre essa ideia-chave Thomas Hobbes construiu o contrato social¹⁷, através do qual os Homens alienam os seus direitos originários a um poder concentrado, capaz de manter a paz em sociedade política. As revoluções liberais transpuseram o ideal revolucionário contratualista de Thomas Hobbes, mas também de John Locke e Jean Jacques Rousseau, para a realidade dos factos, abrindo caminho ao movimento constitucionalista, bem como ao Estado de direito democrático que, passando por vicissitudes várias, ao longo de duzentos anos, se encontra hoje perante desafios estruturantes, por onde de novo ecoam ideais humanistas bem presentes nos autores contratualistas.

Em busca de soluções, mergulhar nas origens, refrescando a reflexão, é caminho que se faz caminhando. E refletindo, na esteira do pensamento de Thomas Hobbes, pergunta-se: os direitos sobre bens ou valores indivisíveis, património da humanidade, e, logo, da responsabilidade de todos, não serão direitos individuais originários insuscetíveis de alienação que, por isso de não permitirem ser alienados, criando um centro político que os proteja e garanta, se mantêm na sua esfera de ação, atuando como deveres de proteção e garantia?

¹⁶ Revisitar a conhecida obra *Leviatã*, do século XVII (1651), de Thomas Hobbes, é, neste tempo, uma interessante forma de refletir sobre a atualidade do exercício do poder político num Estado limitado pelo direito. A obra está traduzida para o português. Ver *Leviatã*, Imprensa Nacional — Casa da Moeda, Lisboa, 2010.

¹⁷ Sobre o pensamento de Thomas Hobbes, ligado ainda ao poder absoluto do rei, mas transportando revolucionariamente o princípio democrático, Diogo Freitas do Amaral, *História do Pensamento Político Ocidental*, Almedina, 2011, pp. 167-178.

7. Recusa injustificada da vacina contra o vírus da COVID-19

Termino formulando uma interrogação, em concreto a interrogação desde o início subjacente a este texto, esperando que o leitor, ao responder, encontre algum subsídio na reflexão ética, jurídica e política expendida.

A interrogação é a seguinte:

Encontrando o *consentimento informado*, legalmente previsto, justificação na defesa da dignidade e fragilidade humanas perante poderes potencialmente lesivos, pode considerar-se juridicamente fundado o comportamento de quem, suficientemente informado, esclarecido e sem razão justificativa, recusar tomar uma vacina devidamente testada contra um vírus que, através do ar, contagia pessoa a pessoa, e pode provocar a morte?

Cobardes e egoístas, heróis e santos

JOÃO CORTEZ DE LOBÃO

Co-Presidente da Fundação Gaudium Magnum

Em pleno século XXI a pandemia do COVID-19 foi uma calamidade cujo desenvolvimento nos parecia impossível, vindo a revelar-se de tal forma global e trágica que afetou mais ou menos violentamente todas as regiões do mundo sem exceção. Descobrimo-nos verdadeiramente globais. E apesar disso, nessa globalidade, demos por nós sozinhos, impotentes.

A pandemia mostrou uma multiplicidade de situações: se por um lado nalgumas coisas conseguimos superarmo-nos a nós próprios, aos nossos medos e aos nossos egoísmos, por outro, surpreendentemente, entrincheirámo-nos noutros medos e noutros egoísmos.

Se por um lado a pandemia foi um drama que tocou transversalmente todos sem distinção de idade, condição social, cor ou geografia, por outro também fez-nos redescobrir a importância do nosso mais próximo, do nosso vizinho.

Se por um lado há uma constatação triste de que em muitos casos não estivemos bem, não nos apoiámos uns aos outros, olhámos para os nossos umbigos e não quisemos saber de desgraças alheias, por outro, também aprendemos que, quando há urgência, pressão popular e vontade política, somos capazes de juntar esforços para encontrar soluções como foi o feito notável de ter tantas entidades a trabalhar em conjunto para desenvolver uma vacina em alguns meses — uma globalização bem feita.

Acabámos por reconhecer que onde os estragos foram menos trágicos ou profundos foi onde a estrutura familiar deu respostas mais atempadas e serenas.

Em regra, quem mais depressa conseguiu sair de si próprio e ir ao encontro das necessidades do próximo foram aqueles que entendem a sua vida como aberta aos outros, com intencionalidade. Exemplos extraordinários disso foram os profissionais de saúde, e todos os outros que mantiveram os serviços essenciais a funcionar.

1. Redescobrimos a importância de ser família

Perante a brutalidade de um confinamento inesperado e global, fomos levados a respeitar o facto de que cada um tentou gerir à sua maneira esta nova realidade. E o que aprendemos sobre nós? Que temos imensas fragilidades e que nem sempre as sabemos partilhar, descobrimos que vivíamos muitas vezes não lidando com as coisas de uma maneira completamente franca, adiando problemas de relacionamento. A pandemia confrontou-nos com a necessidade de enfrentar temas que não estavam totalmente resolvidos e fez-nos perceber quão vulneráveis somos e que não podemos encontrar soluções sozinhos. Quem encontrou soluções sozinho durante a pandemia só criou problemas. Foi preciso arranjar maneiras de lançarmos pontes. E isso, se foi válido nas famílias, também o foi nas empresas.

2. Aprendemos que é difícil estarmos juntos no mesmo espaço a cumprir cada um a sua obrigação

Tivemos de arranjar maneiras de todos termos as nossas atividades e assim foi preciso reaprender a estar juntos fazendo coisas diferentes. E viver isso tudo com alguma serenidade, respeitando os ritmos de cada um, sendo criativo nas soluções e humildes nessa gestão. Mas também aprendemos a procurar apoio uns dos outros para fazer o que antes delegávamos em terceiros. Extraordinárias as famílias em que, com alguma organização, se dividiram e escalonaram tarefas do dia a dia.

3. A doença da solidão atingiu os mais frágeis da sociedade

A solidão dos mais frágeis da sociedade revelou-se ser uma das mais graves doenças da modernidade que se agravou desmesuradamente. Não é completamente surpreendente, mas, ainda assim, é preocupante a taxa de divórcios e suicídios com uma incidência gravíssima destes nos mais novos. Vivíamos a correr muitas vezes sem nos darmos conta de que não estávamos a tecer esses laços que só eles estruturam e dão sentido às pessoas.

Foi difícil perceber para uns e outros que as famílias não pudessem visitar os seus entes queridos nas suas próprias casas ou nos lares, agravando o sentimento de desamparo, de abandono e angústia, com efeitos que se começaram a sentir logo, mas com consequências muito nefastas

a médio e longo prazo para aqueles que, por estarem fragilizados na doença ou na velhice, ficaram mais sós na dor da solidão do isolamento. A sociedade fez por ignorar as consequências para a saúde mental e física da condenação ao isolamento total dos mais frágeis.

4 . Meios telemáticos ajudam, mas não são soluções para o ensino

Apesar de se ter reinventado no ensino à distância, compreendemos como a escola por meios telemáticos penaliza todos, em especial os alunos que têm mais dificuldades. Não resolve a formação das crianças e marginaliza os mais fracos. Agravou as situações de carência onde não foi possível providenciar computadores ou meios de acesso ao intercâmbio entre alunos e professores. Comprovou-se que a socialização é feita passo a passo e que é essencial ao bem-estar da sociedade.

5. Humanizar é tão importante como os cuidados de saúde

Talvez aqui tenhamos recebido um dos maiores ensinamentos. Tão importante como os cuidados de saúde é o acompanhamento. Impedir contactos criou problemas psicológicos, dividiu famílias, causou dor e morte, abrindo feridas que demorarão a sarar. Vimos os mais velhos completamente incapazes de utilizar os meios que permitiram aos mais novos não quebrar de todo relações que eram o seu sustento psicológico e emocional. Uns sem mãos a medir dentro da própria casa, outros sem ideia de como preencher a lonjura dos dias sem variação nem distração.

Deixar que os mais frágeis da sociedade morressem sozinhos, não poder acompanhá-los na sua dor e sofrimento ou impor aos mais jovens a proibição de visitar os mais velhos criando a ideia de que seriam potencialmente os causadores da morte dos mais velhos foi um discurso falso e desumano. Incutir nos mais novos a ideia de que a visita aos mais velhos é algo perigoso e destruidor da solidariedade entre as gerações que pode levar algumas décadas a ultrapassar.

Para quem teve acesso aos meios de informação modernos, foi notável a mais valia dada por museus, galerias, conferências, universidades que dispuseram gratuitamente conteúdos para dar conteúdo, profundidade, beleza a quem os procurasse. Novos modos de interligação foram iniciados que trarão grandes benefícios no futuro.

6. Nas empresas nem sempre é necessário haver reuniões presenciais

No trabalho do escritório citadino aprendemos que afinal nem sempre é necessário estar fisicamente em reuniões para fazer andar o processo de decisão nas empresas, e que todos os colaboradores revelaram o melhor de si em termos de generosidade e sentido de responsabilidade. Soube-se utilizar os meios modernos de comunicação e interação — não se pararam os encontros entre vários níveis de colaboradores e as decisões não se adiaram. Com a facilidade de convocação de reuniões através de meios telemáticos, até que se chegasse a um equilíbrio, um dos problemas terá sido inicialmente chamar também pessoas a mais para cada reunião, mas por outro lado conseguiu-se em muitos casos envolver outros colaboradores que vieram a revelar melhor as suas valências. Além disso, para muitas pessoas que fazem longas deslocações casa-trabalho e trabalho-casa, descobriu-se que nalguns casos é possível fazer um *mix* durante a semana com benefício para todos

7. Empresas aprenderam a ser mais próximas dos seus colaboradores

Há talvez uma tragédia pouco falada dos empresários por conta própria que não tinham outra rede senão o seu próprio trabalho, muitas vezes empregando mais algum membro da família. Mas nas empresas de dimensão local fizeram-se constantes esforços para não fazer despedimentos na sua região. Nalguns casos do interior, como foi o caso de muitas empresas agrícolas com mais de uma dúzia de empregados, com grandes responsabilidades na economia local, que passaram para o seu quadro de colaboradores permanentes uma parte dos trabalhadores eventuais num esforço de solidariedade notável. Estes casos aconteceram sobretudo quando o cônjuge de um trabalhador eventual foi obrigado a fechar o seu pequeno negócio do café ou do restaurante. O objetivo da empresa local não é o lucro, ao contrário do que se gosta de dizer, mas quer conseguir sobreviver com margem, quer tecer laços e criar valor na sua região.

8. Grandes empresas também têm afinal grande capacidade de se reinventar

Nos mercados financeiros aprendemos que as grandes empresas — em particular nos Estados Unidos — têm muito maior capacidade de se reinventar rapidamente do que os analistas esperariam. As grandes

empresas cotadas na Bolsa de Nova Iorque foram extraordinariamente céleres a desenvolver meios informáticos para se tornarem muito mais acessíveis através dos meios telemáticos — reduziram o número de “clics” para o cliente ter acesso ao produto de que precisa e melhorou-se a facilidade daquilo que o consumidor tem de fazer até chegar ao produto que procura a partir do seu telemóvel ou computador. E se, num primeiro momento, as cotações das grandes empresas tiveram quedas fenomenais, num segundo momento, recuperaram rapidamente dos mínimos, resultado da constatação de que, na maior parte das empresas, a quebra de vendas através dos canais tradicionais foi rapidamente compensada pelo aumento das vendas pelos novos canais de *internet*. E isso foi particularmente visível nas grandes cadeias de restauração. Além disso, criaram-se, de um momento para o outro, novos negócios, oportunidades e empregos ligados à entrega de produtos ao domicílio.

9. Não foram só os profissionais de saúde os grandes heróis. A agricultura também foi o exemplo discreto

Não foram só os profissionais de saúde a reagir e ir mais além na sua disponibilidade para com quem precisou dos seus serviços, mesmo em condições de acrescido risco pessoal. Foram todos os que fizeram que o *lockdown* da economia mantivesse a vida com os bens e serviços mais básicos a funcionar: aqueles que asseguraram que as fontes de energia, eletricidade, gás, água continuassem a chegar aos consumidores, as comunicações, a recolha do lixo, a segurança, a disponibilidade de novos negócios de entrega ao domicílio, todos aqueles que acorreram às famílias para alguma urgência, levando os seus serviços e aliviando pressões várias.

Também os agricultores foram heróis com quem aprendemos que não é possível suspender ou adiar operações de tratamentos e cuidado com plantas, frutos ou animais: há o compromisso ético de entregar com qualidade e em tempo os alimentos aos consumidores. No sector agrícola, alterou-se a operacionalidade, tomaram-se precauções sanitárias, equipas de campo passaram a estar dispersas e a não funcionar em grupos, o trabalho não foi interrompido.

10. A economia preocupa-se com o bem comum

Houve um bom ensinamento de referência para o futuro: compreendemos melhor o funcionamento das empresas do sector privado.

Inúmeras empresas demonstraram que a teoria marxista de que o sector privado só existe para ter lucro é afinal uma falácia.

O sector privado não é dirigido por máquinas, mas por seres humanos que têm a preocupação de tecer laços com as comunidades com as quais se relacionam e procurar acrescentar valor a todos com os quais a empresa convive direta ou indiretamente.

As empresas tiveram consciência de que é importante para o bem comum não travar a circulação do dinheiro entre clientes e fornecedores, e com isso se reduziu o risco de problemas financeiros e sociais que teria maior impacto na capacidade de manutenção do emprego e na criação de valor. Foram muitas as empresas que tiveram uma atitude suficientemente generosa para trabalhar com a tesouraria sem qualquer conforto porque estavam preocupadas com as restantes empresas a montante, na cadeia de valor, assim evitando que os elos mais fracos bloqueassem. Anteciparam sempre que possível os prazos de pagamento por forma a que os fornecedores continuassem a laborar com menor risco possível de rutura financeira. Só com esta atitude de preocupação em cultivar laços de comunidade é que a empresa ganha valor e respeitabilidade.

A economia privada não é um jogo de somas nulas em que um ganha o que o outro perde, mas sim um equilíbrio em que todos ganham — clientes, colaboradores, fornecedores, sócios, sociedade e a comunidade em geral —, acrescentando valor em cada um. Os resultados económicos do sector privado são uma consequência disso. E a pandemia também serviu para relembrar esse ensinamento económico. Essa foi claramente a minha experiência no sector agrícola.

11. Esperava-se melhor das autoridades

Numa preocupação de abarcar toda a atividade da sociedade, sistematizaram-se regras com afã por vezes sem grande bom-senso e houve muitas incongruências. Proibir terminantemente a circulação de pessoas e fechar a economia teve efeitos brutais que eram previsíveis, com consequências a longuíssimo prazo, das quais começamos apenas agora a ver os desenvolvimentos. Quando se comparam as diferentes medidas tomadas em países diversos perante a mesma realidade pandémica, constata-se resultados muito similares. Se agora é impossível não reconhecer que soluções mais drásticas não tiveram melhores resultados do que as soluções em que se tratou de implementar medidas sanitárias, mas sem fechar totalmente a economia, uma maior serenidade e visão

histórica, confiança nas nossas capacidades individuais e comunitárias, nos avanços científicos e tecnológicos poderiam ter levado os vários governos a tomar medidas mais sensatas e menos prejudiciais a médio e longo prazo. Todavia, criou-se uma histeria internacional em que parecia que os países andavam ao despique a ver quem era mais rigoroso do que os vizinhos.

Depois, se na primeira onda da pandemia, todos fomos apanhados de surpresa em relação à urgência dos cuidados médicos e hospitalares, na segunda e terceira vaga, não soubemos pôr em prática com equilíbrio e moderação o que a aprendizagem da primeira vaga nos tinha indicado: preparar com tempo a necessidade de colaboração entre todas as unidades médicas, hospitalares, privadas, públicas e militares, identificar grupos de risco e centrar os cuidados nesses, libertar os outros para uma retoma urgente e vital, fornecer indicações claras de como tratar os primeiros sintomas de COVID-19 sem “castigar” grupos inteiros não afetados.

Ainda que inicialmente todos compreendêssemos que as autoridades se depararam com enormes incógnitas e com a necessidade de tomar com urgência decisões difíceis e corajosas, e por isso mesmo houve enorme adesão às medidas propostas, foi surpreendente o autoritarismo e a arbitrariedade com que se prolongaram e intensificaram as mesmas, atropelando liberdades básicas com grande ligeireza, tratando o povo como se fosse incapaz de responsabilidade. Constatou-se que as autoridades internacionais agiram muitas vezes com grande prepotência em relação às pessoas e às populações e tantas vezes em contradição. Descobrimos também com tristeza que, apesar de toda a nossa informação e facilidade no seu acesso, a instauração e manipulação do medo é ainda um grande instrumento político.

A pandemia mostrou o pior e o melhor da humanidade: somos cobardes e egoístas, mas também somos heróis e santos.

Como pensar uma nova atividade em saúde centrada na prevenção e em que medida tal recentração pode permitir a prevenção e tratamento de novas pandemias

NUNO RIBEIRO FERREIRA

Médico

Introdução

Depois de tudo o que se fez e disse sobre a pandemia que nos tem assolado nos últimos três anos, a ânsia geral da humanidade é dar tudo isto por terminado e regressar ao normal. E aqui, uma questão fundamental se impõe: a que normal é que queremos regressar? Reconhecemos paradoxalmente que foi no dito normal que se enxertou a tão temida anormalidade que nos ceifou o modo de vida que tínhamos por adquirido. O surgimento de um novo vírus, da já conhecida família dos coronavírus e que se disseminou pelo mundo, nada tem, em biológico *strictu sensu*, de anormal.

Uma partícula viral espalha-se, e se o fizer por via respiratória, como é o caso, distribui-se na população que respira e fala, que tosse e espirra. Acontece com o coronavírus e com muitos outros. O fenómeno nada tem de novo e é até previsível e conhecido. Anormal seria surgir um vírus que se autocontivesse e uma partícula infecciosa não infecciosa é algo que não existe. Assim sendo, a tónica posta no anormal (que se vive) e no impaciente desejo do regresso ao normal (que se pretende) está profundamente enviesada.

O anormal está em nós, em muito do que se fez, e em muitíssimo mais naquilo que ficou por fazer. Queremos regressar ao normal ou antes reconfigurar a nossa forma de habitar a casa comum que é o nosso planeta, a nossa forma de ser enquanto humanidade e a nossa forma de tornar a medicina verdadeiramente um cuidar do bem da humanidade?

O SARS COV-2 não constituiu o anormal que queremos combater. O que se deveria pretender mudar é o ordinário que veio permitir tudo isto. A pandemia fez repensar, em grande medida, a nossa forma de estar na medicina — ainda predominantemente reativa; o papel da economia — que todos os dias se confunde erradamente com finanças;

o valor do político, sempre mascarado com a necessidade imperiosa do agir, justificando qualquer ação na urgência do imediato. O que a pandemia também fez, com pesados encargos para a humanidade, foi subjugar o bem comum, que deveria fundar qualquer noção de política, convertendo-o em administração de catástrofe, subjugou o ético que se eclipsou na urgência do agir e subsumiu a economia, enquanto gestão da casa, à inexorabilidade da finança. Igualmente a ecologia, que, desde algum tempo, se vem eclipsando num ambientalismo sectário, perdeu a fundamental amarra ontológica que deveria fundar a tríade homem-sociedade-mundo.

A prevenção é um imediato perante a incerteza

Quando o SARS COV-2 se disseminou pelo mundo, a medicina preventiva cedeu lugar à medicina que tradicionalmente conhecemos — a medicina de reação — a que responde à doença, minimiza a transmissão e protege os mais vulneráveis. Muita da medicina e da resposta concertada à situação limite que atravessámos foi elaborada já em pleno desenvolvimento pandémico. A incerteza da doença serviu de justificação para muitas decisões, certas ou erradas, que foram tomadas em prol da necessidade imperiosa de alguma coisa se fazer. Não caberá aqui discutir o certo ou errado dessas decisões, contudo não podemos deixar de salientar alguns pontos essenciais, úteis na defesa contra as futuras pandemias que seguramente iremos viver.

Perante a incerteza e o medo, antecipar e prevenir é a resposta necessária e obrigatória. Muitas das medidas tomadas foram unicamente baseadas no medo, embora isso viesse ocultado por formas mais ou menos científicas ou políticas de discurso. Foi o medo da morte, a própria e a de quem nos é próximo, o medo do colapso dos serviços de saúde, o medo da total paralisação da sociedade (que nunca esteve paralisada) e o medo da Crise económico-financeira, que tomou as rédeas da ação.

Ora, o humano medo perante aquilo que desconhecemos nada tem de censurável, mas, em plena crise, medo é algo sob o qual não devemos decidir, não só porque isso predispõe à imobilização e ao congelamento, mas também porque decidir por medo não é decidir nem livre, nem racionalmente, se é que há qualquer diferença nisto. Deste modo, contra o medo a ação preventiva; perante o medo, a deliberação racional; ante o medo assumir a ação humana como totalidade de sentido. Agir com

sentido, finalidade e razão é a única forma humana de agir, sinónimo de ética — substantiva e não adjetiva. Agir por agir não distingue a humanidade da bestialidade. Os animais agem porque assim tem de ser e não de outra forma. A ação humana é atuar, não porque assim tem de ser, justificação sempre cara a qualquer ato em épocas e tempos limite, mas ação que se impregna de sentido e finalidade que ela própria constitui, em apelo sempre presente ao âmago ontológico do que é estritamente ser-se um ser humano, na absoluta comunhão entre ser e agir.

A humanidade desconhecia quase tudo nesta pandemia, embora não se possa negar que muito já havia de conhecido, em face da ausência de novidade do binómio humanidade-pandemias. Para isso bastará um simples exercício retrospectivo às grandes crises pandémicas para perceber que, depois da peste bubónica, da gripe espanhola, as pandemias sempre se desconhecem, mas isso não deverá ser usado como desculpa para não fazer, fazer mal ou fazer apressadamente. Ainda há cerca de dez anos vivemos uma disseminação local, na península arábica, de um tipo novo de coronavírus — MERS-COV —, igualmente causador de pneumonia, e que se espalhou por mais de 27 países.^[1] Neste caso, a pandemia não ocorreu, como a atual, em virtude talvez da maior dificuldade de transmissão do coronavírus causador da MERS.

Grande parte dos afetados foram profissionais de saúde que tratavam de doentes infetados. Como não conhecemos as pandemias até que elas surjam e nos batam à porta, a prevenção é exercício científico racional e primordial, talvez o único. Todo o trabalho intelectual e todo o dinheiro gasto em combate às pandemias deve ser, respetivamente, tido e gasto, precisamente quando a humanidade não vive pandemia alguma. Quando ela chega, as dúvidas dissipam-se e é unicamente necessário conter a disseminação, tratar a infeção e iniciar os esforços na procura de uma cura ou vacina. É antes da pandemia que há lugar para a verdadeira prevenção e, aqui, sim, o trabalho é bem mais árduo.

A prevenção é olhada sempre com dúvida por parte de quem tem a responsabilidade de financiamento dos sistemas públicos de saúde. Quem gastará dinheiro, e muito, em estruturas de saúde, em equipamentos de proteção, em formação científica, em investigação ante uma pandemia que pode ou não vir a ocorrer? Se a mentalidade é esta, então não há outra solução senão esperar e reagir.

Deste modo uma vez mais, entramos na questão do normal a que todos queremos regressar. Não deveria ser ao ponto temporal prévio à pandemia que quereríamos voltar, mas sim a um outro tempo, a uma

outra forma de estar, seja na relação com o outro (esse que a pandemia nos fez olhar com medo), seja na relação que estabelecemos com o nosso planeta. A verdadeira prevenção das pandemias é uma tremenda revolução humana, oportunidade de repensar a ecologia — enquanto verdadeira harmonia de habitar a casa que partilhamos, não só entre seres humanos, mas entre todos os seres vivos. Não esqueçamos que muitas das pandemias que assolaram a humanidade foram causadas por bactérias ou vírus com reservatórios animais conhecidos. Em muitos países, quase todos subdesenvolvidos, muita da população mais carente trabalha na exploração desregulada de animais selvagens para alimentação, comércio ou em outras atividades, as quais, infelizmente, constituem o seu ganha-pão.

O desrespeito pelos ecossistemas naturais, a introdução na cadeia de relação humana de animais cujo ambiente natural devia ser outro, a relação de posse e apropriação para com a natureza, constitui uma forma pouco saudável de ser, que exclui a sua grandeza ontológica própria e a nossa, que deveríamos habitar a terra, em vez de a coisificarmos.

É, portanto, na questão do que queremos ser enquanto humanidade, na questão do sentido do viver verdadeiramente global e da relação que estabelecemos com a natureza, que a ênfase do novo normal deve ser posta, isto se queremos verdadeiramente assumir-nos como humanidade capaz de prevenir em vez de só reagir.

A educação para a saúde e a educação ambiental constituem duas das formas mais eficazes de prevenção. Dotar os seres humanos de conhecimento sobre a sua saúde, sobre a saúde comunitária, sobre novas formas de relação entre Homem e natureza, permite que a sua ação quotidiana e a sua forma de estar sejam verdadeiramente saudáveis, isto é, preventivas em vez de reativas.

A educação para a saúde deve estabelecer-se num vínculo indissociável entre conhecimento e ação. É nas escolas, e desde idade precoce, que deve ser fomentada a aquisição de conhecimentos sobre saúde. Às crianças devem ser ensinadas medidas básicas de promoção da saúde, formas de evitar a doença, dando-lhes as ferramentas que usarão para decidir, quando adultos, sobre si e os seus descendentes, como seres humanos capazes de atuar localmente, tendo por horizonte a saúde global e a da comunidade. E ser comunidade é precisamente isto, construir em mim e a partir de mim, um sentido de ação que abre portas ao desenvolvimento humano em seu infinito de possibilidade, sustento de uma verdadeira pólis, sentido aristotélico-platónico do que é político, que

caracteriza o ser humano, e que tragicamente vemos reduzido à condição limitadora de nacionalismos postíços e anacrónicos regionalismos.

A novidade da pandemia que vivemos não veio trazer propriamente novos problemas, mas sim agravar os que já existiam. Desequilíbrio entre oferta e procura, sobrelotação de serviços, insuficiência de recursos, desarticulação e insularidade das instituições assim desenraizadas do meio envolvente, ausência de integração de cuidados e de informação são problemas já antigos e bem identificados.^[2]

A medicina interna, especialidade ainda pouco reconhecida^[3], tem procurado identificar e resolver, pelas suas características holísticas de transversalidade e sistematicidade, alguns destes problemas, identificando prioridades, propondo soluções e antevendo desafios decorrentes da globalização, das alterações climáticas, da mudança demográfica, do bioterrorismo e do risco pandémico.^[4] Não foi só a COVID-19 que encheu os hospitais, que limitou o acesso aos cuidados intensivos, que levou à necessidade de transferência de doentes de hospital, ou de cidade, para poderem ser ligados a um ventilador. Os ventiladores sempre foram, e hão de ser, em número limitado e bem antes da COVID-19, os médicos já se desdobravam em telefonemas para todos os hospitais em redor do seu para encontrar os cuidados de que os seus doentes necessitavam.

A ideia veiculada que pretende justificar toda a ação com base na pretensão de que nenhum sistema de saúde está preparado para uma pandemia está profundamente enviesada, porque já sem pandemia alguma o sistema se mostrava insuficiente e os seus problemas crónicos de desarticulação, de segmentação com tendência “hospitalocêntrica”, do insuficiente investimento em integração de cuidados e de desconexão com o meio envolvente se faziam presentes e prementes.^[5]

Se numa situação potencialmente catastrófica existem determinados sectores da sociedade, ditos essenciais, que são chamados à sua função, parece claro que num nível basal, num tempo de não catástrofe, eles já devem estar a funcionar e em número correto para que consigam absorver e aumentar o seu trabalho, quando assim tiver de ser. Um sistema de saúde deve, no seu basal funcionamento, já ser capaz de responder integradamente a qualquer aumento súbito da procura, dentro ou fora das estruturas de saúde. O número destes agentes que respondem a situações de catástrofe, numa altura em que tudo parece estar bem, deve estar longe, muito longe, dos mínimos necessários. E isto, em saúde,

simplesmente não acontece, e não há medicina preventiva possível nestas circunstâncias.

Antes da COVID-19, muitos serviços já funcionavam no limite ou abaixo dele. Quando chegou a pandemia, outra solução não houve senão escolher. Em vez de se tratar uns doentes, trataram-se outros, porque eram as mesmas pessoas a fazê-lo. Consultas foram encerradas, algumas definitivamente extintas, os doentes postos ao abandono, os serviços de saúde quase inteiramente dedicados aos doentes COVID-19. Mesmo os outros doentes que estavam no hospital viam os seus cuidados seriamente prejudicados, porque o seu médico ou enfermeiro estava ocupado com outros doentes, muitas vezes, mas nem sempre, mais graves do que eles.

O sistema respondeu à pandemia com um custo elevadíssimo que consistiu simplesmente no abandono de todos os outros doentes. Tal facto é, porventura, uma das mais terríveis facetas da pandemia, que pôs, nos profissionais de saúde, a responsabilidade da decisão que não podem ter, ética e substancialmente falando: o fardo que é ter de escolher entre esta ou aquela vida não se encontra justificado à luz de ética alguma e nenhuma justificação pandémica é suficiente.

Esclareçamos já aqui um ponto fundamental que desenvolveremos de seguida: a pandemia, a ameaça da catástrofe e o medo situaram as ações em saúde na iminência do abismo e a ética foi totalmente esquecida, quando deveria ter sido trazida para o plano de frente da ação.

Adormecemos em nós, em prol de alguma coisa, a ideia fundamental que separa o domínio do ético e o do político. Não se pretende com isto dizer que o político não é ético, mas antes que aquilo que constitui o propriamente ético aponta em sentido diferente do político. A potência do humano, talvez a humanidade que o habita, é inexoravelmente o domínio ético em que se joga a humanidade e em que ela é liberdade. O ético é ideia fundamentalmente ontológica e o político é tudo o que daí resulta. A medicina joga-se, como toda a ação humana, no terreno do político. Disso não tenhamos dúvidas. Não obstante, o “topos” próprio de todo o ato humano, e o ato médico é só mais um, é o cerne ético, esse que, da profunda interioridade de cada um, aparece como potência. Todo o ato político deveria ser atualização da potencialidade ética humana. O problema do político aparece quanto olha o ético precisamente do exclusivo ponto de vista político e quando o ato perde o fundamento ontológico. Para o político, a ética perde a amarra ontológica, para significar algo de adjetivável e imediatamente regulável. As leis devem ser boas, de acordo, mas ética não é uma legislação, nem um

código deontológico, nem uma qualquer tábua prescritiva. A ética é de âmbito do racional e do ontológico, constituindo-se em um ato de sentido e expressão de um verdadeiro *Logos*.

O problema que tantas vezes vemos na Medicina, e vimos também na gestão pandémica, é que o político acabou esmagando o ético, rebaiando-o numa simplória legalidade, remetido a uma conduta regulada, esquecendo que a relação entre um médico, que é conhecedor, e um doente que a ele apela, mesmo jogando-se no terreno atual do político, tem o seu fundamento mais abissal nisso que há de lógico e racional. Médico e doente constituem uma unidade primordial de sentido e a ética radica aqui, neste ato absoluto. Quando o político subsume o ético, a ética torna-se algo que se regula e o propriamente humano torna-se “ético” por prescrição. Quando, contrariamente, o ético funda o político, então o ético e o político tornam-se absolutos atos e o Homem é ético por ser precisamente Homem.

Defendemos que a prevenção passa, inevitavelmente, por trazer para a linha da frente, antes, durante e depois das épocas de crise, a ética enquanto farol da ação em saúde. Esquecer o sentido ético fundacional da ação humana em virtude da emergência do agir a que a pandemia nos obrigou é agir mal.

A verdadeira ação preventiva nunca se faz descolada da ética fundamental, que ao mesmo tempo sustenta a relação de qualquer médico com qualquer doente (em sentido mais deontológico), mas especialmente a relação entre este médico concreto e este doente exato (aqui, em sentido ontológico), no seio de uma instituição justa, maximizando o bem que se faz a este doente, que não é substancialmente diferente do bem comunitário, encerrando em si o verdadeiro sentido de que é uma comunidade de seres humanos.

A virtude da prudência contra o medo

Conforme defendemos anteriormente, o imediatismo e a urgência da ação a que a pandemia nos impeliu descentraram o cuidado da pessoa, dando lugar à gestão pandémica. Demonstrámos como o esquecimento da ética constituiu, talvez, outra das facetas mais aterradoras da pandemia e trazemos agora, a propósito da relação médico-doente, a reflexão de Paul Ricoeur sobre os níveis do juízo médico e a importância do pacto de confiança que se estabelece entre a pessoa doente e o médico que a ela responde, pacto esse, demasiadas vezes, ocultado

pela gestão dos tempos sombrios que vivemos. Este pacto, quotidianamente posto à prova perante a inevitabilidade pandémica, resgata aquele aspeto que porventura mais interessa em medicina: o absoluto do encontro entre dois seres, em que se funda toda a ética possível.

Em *Os três níveis do juízo médico*, Ricoeur apresenta-nos uma formulação tripartida do juízo médico, reflexo da própria conceção ricoeuriana tripartida da ética, enquanto «aspiração a uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas.»^[6] Na situação singular de encontro entre dois e relação interpessoal entre o médico dotado de conhecimento e saber e o doente que expressa em narrativa a sua circunstância de fragilidade e sofrimento, apelando ao retorno a um estado prévio de saúde, o laço que se estabelece aparece na forma de um pacto de confiança.

O que subjaz a esse pacto, no nível que Paul Ricoeur chama prudencial, é a determinação fundamental da medicina como prática baseada na «relação social para a qual o sofrimento é a motivação fundamental e o *telos* [finalidade] é a esperança de obter ajuda e talvez ser curado.»^[6] Neste primeiro nível de juízo, o prudencial, na relação entre médico e doente, relação que é um ato e um encontro, está patente o desejo do doente de se ver livre do sofrimento. Estabelece-se o pacto de confidencialidade, que compromete este médico e este doente, unidos pelo elo da confiança.

Estamos num nível que poderíamos chamar de pessoal, isto é, não deontológico. A partir de um encontro primariamente desigual («de um lado aquele que sabe, e sabe fazer e do outro aquele que sofre.»^[6]), a confiança estabelecida e o pacto de cuidados acabam por reduzir assimetrias, colocando médico e doente orbitando em torno de um lugar-comum, contra um inimigo comum. Ricoeur designa este pacto como uma “aliança”^[7]. De acordo com Ricoeur, o pacto é frágil e constantemente ameaçado pela desconfiança e suspeita, seja porque, do lado do médico, existem perigos como o do decaimento na objectivação do corpo ou o do conflito entre saúde pública e privada e do lado do doente, o receio do abuso de poder e da incapacidade médica em responder às suas necessidades. Portanto, o pacto está constantemente posto à prova e daí a necessidade da transição para um plano normativo-deontológico do juízo moral.

Este plano já não diz respeito a este médico ou a este doente, mas a todos os médicos e a todos os doentes. Assim, as funções do nível deontológico do juízo são: a de «universalizar os preceitos que dependem do pacto de cuidados»^[6], conducente à instituição de um imperativo que diz respeito à medicina enquanto instituição; a de conectar o nível de juízo

prudencial e o deontológico, cujo código «opera como um subsistema no interior do domínio mais vasto da ética médica»^[6].

A pandemia veio pôr a descoberto as constantes ameaças ao pacto de confiança, seja pelo evidente conflito entre saúde individual e comunitária (tensão claríssima aquando do confinamento, do isolamento obrigatório de doentes com COVID-19 e do distanciamento físico, mais que social, a que as autoridades de saúde apelavam), seja pela manifesta falha dos serviços de saúde na resposta devida aos doentes, igualmente graves, afligidos por todas as outras doenças além da COVID-19 e que viram os seus cuidados gravemente afetados.

Contudo, relembramos Ricoeur e concordamos com a asserção de ser do nível prudencial, da sabedoria prática a que apela a noção aristotélica de prudência — deste doente e deste médico em situação — que a medicina toma a sua verdadeira apropriação ética.^[8] Esquecermos este nível fundamental, como fizemos, tratando abstratamente e na generalidade a pandemia, em vez de tratarmos doentes concretos, é esquecer o absoluto do ato em que se faz a medicina, é perder o sentido da ação, que deixa assim de ser verdadeiramente médica, para ser outra coisa qualquer.

É a este doente, com ou sem COVID-19, onde quer que ele esteja, que a medicina responde. É no seu apelo único, pessoal e íntimo que todo o ato médico se joga como ato de sentido. É a este doente que a medicina responde, não a uma pandemia tomada em geral, abstrato que não existe, que é mais do que a soma de todos os particulares sofrimentos de doentes particulares. É neste nível que combatemos o medo, pela sabedoria prática da ação, com um *telos* próprio, um sentido fundamental, a que apela a ética aristotélica e a noção de *phrónesis*. Contra o medo, apelamos à sabedoria prática que encontramos no absoluto do encontro particular de resposta a um apelo por parte de quem precisa.

É necessário regressar a este nível fundamental e fundar nele as bases de uma medicina enquanto cuidadora da humanidade.

Conclusão: A medicina preventiva como horizonte de finalidade

Na urgência da ação é fácil esquecermos a finalidade e o sentido do agir. Entendemos que o ato médico deveria fundamentar-se na maximização da potencialidade do ser humano, isto é, a medicina deveria ser capaz de preservar a saúde humana, saúde essa que, mais do que a ausência de doença, é condição essencial para a expressão total do

potencial humano. É o potencial humano o verdadeiro capital, e não o capital a que as hodiernas economias nos têm habituado e subjugado. Se a medicina se cingir à reação perante a doença (ou a respostas imediatas a pandemias), tal significa a submissão humana à situação de doença, aqui tomada como inevitabilidade, catástrofe ou infortúnio, necessariamente limitadora do dito potencial.

Se bem que a aprendizagem da doença, essencial em uma configuração demográfica como a que temos e que tende a fazer predominar a cronicidade do padecer, seja fundamental para garantir a preservação da potencialidade de ser, entendemos ser a medicina preventiva aquela que melhor responde à adequação do viver humano num planeta ameaçado, instável e em perene mudança. Entendemos ser a preservação da saúde (e não a prevenção da doença) aquela que melhor responde ao desígnio ético que presidiu à formação do espírito da medicina e que funda o pacto de confiança a que apela Ricoeur.

Confiança e esperança na cura em que se acredita, mas também, e com particular enfoque, esperança e confiança na preservação do que em mim há de capacidade, do que em mim há de saúde. Ser saudável, mais do que não ter doença, é ser capaz, é possuir a sabedoria prática necessária para converter toda a potência em ato absoluto.

Relembremos que é ao serviço da humanidade que a medicina consagra a sua ação, tal como vem declarado logo no início do juramento hipocrático, e isto não é um acaso. É esta a humanidade, enquanto potência de ser, pela qual vale a pena lutar, com ações antecipadas e de prevenção de toda a situação (aqui em relevo a situação de doença) que tenda à sua diminuição ontológica.

É por via da educação para a saúde das populações, do exercício da profissão médica em condições basais suficientes em número e instrumentos, pela antecipação de necessidades espaço-estruturais que já devem existir para suprir qualquer aumento imprevisto das necessidades, que o trabalho verdadeiramente preventivo pode ser levado a cabo.

Por meio do restabelecimento de uma relação com a natureza que assenta no valor próprio do planeta, em si mesmo, e não no seu usufruto ou mero uso como fonte de matéria-prima, pelo tomar as rédeas a uma profunda revolução ecológica que constitui a nossa única possibilidade de ser e perseverar, só assim será possível a assombrosa, difícil, mas tão necessária tarefa de cuidar da humanidade, prevenindo-a em vez de a remediar.

Tomando ainda em atenção as populações que vivem em situações de extrema miséria, relativamente às quais outra solução não há senão a de usar da natureza de forma errada, pois que sobrevivem em vez de viverem, tal cuidado é imperativo na construção de um bem realmente englobante, o bem comum que é o bem, não da maioria ou de alguns, mas o Bem com letra maiúscula, matriz fundacional de toda a possibilidade de ser.

Por fim, para a medicina centrar o seu cuidado na totalidade humana que somos, ao cuidado da humanidade, urge resgatar e devolver à ética o lugar a que legitimamente aspira, enquanto farol de toda a ação, fundo e amarra fundamental que se concretiza no pacto de confiança a que Ricoeur se referia, deste concreto médico e deste singular doente, num encontro em que reluz, *in loco*, o fulgor do verdadeiro Bem comum.

Referências bibliográficas

- [1] [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)), acedido a 26/03/2022.
- [2] Luís Campos, Kamal Mansinho, Paulo Telles de Freitas, Victor Ramos, Constantino Sakellarides, *COVID-19 and Seasonal Flu During the Autumn-Winter of 2020/2021 and the Challenges Lying Ahead for Hospitals*, Acta Med Port 2020 Nov;33(11):716-719. <https://doi.org/10.20344/amp.14818>.
- [3] The EFIM Working Group on Political Issues in Internal Medicine in Europe, Bauer W, Schumm-Draeger PM, Koebberling J, Gjoerup T, Garcia Alegria JJ, *et al. Political issues in internal medicine in Europe. A position paper*. Eur J Intern Med. 2005; 16:214-7. doi: 10.1016/j.ejim.2005.02.003.
- [4] ABIM Foundation American Board of. Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. Ann Intern Med. 2002; 136:243-6. doi: 10.7326/0003-4819136-3-200202050-00012.
- [5] Kramer M.H.H. *Internal medicine in Europe: How to cope with the future?* Eur J Intern Med 2010. doi:10.1016/j.ejim.2010.03.007.
- [6] Paul Ricoeur, *Os três níveis do juízo médico*, Tradução de José Maria Silva Rosa, in Lusosofia: Biblioteca On-line de Filosofia e Cultura, 2010 [publicado originalmente em Esprit n.º 227, 1996, pp.21.].
- [7] Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Editions du Seuil, Paris, 1990.
- [8] Paul Ricoeur, *Ethique et morale*, Revista Portuguesa de Filosofia, 46, 1, 1990.

Tarefas específicas da enfermagem na prevenção e tratamento de possíveis futuras pandemias

SÉRGIO DEODATO

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

A pandemia COVID-19 lançou enormes desafios a todas as áreas do conhecimento e, de um modo geral, a toda a comunidade humana. A especial vulnerabilidade do ser humano, mesmo perante entidades vivas invisíveis; as escolhas políticas no domínio da proteção da vida; a demonstrada fragilidade da soberania de cada país perante a transmissão de microorganismos além-fronteiras; o apelo à comunhão entre comunidades humanas, na assunção de que, nem os países mais poderosos conseguem enfrentar sozinhos uma pandemia, são apenas exemplos das inúmeras perspetivas em que esta pandemia pode (e deve) ser analisada. Uma análise necessariamente retrospectiva a partir da experiência vivida, mas, sobretudo prospetiva, no sentido de encontrar respostas para o futuro.

Neste estudo, o pedido foi para nos encarregarmos de olhar esta análise acerca da pandemia COVID-19, a partir da enfermagem. Uma abordagem analítica de compreensão da realidade vivida, mas sobretudo numa visão de prevenção de futuras pandemias. É o que nos propomos fazer no presente texto.

A enfermagem, enquanto uma das diversas ciências da saúde, deve assumir uma especial responsabilidade na análise da realidade vivida durante a pandemia COVID-19, para dar o seu contributo para a melhoria das respostas que o sistema de saúde pode oferecer, no caso (muito provável) de uma nova situação pandémica. Deve fazê-lo a partir da sua própria centralidade científica, mas aproveitando a riqueza da sua própria multidimensionalidade epistémica. Quer isto dizer que, para além da dimensão assistencial — ela própria uma realidade complexa —, a enfermagem deve incluir na sua análise as dimensões da investigação, do ensino, da formação, da gestão e da consultadoria. As diferentes áreas de atuação dos enfermeiros.

Em primeiro lugar, a enfermagem deve emprestar o seu acervo científico e a sua experiência metodológica, na promoção de uma

investigação ampla que nos forneça conhecimento sobre as diferentes dimensões desta pandemia. A sua dupla competência qualitativa e quantitativa deve ser colocada ao serviço da produção do conhecimento, quer a partir das experiências vividas das pessoas, quer com base nos registos clínicos disponíveis.

A pandemia ficou registada no enorme acervo de dados clínicos em todos os sistemas de informação de saúde em cada país. Num tempo, em que a linguagem do registo se encontra bastante uniformizada, este desenvolvimento taxonómico das últimas décadas encontra-se agora ao nosso dispor para ser investigada. Quer na dimensão diagnóstica, quer no registo de intervenções e resultados clínicos, as maiores taxonomias, como a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), a NIC (Nursing Interventions Classification), a NOC (Nursing Outcomes Classification) e a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), permitem-nos hoje analisar os mesmos fenómenos de saúde em diferentes contextos geográficos e comparar resultados. A investigação quantitativa de enfermagem deve assumir — e tem assumido — um especial papel de análise destes dados com vista à produção de conhecimento científico.

Mas, no domínio da investigação qualitativa, o campo continua rico. As pessoas que experienciaram a doença COVID-19 e os profissionais que as assistiram estão aí ao nosso dispor para nos transmitirem as suas vivências pessoais em profundidade, que importam sobremaneira ao conhecimento fenomenológico. A singular experiência de cada um permite-nos, através do rigor metodológico da investigação qualitativa, aprofundar a compreensão de fenómenos humanos que a investigação quantitativa não consegue alcançar. A enfermagem, com a sua tradição nesta área, deve emprestar a sua experiência metodológica, na construção do conhecimento a partir dos dados qualitativos.

Temos assim, como primeiro desafio, o de desenvolver uma investigação sólida sobre as diferentes vertentes da vivência humana da pandemia, quer no que respeita a respostas humanas apresentadas, aos diagnósticos mais prevalentes, à eficácia das intervenções realizadas e aos resultados de enfermagem que se demonstraram mais relevantes na assistência de saúde a estas pessoas. São campos distintos, mas complementares, que devem ser investigados, para uma especial compreensão da vivência da COVID-19 nos seres humanos. Uma abordagem que, tal como o objeto científico da enfermagem, deve ser multidimensional, que seja capaz de incluir as dimensões física, psicológica, social, cultural e espiritual do ser humano.

Nesta pandemia, em que se verificou uma forte preocupação com a dimensão física da saúde — como seria de esperar — importa agora, retrospectivamente, caracterizar as diferentes componentes dimensões das vivências humanas à doença ou à situação de membro de uma comunidade com fortes restrições no seu modo de vida. À enfermagem, importa investigar os biomarcadores que se relacionam com cada diagnóstico de enfermagem, mas, ao mesmo tempo, a profundidade da experiência vivida perante os medos, as angústias, a culpa ou os modos de adaptação à nova realidade. São componentes de um todo complexo que importa estudar. São os resultados desta investigação que nos permitirão encontrar diferentes itinerários de resposta preventiva e curativa perante uma nova pandemia.

No que se refere ao ensino, a enfermagem, mais uma vez com a sua amplitude epistémica, deve promover um aprofundamento do desenvolvimento de competências dos enfermeiros, em determinados domínios. O mesmo se passa em relação à formação contínua dos que já são profissionais. Destacamos dois, que nos parecem ter emergido desta pandemia: o conceito multidimensional de saúde e a decisão ética em saúde.

O primeiro surge como a necessidade de uma resposta à acentuada dimensão física da saúde durante esta pandemia. O conceito de saúde parece ter sido considerado apenas na perspetiva da infeção, sendo que as medidas implementadas tiveram como preocupação quase absoluta a prevenção da sua transmissão. No discurso científico e nas políticas de saúde pública, assistimos a uma “ditadura” do vírus, em que tudo se relacionava com o impedimento da sua transmissão.

Sendo certo que esta preocupação é legítima, importa, agora, num período pós-pandémico, refletir a saúde de uma perspetiva mais ampla, no respeito pelo seu conceito multidimensional. A saúde, mesmo que criticando o amplo conceito de «completo estado de bem-estar» da Organização Mundial de Saúde, encerra um espetro maior do que a simples dimensão física relacionada com a saúde do corpo. Sabemos hoje que a dimensão psicológica como a espiritual, por exemplo, influenciam, quer as respostas humanas que as pessoas apresentam numa situação de doença, quer o seu tratamento. Ora, um acentuado enfoque na prevenção da transmissão do vírus deixou a descoberto estas outras componentes da saúde humana. Devemos hoje discutir sobre se o isolamento social não terá sido excessivo, tendo em conta a alternativa de uso da máscara, por exemplo, que permite o contacto social, com prevenção desta contaminação. Os ensinamentos da enfermagem perioperatória,

por exemplo, quanto à eficácia do uso da máscara na prevenção da transmissão da infecção, devem agora ser mais discutidos, no sentido de planejar medidas de saúde pública em futuras pandemias.

Ou seja, o ensino-aprendizagem do conceito multidimensional da saúde deve agora fazer-se com maior intensidade, no sentido de que os profissionais de saúde dele se apropriem, fazendo assim o contraponto ao legítimo discurso biológico dos virologistas. O conhecimento da virologia deve ser colocado ao serviço da saúde, mas não poderá substituir-se na adoção de políticas de saúde pública. Virologia e saúde são realidades científicas distintas, apesar de complementares, sendo necessário clarificar, sobretudo no discurso científico, o papel de cada uma.

Noutro domínio do ensino e da formação, a enfermagem deve igualmente, fazer uso da sua investigação, no sentido de ampliar a discussão sobre o papel de cada profissional de saúde no âmbito do seu desempenho no sistema em tempo pandémico. O estudo da decisão ética em saúde, na sua clara relação com a decisão clínica e a decisão de gestão, e o conhecimento hoje produzido, estiveram bastante ausentes da discussão científica e pública durante a pandemia. A necessidade de a decisão clínica em cada situação concreta adotar a componente da decisão ética, quanto à procura dos valores e dos princípios que a fundamentam, ficou bastante demonstrada nesta pandemia. Depois de um conhecimento ético acerca da necessidade de ponderação entre diferentes alternativas, assistimos, ainda, a uma colocação dilemática dos problemas éticos. Por exemplo, perante o variado espetro de opções que temos perante a necessidade de ventilação artificial de uma pessoa, passamos para a opinião pública a discussão em dilema sobre qual pessoa não ventilar na falta de ventilador.

Ora, como sabemos, sendo um ventilador um recurso, a sua falta numa determinada situação é sempre circunstancial. Pode faltar num hospital, mas estar disponível noutro. Mas, sobretudo, no seio da decisão ética, é possível aprofundar sobre a real necessidade desse recurso, assim como procurar as demais alternativas que sempre estão disponíveis em saúde. Como aconteceu no caso da necessidade de ventiladores, foram encontradas respostas em alternativas que nem sempre são equacionadas, como o caso da utilização dos ventiladores das salas de operações, de transporte, assim como o recurso temporário a ventilação manual.

Quer a multidimensionalidade do conceito de saúde, quer a decisão ética como componente essencial da decisão clínica, são hoje realidades que precisamos aprofundar na formação de profissionais de saúde. Um

aprofundamento que deve ser feito, a partir do conhecimento já existente, solidificado com o que esta pandemia permite acrescentar. Talvez baste apenas aplicar alguns princípios de formação em saúde que já havíamos identificado, mas que neste período pandêmico emergiram sobremaneira.

No campo da prática clínica, a enfermagem também tem muito a aproveitar dos ensinamentos desta pandemia. Destacamos a necessidade da formulação diagnóstica, da verificação da eficácia de algumas intervenções e a necessidade de melhorar a informação aos familiares de pessoas internadas.

A pandemia em pessoas com doença grave implicou um conjunto vasto de respostas humanas, como tem vindo a ser investigado. Contudo, estamos ainda longe de conhecer em extensão e profundidade adequadas, todas consequências na saúde humana desta contaminação. De outro modo, nas pessoas com formas leves de doença ou sem ela, importa igualmente estudar outras respostas humanas resultantes do isolamento, do teletrabalho, do ensino à distância, etc. São inúmeras as respostas humanas que devem agora ser estudadas, a partir dos registos clínicos e a partir das narrativas das pessoas. São estas respostas que poderão levar ao conhecimento sobre os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes e sobre quais os que importa considerar como problemas novos. Um estudo fundamental para conhecer os efeitos desta pandemia, com vista ao conhecimento de como agir no futuro.

No campo das intervenções, a pandemia veio obrigar ao uso de novas abordagens terapêuticas, como o caso da ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation), ou a maior utilização de técnicas antes pouco usadas, como o decúbito ventral em pessoas ventiladas artificialmente, por exemplo. Esta circunstância permite-nos agora investigar, retrospectivamente, sobre a eficácia destas intervenções, assim como possibilita igualmente que, a partir da realidade vivida, se realizem estudos experimentais para validação destas intervenções. Mais uma vez, a experiência de investigação de enfermagem neste domínio deve constituir-se como o campo sólido que permita um avanço significativo no desenvolvimento do conhecimento, nomeadamente, aumentando a evidência científica de alguns cuidados.

Ainda no que se refere à prática clínica, a enfermagem deve agora debruçar-se aprofundadamente sobre a área da informação aos familiares de pessoas internadas. Desde sempre, este é um domínio que se insere no campo científico da enfermagem, em que os familiares são

integrados no foco de atenção dos enfermeiros. A doença e o internamento constituem-se como transições que podem implicar mudanças significativas no contexto familiar, independentemente da sua configuração. Uma pretensa inclusão dos familiares no plano terapêutico só é possível com um nível adequado de informação. Todavia, apenas no campo da informação propriamente dita, necessária para a vivência o mais adaptada possível dos familiares, o cuidado de saúde deve criar mecanismos que impeçam o abandono. Estar sem informação sobre um familiar internado, pode significar um abandono para quem a experiência, na medida em que falta a informação necessária a uma vivência tranquila da nova situação familiar.

Nesta pandemia, o contacto físico das pessoas internadas com os seus familiares ficou bastante prejudicado. Mas houve igualmente muitas restrições na transmissão da informação sobre a situação do internado aos seus familiares. Para o futuro, importa analisar práticas e sobretudo alternativas, que podem ser usadas no sentido de não fomentar este abandono. A necessidade de afetar recursos humanos para manter o mínimo de informação e o uso dos meios tecnológicos para a realização de videochamadas, por exemplo, são alternativas a ter em conta. Sobretudo, torna-se necessário, numa próxima pandemia, acrescentar este tópico aos planos de contingência, para que não se verifique um afastamento de comunicação entre a pessoa internada e os seus familiares.

No campo da gestão, sobretudo no que diz respeito à gestão hospitalar, a enfermagem tem uma palavra importante a dizer. Por um lado, pela investigação que tem desenvolvido e no consequente conhecimento criado sobre a gestão de cuidados, mas também ao nível da gestão das organizações de saúde. A enfermagem tem uma larga tradição na gestão hospitalar, nomeadamente na gestão intermédia, ao nível das unidades de cuidados, em que a gestão de uma pandemia mais se evidencia.

É no local onde o cuidado é prestado, que é necessária uma boa gestão de recursos, e um bom plano de catástrofe, quando a situação se agudiza. A gestão das unidades hospitalares, centrada na gestão do cuidado e não tanto na gestão da produção de cuidados, é particularmente emergente em situação pandémica, pela complexidade de variáveis em presença. Uma gestão de cuidados que absorva no seu seio a decisão ética, que forneça os elementos necessários para uma adequada avaliação do cuidado necessário e do fútil. Se a futilidade terapêutica se constitui como um problema recorrente em saúde, numa situação pandémica, em

que a gestão dos recursos precisa de ser ainda mais rigorosa, uma adequada decisão ética na unidade de cuidados permitirá evitar desperdício quando determinada intervenção não se considera eticamente adequada para determinada pessoa.

Ou seja, mais uma vez, as situações anômalas e nomeadamente as situações de catástrofe exigem uma gestão em saúde, no respeito por todas as suas variáveis, incluindo a dimensão ética. O princípio da justiça, no sentido de dar a cada um o que é devido, é um dos princípios éticos basilares nestes contextos anômalos. Dar a cada um o que lhe é devido, significa não permitir que falem recursos para o cuidado adequado, mas ao mesmo tempo obriga a que não se desperdicem estes recursos por excesso de intervenção que atente contra a dignidade das pessoas.

Por fim, na área da consultadoria, a enfermagem pode também fazer, das suas aprendizagens em pandemia, orientações para o futuro. Quer no campo da decisão clínica e ética em concreto, que no domínio da gestão e igualmente na área das políticas de saúde, importa recolher o conhecimento absorvido neste período para prevenir algumas lacunas de intervenção assistencial que já somos capazes de identificar.

De um modo geral, na área da saúde pública e da prevenção geral, o conhecimento de enfermagem, já usado nesta pandemia, pode ser transformado em orientações universais mais adequadas. A essencial lavagem das mãos precisa igualmente de uma envolvente comunitária de limpeza de superfícies de toque — manípulos de porta, corrimões, auscultadores de telefone, etc. —, sob pena de a mão lavada ficar imediatamente contaminada por um toque numa superfície não limpa. A mensagem não pode ser apenas de lavagem das mãos, mas deve igualmente ser completada por esta componente da higiene continuada das superfícies onde as nossas mãos tocam a todo o momento. A este respeito, os procedimentos da enfermagem perioperatória, no respeito pela limpeza, desinfeção e esterilização, sempre que possível, são excelentes fonte de informação para a prevenção geral na nossa vida comunitária.

No entanto, talvez, nas instituições onde se encontram pessoas em permanência, incluindo internadas — residências de pessoas idosas, creches, escolas, universidades, etc. —, a consultadoria de enfermagem no domínio da prevenção da infeção seja mais premente. A realidade que vivemos nas residenciais de pessoas idosas, com intensos surtos pandémicos, é reveladora da falta de formação que os profissionais que aí trabalham têm neste domínio. Quer no campo dos procedimentos de cuidado, quer na área da limpeza e desinfeção de superfícies, equipamentos

e materiais, o conhecimento da enfermagem e das demais ciências da saúde no controlo da infeção são imprescindíveis. Não devemos repetir a experiência de surtos continuados nestes espaços, sabendo que temos conhecimento adequado para o evitar.

Do mesmo modo, nas políticas excepcionais de saúde que têm de ser implementadas em pandemia, o conhecimento científico de enfermagem e das outras ciências da saúde deve ser fonte de regulação. Precisamos atualizar estas políticas e colocar este conhecimento ao serviço de planos de gestão de catástrofe, que possam ser aplicados em futuras pandemias.

Como vimos, na enfermagem, como em qualquer área científica, é tempo de fazer avaliação sobre o vivido, aprofundar a investigação para interpretar os factos que todos experienciamos e ajudar a planear o futuro. A responsabilidade social inerente a cada área científica é agora chamada a este enorme desiderato. Como o foi no passado. A enfermagem moderna teve, na guerra da Crimeia, um excelente laboratório de produção de conhecimento de implementação de medidas de controlo de infeção, devido ao trabalho de Florence Nightingale. É este o nosso legado científico, que nos obriga a aprofundar o conhecimento no sentido de manter o cuidado, cientificamente atualizado e eticamente humanizado, mesmo em situação pandémica.

Referências bibliográficas

- Aristóteles (2009). *Ética a Nicómaco*. Trad. António Castro Caeiro. Lisboa, Quetzal Editores.
- Cortinhal V., Pereira A., Correia S. & Deodato S. (2022). Responses Presented by Adult Patients with COVID-19, Based on the Formulated Nursing Diagnoses: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. May; 19(10): 6332. DOI: 10.3390/ijerph19106332. PMID: 35627868; PMCID: PMC9141393.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem. Do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Coimbra, Edições Almedina.
- Deodato, S. (coord.) (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Vieira, J. V. & Deodato, S.; Mendes, F. (2020). The concept of futility in health: A scoping review. *Clinical Ethics*. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-85096855818&partnerID=MN8TOARS>.
- Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 3ª ed. Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.

Aproveitar a crise para (re)pensar o futuro: o papel dos hospitais privados

ÓSCAR GASPAR

Presidente da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e vice-Presidente da União Europeia da Hospitalização Privada

1. Introdução

A COVID-19 e a sua gestão trazem inúmeros ensinamentos para os decisores políticos, para as instituições de saúde, para os profissionais e também para os cidadãos. O impacto da pandemia foi brutal e obrigou a reformular atitudes e procedimentos, estimulou o desenvolvimento de inovações e alternativas e, pelas experiências adquiridas, terá que ser assumido como um elemento disruptivo, um verdadeiro *game-changer*.

A verdade é que em poucos dias tudo mudou e o que dávamos por adquirido esboroou-se aos olhos de todos: as fronteiras fecharam, a economia parou, as pessoas ficaram retidas em casa e instalou-se um medo absoluto em relação a um mal que não se conhecia e ninguém via. Porventura nunca terá sido tão óbvio que “sem a saúde, nada”: a saúde é não apenas um fator primário de bem-estar e de identidade pessoal, como também um elemento essencial ao desenvolvimento.

Muito deve ter sido aprendido de março de 2020 até ao presente. Os elementos mais evidentes em que a mudança é necessária e irreversível são a prioridade da saúde pública, a transição digital da saúde e a evolução para uma União Europeia da Saúde. Por outro lado, o desempenho dos diferentes sistemas de saúde e a exigência de condições para garantir o acesso convida a uma releitura sobre a articulação entre os diferentes agentes.

2. O passado (recente): A resposta do sistema de Saúde à COVID-19

2.1. O sistema no combate à COVID-19

O sistema de Saúde respondeu de forma satisfatória e, é justo reconhecê-lo, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os seus profissionais

foram inexcedíveis na dedicação e esforço no sentido de dar resposta a um longo pico de trabalho.

Quer no diagnóstico das pessoas infetadas, quer no processo de vacinação, passando pelo tratamento adequado a quem dele precisou, os profissionais de saúde permitiram que Portugal tivesse gerido as diversas ondas da pandemia com resultados em linha com os dos países congéneres e sem termos entrado em rutura.

Pela parte dos hospitais privados, há que (re)afirmar que, desde a primeira hora, estiveram totalmente disponíveis para participar na luta nacional contra a COVID-19. Os hospitais privados atuaram, não só conforme as regras da DGS, mas também de acordo com o que foi expressamente solicitado pela autoridade de saúde.

Assim, no dia 17 de março de 2020, a DGS comunicou que não haveria o conceito de hospitais de referência e que cada hospital trataria “os seus doentes suspeitos de COVID-19”. Neste enquadramento, os hospitais privados asseguraram o diagnóstico, tratamento e internamento dos seus doentes diagnosticados com COVID-19 e houve cinco unidades privadas de primeira linha, com 354 camas afetas a doentes COVID-19, das quais cerca de 80 camas de Unidades de Cuidados Intensivos.

Esta situação durou poucas semanas dado que no dia 9 de abril de 2020 foi decretado um novo «Clausulado tipo para adesão ao Acordo entre as ARS e as entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito das medidas excecionais e temporárias para tratamento COVID-19»¹, que colidia com as orientações até então conhecidas e emanadas.

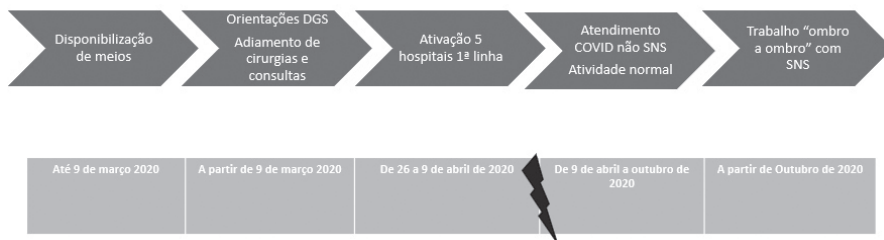
Com este recuo o Ministério da Saúde decidiu que, a partir daí, os hospitais privados não deveriam ter qualquer intervenção no tratamento da generalidade dos doentes COVID-19. Os hospitais privados foram remetidos para o atendimento de doentes COVID-19 com algum tipo de seguro e passaram a dedicar-se às necessidades dos não COVID-19.

Só no final de outubro de 2020 e com a segunda vaga em plena evolução, começou a haver contactos no sentido de solicitar o apoio dos hospitais privados (e do setor social).

No computo geral do envolvimento dos privados, Julian Perleman, ex-coordenador da Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde refere no documento “O Estado da Nação

¹ http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/COVID_19_Acordo-de-Adesao-excecional-e-temporario.pdf.

Fases distintas do envolvimento dos hospitais privados ***Da disponibilidade total à ativação requerida***



e as Políticas Públicas 2021”, do ISCTE², que na gestão da COVID-19 «A fragilidade na gestão tem estado também patente no difícil relacionamento com o setor privado e social e a academia, com quem a colaboração regulada e negociada não foi possível. É como se o SNS, consciente das suas fragilidades de monitorização e regulação e com medo de ser prejudicado, tivesse preferido manter à distância quem poderia ter contribuído mais».

Nas palavras de Fernando Araújo, «manifestou-se a ausência de uma política ao diálogo construtivo com os parceiros privados e sociais, que impossibilitou, em várias fases da crise, uma resposta sustentada nacional, aproveitando toda a oferta em saúde existente»³.

Esta situação foi bem distinta do que aconteceu em vários outros países. A título de exemplo, o artigo “COVID-19 pandemic health system responses in the Mediterranean countries: a tale of successes and challenges” de Ruth Waitzberg, e outros, ilustra como é que as linhas usuais de separação entre público e privado foram (pelo menos temporariamente) redesenhadas⁴.

2.2. Impacto da COVID-19 na atividade assistencial

Com a COVID-19 a dominar todas as atenções, registou-se uma redução significativa de atividade assistencial geral, nomeadamente

² <https://ipps.iscte-iul.pt/index.php/divulgacao/estudos-e-publicacoes-3/947-governar-em-estado-de-emergencia>.

³ No artigo “Governação em Saúde: desafios e oportunidades” na obra coordenada por Fernandes, Adalberto C (2022) Saúde em Portugal — pensar o futuro publicada pela Editora d`Ideias.

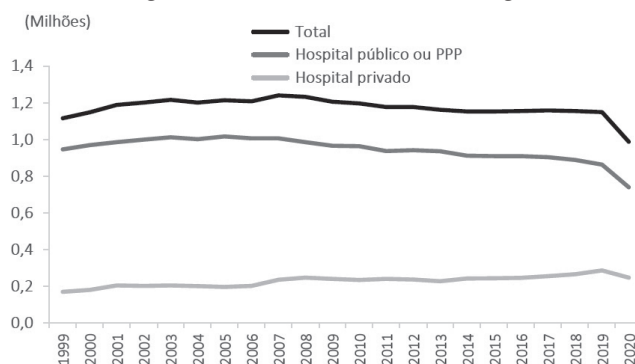
⁴ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021002554?via%3Dihub>.

a que decorreu dos períodos de confinamento e de forte limitação da mobilidade, mas também a que resultou do cumprimento das regras e orientações da DGS e da Ordem dos Médicos, no sentido de adiar consultas e cirurgias não urgentes.

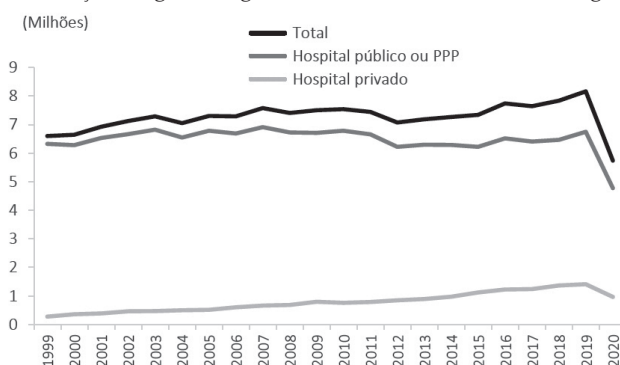
Assim sendo, não é de estranhar que o INE, na sua recente publicação aquando do Dia Mundial da Saúde, tenha registado as «quebras sem precedentes no número de atos assistenciais prestados em 2020»⁵.

Segundo o INE, as quebras nos internamentos, nos episódios de urgência e nas cirurgias foram mais pronunciadas nos hospitais públicos do que nos hospitais privados:

Internamentos segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2020



Atendimentos em serviço de urgência segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2020



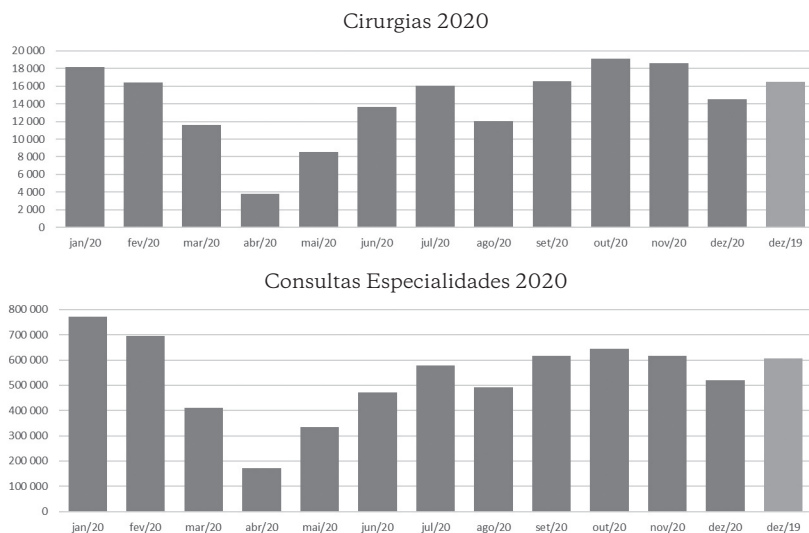
Em termos de cirurgias, no ano 2020 houve menos 176 mil atos em bloco operatório do que no ano anterior, uma redução de 17,7% e 15,4%, respetivamente nos setores público e privado.

⁵ https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES-dest_boui=536782138&DESTAQUESmodo=2.

Também há que fazer justiça neste ponto e referir que se os hospitais privados conseguiram manter mais a atividade durante o ano de 2020 tal decorreu do facto de os hospitais públicos terem sido submetidos a uma carga excecional durante a COVID-19, desempenhando um papel fundamental num período crítico.

O INE também dá conta que em 2020 as consultas externas tiveram uma quebra de 12,7% face ao ano transato. Um aspeto a realçar é que a impossibilidade de realizar atos presenciais em contexto de pandemia fomentou o recurso a alternativas e, como tal, verificou-se um forte acréscimo no número de teleconsultas, 4,5 vezes o número efetuado em 2019. Refere o INE que «perto de 60% das teleconsultas foram realizadas em hospitais do setor privado».

Um outro aspeto curioso, embora óbvio, é que a evolução da atividade hospitalar foi condicionada por cada uma das vagas de COVID-19 e respetivas medidas de confinamento. Os gráficos⁶ abaixo dão conta do perfil mensualizado da atividade dos hospitais privados em 2020 onde se constata o início da pandemia (11 de março), uma lenta recuperação em maio (porque a região de Lisboa e Vale do Tejo foi mais fustigada) e um recrudescer de problemas no início de novembro (a começar na região Norte), pelo que a atividade em dezembro ficou claramente abaixo da do mês homólogo de 2019:



⁶ Elaborados pela APHP com base em inquérito realizado aos Associados em fevereiro de 2021.

Também é reconhecido que, para além da prestação de cuidados hospitalares, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica foram fortemente impactados pelas restrições decretadas e que, por si só, acarretaram uma quebra em atos subsequentes (nomeadamente consultas de especialidade e cirurgias), estando agora a implicar uma situação de doença agravada a muito portugueses.

Segundo o INE, constata-se uma quebra de 10,8% no número de MCDT realizados em 2020⁷:

	2019	2020	Var.
Total	182 214 718	162 570 072	-10,8%
Análises clínicas	120 577 482	110 561 504	-8,3%
Anatomia Patológica	1 717 629	1 490 112	-13,2%
Cardiologia	2 871 225	2 147 479	-25,2%
Dermatologia	175 329	112 069	-36,1%
Gastreenterologia	958 016	725 537	-24,3%
Ginecologia	275 688	276 347	0,2%
Imuno-Hemoterapia	3 236 103	3 090 122	-4,5%
Medicina Física e Reabilitação	16 893 084	11 565 659	-31,5%
Medicina Nuclear	80 028	68 313	-14,6%
Neurologia	196 098	162 694	-17,0%
Obstetrícia	473 737	369 808	-21,9%
Oftalmologia	1 256 469	1 060 070	-15,6%
Otorrinolaringologia	673 735	505 617	-25,0%
Pneumologia	2 479 043	2 611 620	5,3%
Psiquiatria	1 088 716	731 853	-32,8%
Radiologia	13 361 767	10 666 707	-20,2%
Radioncologia	423 143	343 040	-18,9%
Reumatologia	35 967	25 821	-28,2%
Urologia	240 421	173 269	-27,9%
Outros atos complementares	15 201 038	15 882 431	4,5%

⁷ Dados da publicação do INE relativa ao Dia Mundial da Saúde 2022, quadro do autor.

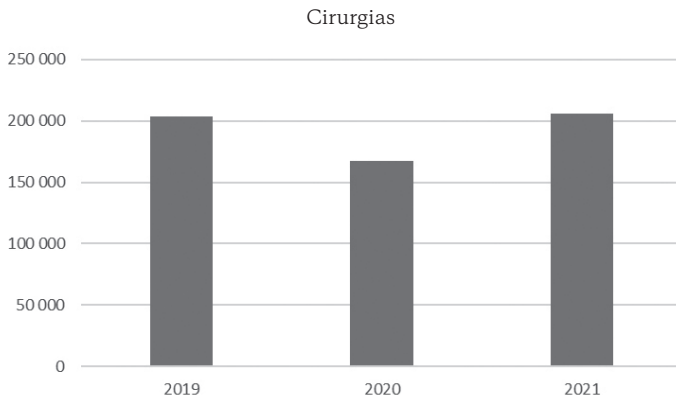
2.3. A recuperação da atividade

Se 2020 foi o ano de embate da COVID-19, 2021 foi o ano da gestão das suas consequências e, também com o auxílio do processo de vacinação generalizada, tem sido feito um notável esforço para recuperar a atividade assistencial.

No caso dos hospitais privados, os dados disponíveis na sequência dos inquéritos lançados pela Associação Portuguesa de Hospitalização Privada⁸, permitem extrair as seguintes conclusões:

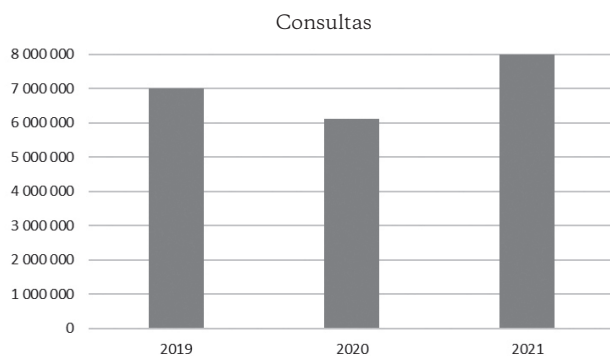
- Forte crescimento da atividade em 2021, depois da quebra de 2020;
- Na generalidade, os números de 2021 são substancialmente superiores aos de 2019;
- Crescimento da atividade particularmente forte nos MCDT;
- Apenas as Urgências não voltaram aos níveis anteriores à pandemia e nota-se uma quebra no SIGIC;
- Os partos tiveram grande incremento em 2020 e em 2021 manteve-se tendência.

Em termos mais desagregados temos as seguintes evoluções:

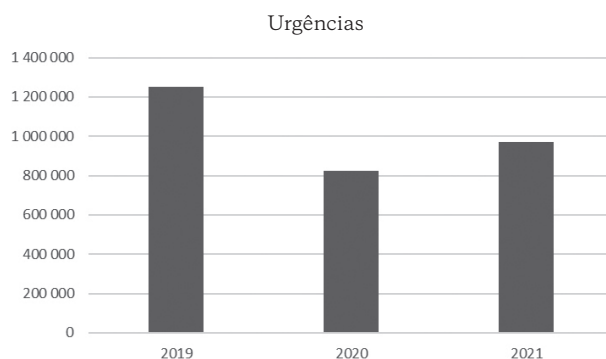


As CIRURGIAS tiveram uma quebra de 18% em 2020 e tiveram crescimento de 23% em 2021 pelo que o valor de 2021 ficou acima da atividade pré-COVID-19 em 1,2%

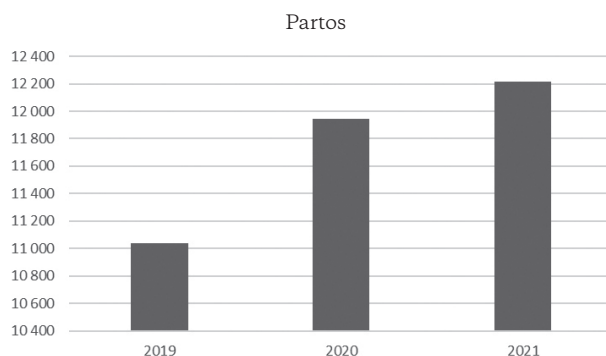
⁸ Os inquéritos foram lançados entre fevereiro e março de 2022. Note-se que os dados têm um universo comparável nos exercícios em causa, mas não correspondem à totalidade dos hospitais privados, contemplando apenas os que responderam e o fizeram de forma consistente para o período em análise.



As CONSULTAS tiveram uma quebra de 14% em 2020 e tiveram crescimento de 32% em 2021 pelo que o valor de 2021 ficou acima da atividade pré-COVID-19 em 14%



As URGÊNCIAS tiveram uma quebra de 34% em 2020 e tiveram crescimento de 18% em 2021 pelo que o valor de 2021 ficou abaixo da atividade pré-COVID-19 em 22%



Os PARTOS tiveram um aumento de 8% em 2020 e voltaram a crescer 2% em 2021 pelo que o valor de 2021 ficou acima da atividade pré-COVID-19 em 11%.

A evolução dos MCDT teve as seguintes taxas de variação:

Variação	RX	Eco	TAC	RMN
20 vs 2019	-22,1%	-17,6%	-9,3%	-2,6%
21 vs 2020	29,8%	33,7%	40,1%	36,4%
21 vs 2019	1,2%	10,2%	27,0%	32,9%

3. Três mudanças inevitáveis

3.1. Reforço da Saúde Pública

É inegável que o SNS teve um desempenho notável nestas mais de 4 décadas, mas o seu enfoque foi sobretudo no combate à doença e não tanto nas intervenções de saúde pública e de promoção da saúde, com duas exceções assinaláveis no que respeita ao Plano Nacional de Vacinação e às preocupações com a saúde materno-infantil. Portugal apenas gasta cerca de 1,1% da despesa corrente do SNS e dos serviços regionais de saúde em cuidados preventivos⁹.

Aceitemos a definição da Organização Mundial de Saúde: «A Saúde Pública é a arte e a ciência de prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde através dos esforços organizados da sociedade». Há mesmo quem defenda que o termo Saúde Pública deveria ser substituído por Saúde do Público, Saúde dos Povos ou Saúde Comunitária.

Alguns só agora terão descoberto a Saúde Pública¹⁰, mas é uma evidência que se exige um esforço muito mais significativo na promoção da saúde, na prevenção da doença e no conhecimento sobre a situação de saúde da comunidade. Também a nível europeu, algumas das primeiras medidas e ações mais estruturais passam pela saúde pública.

3.2. A transição digital da Saúde

A transição digital deve ser assumida como uma alavanca de transformação do sistema de saúde, em prol do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Esta situação ganhou uma visibilidade absoluta, pela comprovação do seu impacto, com a pandemia. Um curioso relatório

⁹ Dados do Conselho Nacional de Saúde em https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/Fluxos_Financeiros_SNS_3.11.2017_final.pdf.

¹⁰ A título de exemplo, o Conselho Nacional de Saúde Pública está previsto desde Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, mas só foi nomeado em 31 de janeiro de 2020.

afirma mesmo que a COVID-19 trouxe «10 anos de evolução de mercado em 10 semanas» para a tecnologia da saúde e em que se profetiza que nos próximos 2 anos teremos mudanças estruturais que só esperaríamos ver em 20 anos¹¹.

Dadas as potencialidades do digital para aumentar acesso, ganhar eficiência e rapidez e transformar os dados em conhecimento, há que avançar decididamente para a desmaterialização e circulação de informação, salvaguardando sempre e absolutamente as questões de confidencialidade e proteção de dados individuais, uniformizando registos nacionais, incentivando a tele saúde e assegurando a interoperabilidade dos sistemas. Note-se que a questão da transição digital está contemplada no Programa de Recuperação e Resiliência (PRR) e também especificamente nos projetos previstos para o SNS¹², mas é necessário que sejam executados e que todo o sistema de saúde seja envolvido.

As aplicações do digital são imensas e podem ter direto impacto na melhoria das condições de saúde e no *Value-Based Health Care* (VBHC).

As possibilidades abertas pelo digital também têm ampla aplicação em termos de eficiência. Os exemplos são múltiplos e diversos: desde os programas de suporte à decisão, aos Registos de Saúde Eletrónicos integrados e ligados ao agendamento de atos, passando pela monitorização remota e pelo armazenamento e gestão de dados e *blockchain*.

3.3. A União Europeia da Saúde

A crise pandémica também expôs algumas fragilidades da União Europeia ao nível da Saúde. Sabe-se que, nos termos dos Tratados, a saúde é uma competência dos Estados-Membros, mas a pandemia de COVID-19 mostrou que a luta contra a pandemia é um desafio que não pode ser resolvido apenas a nível nacional, impondo-se que seja coordenado a nível europeu. Por isso mesmo, foi bem-vindo o apelo da presidente da Comissão Europeia para a criação de uma União Europeia da Saúde¹³.

Alguns especialistas argumentam que «não há base para estender o modelo de União da Saúde»¹⁴ para além do que já está a ser feito.

¹¹ Bernate, Laura R. (2021).

¹² <https://recuperarportugal.gov.pt/2021/06/08/investimento-re-c01-i06/>.

¹³ https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/state_of_the_union_pt.pdf.

¹⁴ <https://www.bruegel.org/2022/02/does-europe-need-a-health-union/>.

Acredito, no entanto, que com a mobilidade, a circulação de informação e o valor (percebido) da cidadania europeia vão obrigar a ir mais além. Chegará um dia em que cada cidadão europeu reivindicará direitos iguais, especialmente quando se encontrar num sistema que não ofereça a qualidade e/ou eficiência que experimentaram enquanto viviam noutro sistema.

A União Europeia da Saúde não será uma questão de processo, mas de conteúdo. Uma cidadania europeia deve significar que todos os cidadãos europeus podem ter acesso aos cuidados de que necessitam, em tempo útil e em termos de qualidade e segurança adequadas.

4. O futuro: o papel dos privados

4.1. A Declaração do Porto

No dia 3 de maio de 2021, em plena Presidência do Conselho da União Europeia, 23 entidades do setor da saúde subscreveram a Declaração do Porto, por sistemas de saúde focados nas pessoas e nos resultados.

A iniciativa congregou os agentes privados da saúde, em áreas tão distintas como a investigação, o desenvolvimento e a produção, a indústria farmacêutica, a distribuição farmacêutica, as farmácias, a indústria de dispositivos médicos, os prestadores de ambulatório, os hospitais e os provedores de tecnologias de informação e comunicação.

Dos diversos pontos da Declaração do Porto¹⁵, cujo conteúdo é rico e se pretende seminal, gostaria de relevar 5 dos mais significativos:

1. A Saúde deve constituir uma prioridade nacional, em cada um dos países da UE, de modo a responder às legítimas expectativas das pessoas e aos desafios demográficos, como forma de resposta às ameaças pandémicas transfronteiriças e à garantia de acesso aos cidadãos;
2. Os ganhos em saúde e a soberania estratégica da UE devem passar pelo estímulo ao investimento em saúde e pela articulação inteligente e transparente entre setores;
3. Os agentes privados da saúde têm uma expressão significativa não só no setor da saúde como na economia europeia e são parceiros naturais e relevantes nos diversos sistemas de saúde;

¹⁵ Disponível em <https://cip.org.pt/wp-content/uploads/2021/05/Declara%C3%A7%C3%A3o-do-Porto-03.05.2021-PT.pdf>.

4. Devem ser criadas as condições para um acrescido investimento na Europa das indústrias relacionadas com a Saúde;
5. No âmbito de Semestre Europeu, devem continuar a incorporar-se as questões relativas ao Pilar Europeu dos Direitos Sociais, assegurando que os Estados Membros evidenciam desempenho em termos de qualidade, segurança e acesso aos cuidados de saúde em condições de equidade.

4.2. O papel da hospitalização privada no sistema português de Saúde

Os desafios dos sistemas de saúde são enormes e anteriores à COVID-19. As políticas (*policies*) de saúde devem ser realistas e efetivas para responder ao inevitável aumento da procura, darem segurança aos cidadãos em termos de proteção social e alinhar pelas melhores práticas. Neste sentido será de elementar bom senso que se considere na equação a generalidade dos recursos existentes.

Como refere um estudo da McKinsey¹⁶, a iniciativa privada traz um potencial porque o seu investimento pode contribuir para o incremento da qualidade da prestação para o acesso e para a experiência dos doentes, a um custo mais baixo para as pessoas, as companhias de seguros e os governos.

Muito recentemente, a Fundação IDIS apresentou um estudo em Espanha em que estima a poupança para o Estado pelo facto dos cidadãos recorrerem ao sistema privado. Conclui essa análise que se a pessoa que tem um seguro e tanto acorre ao sistema público como ao privado gera uma poupança anual de 580 euros; se recorre unicamente ao sistema privado então a poupança potencial eleva-se aos 1.597 euros por ano¹⁷.

No caso concreto português, em que a hospitalização privada representa cerca de um terço da capacidade/atividade hospitalar do país e em que o número de pessoas com uma segunda cobertura em saúde já ultrapassa os 50% do total da população, este é um pilar essencial do sistema

¹⁶ <https://www.mckinsey.com/industries/private-equity-and-principal-investors/our-insights/finding-untapped-potential-in-european-healthcare-service-providers>, tradução livre.

¹⁷ https://www.fundacionidis.com/uploads/informes/informe_sanidad_privada_aportando_valor_2022.pdf.

de saúde essencial. Os privados servem também como *benchmarking*, como polo de inovação e fonte de eficiência.

Os hospitais privados podem reforçar a oferta de saúde aos portugueses e também aumentar o acesso. Duas das situações que têm levantado constrangimento ao investimento que se poderia realizar é a legislação relativa ao equipamento médico pesado estar desatualizada e caduca¹⁸ e o enquadramento do licenciamento ser percecionado como uma barragem à entrada dos privados (e só dos privados), ao invés de constituir uma garantida de qualidade e segurança para todos os cidadãos em todas as instituições de saúde.

Ainda assim, a hospitalização privada tem apresentado níveis de crescimento apreciáveis, mas há muito por fazer. Quer na perspetiva privada, quer ainda no âmbito da cooperação com o SNS.

Se o Ministério da Saúde assim o entender, e a lei está longe de o proibir¹⁹, pode haver uma maior contratualização com o setor privado, seja no reforço ao combate às listas de espera cirúrgicas (vulgo SIGIC), seja no apoio complementar aos cuidados de saúde primários. Ainda há imenso para recuperar dos efeitos da COVID-19 — a situação da oncologia é talvez apenas a mais visível — e os próximos anos continuarão a exigir um trabalho acrescido das instituições de saúde.

Note-se que desde 2007²⁰ que se prevê que «com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS [...] e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído» possam existir USF Modelo C, «USF dos sectores social, cooperativo e privado», mas estas nunca saíram do papel e continua a haver mais de 1 milhão de portugueses sem médico de família.

A articulação entre o SNS e o setor privado deve também colocar-se no âmbito da transição digital. Se os cidadãos circulam entre instituições no seu percurso de saúde, parece pacífico que os (seus) dados devam acompanhá-los (salvaguardando, em absoluto, questões de confidencialidade e proteção de dados) e tal permitirá ter melhor acesso a informação e reduzir substancialmente a duplicação de exames. Por definição, o sistema só funciona de forma integrada e com a previsão de inter-operabilidade das instituições e, por essa razão, percebemos mal

¹⁸ Nomeadamente a Resolução de Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho.

¹⁹ Veja-se n.º 1 da Base 6 ou Base 25 da Lei de Bases da Saúde, Lei 25/2019, de 4 de setembro.

²⁰ Decreto-lei 298/2007, de 22 de agosto.

que o PRR apenas preveja a transição digital da componente pública do sistema.

Em Portugal continua a imperar, por vezes, uma cultura de trincheiras que não beneficia ninguém. Um exemplo recente é o do Plano Nacional de Saúde 2021-2030²¹ que, há semelhança com o que tem acontecido com os planos sazonais da DGS, não prevê qualquer participação por parte das entidades privadas.

Pela parte dos hospitais privados mantém-se uma abertura absoluta para colaborar e, de forma transparente, estruturada e planeada, assumir novas responsabilidades. Essas responsabilidades podem ser na área da prestação de cuidados (por exemplo, há cada vez mais novas formas de prestação, desde as que recorrem mais à monitorização e diagnóstico por via remota, até à simbiose entre os cuidados primários e hospitalares, passando por uma abordagem mais pela saúde do que pela doença e que privilegia a literacia e a prevenção), mas também em domínios como o da formação (de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.).

5. Conclusão

A sustentabilidade do sistema de saúde português tem sido questionada por diversas instituições desde há vários anos e o impacto da COVID-19 tornou esta discussão, bem como a da resiliência, ainda mais atual e urgente.

A luta contra a pandemia exigiu um esforço extraordinário de todos, e em primeiro lugar do SNS, sendo que os prestadores privados estiveram disponíveis para uma colaboração mais estreita e intensa.

A crise pandémica teve um impacto fortíssimo na atividade assistencial em 2020 ainda que seja grato registar que, pelo menos no que toca aos hospitais privados, em 2021 já se ultrapassou o nível de 2019 na generalidade dos atos médicos e dos meios de diagnóstico e terapêuticos.

Em termos globais há 3 lições que se retiram do funcionamento dos sistemas de saúde nos últimos anos e que tornarão desejável (e inevitável): um reforço da saúde pública, a aceleração da transição digital e os termos de uma verdadeira cidadania europeia também em termos de saúde.

Em Portugal, a hospitalização privada, que representa cerca de um terço da capacidade/atividade hospitalar do país e que já serve diretamente os cerca de 50% da população com uma segunda cobertura em saúde, tem

²¹ A versão em discussão pública disponível em <https://pns.dgs.pt/>.

capacidade e está disponível para reforçar a complementaridade com o SNS, seja no reforço ao combate às listas de espera cirúrgicas, seja nos cuidados de saúde primários, na formação de profissionais de saúde, etc.

Há muito a fazer e a história recente comprova que temos que congregamos esforços, energia e investimentos para que cada um, de acordo com as suas especificidades e de forma articulada e transparente, possa fortalecer o sistema como um todo.

Como a palavra tem sido algo tóxica em Portugal e porque não interessa repescar casos mal resolvidos, digamos as “partnerships” são quase consensualmente²² recomendadas para a necessária recuperação da atividade e a sustentabilidade dos sistemas.

Parafraseando o célebre estudo da Fundação Calouste Gulbenkian sobre a saúde «todos temos um papel a desempenhar».

Referências bibliográficas

- ACSS, (2020). Clausulado tipo para adesão ao Acordo entre as ARS e as entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito das medidas excecionais e temporárias para tratamento COVID-19.
- APHP (2022). Inquéritos aos Associados.
- Araújo, Fernando (2022). “Governança em Saúde: desafios e oportunidades” in Saúde em Portugal — pensar o futuro, coordenado por Fernandes, Adalberto C (2022).
- Bernate, Laura R. (2021). The future of digital healthcare: patient first?
- Bucher, A. (2022) ‘Does Europe need a Health Union?’ Policy Contribution 02/2022, Bruegel.
- Conselho Nacional das Saúde (2017). Fluxos financeiros do SNS.
- Declaração do Porto (2021).
- DGS (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014). Um Futuro para a Saúde — todos temos um papel a desempenhar.
- Fundación IDIS (2022). Sanidad privada, aportando valor.
- Governo de Portugal (2021). Plano de Recuperação e Resiliência.
- INE (2022). Dia Mundial da Saúde.
- ISCTE (2021). Coordenação de Mamede, Ricardo Paes e Silva, Pedro Adão e. Governar em estado de emergência.
- Nuffieldtrust (2022). Health system recovery from Covid-19.

²² Veja-se por exemplo <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2022-03/health-system-recovery-final-pdf-1-.pdf>.

Consequências psicológicas da pandemia COVID-19 sobre as pessoas em internamento hospitalar. Lições a retirar. Que estratégias futuras?

FERNANDO SAMPAIO

Coordenador das Capelanias Hospitalares Católicas

Uma impensável surpresa

A pandemia apanhou o mundo de surpresa. Gerada demasiado longe, no Oriente, era política e tecnicamente garantido que não chegaria cá, mas o poder invisível de contágio que o vírus adquiriu e as deslocções transcontinentais de grandes grupos humanos disseminaram rapidamente a doença pelo mundo inteiro.

Uma vez chegada, a COVID-19 passou a dominar o nosso quotidiano, desviando para si os holofotes da comunicação e as preocupações da vida pública e da vida privada. Para a combater e defender a saúde pública, foram mobilizados grandes recursos, requisitado o Sistema Nacional de Saúde quase na totalidade e impostas medidas de quarentena à população.

No olho do furacão

Fazendo pensar num ambiente de guerra, os hospitais formaram a linha da frente na batalha contra o vírus, sendo alocados para o efeito na quase totalidade do seu espaço, particularmente nos picos mais elevados da crise sanitária. Os serviços de internamento sofreram obras rapidíssimas de adaptação, tendo sido criadas zonas de isolamento e zonas limpas; foram criados circuitos de circulação para que as pessoas não se encontrassem e protocolos específicos para cuidados seguros; muitos dos colaboradores passaram a teletrabalho; as consultas e as visitas foram canceladas; as outras patologias quase foram expulsas do sistema de saúde, ficando a população mais frágil ainda mais vulnerável.

Os corredores do Hospital, diariamente cruzados por milhares de pessoas, ficaram vazios de um dia para o outro, em silêncio, quando foram implementadas as medidas de contingência. Impressionante esse

grande silêncio que caiu sobre os corredores e em muitos outros espaços do Hospital, um silêncio arrogante e perturbador.

O semblante dos profissionais em serviço tornou-se sério e pesado. Fazia pensar simultaneamente em medo e coragem, emoções e sentimentos próprios de pessoas humanas normais que aprenderam a lidar com o medo e, não tendo nascido para ser heróis, foram heroicos na sua ação. O medo, na verdade, não as impedia de combater com grande dedicação e zelo esse inimigo invisível e poderoso, escondido em cada doente. Não se deixavam abater pelo cansaço ou desanimar pela dor de cada baixa mortal. Foi um privilégio poder partilhar a vida e a luta quotidiana destes homens e mulheres, profissionais competentes, zelosos e humanos, bem como de muitos doentes, uns que resistiram outros que partiram.

Tempos de angústia

Em situações de crise os contactos sociais e os vínculos familiares e afetivos são recursos normais a que as pessoas recorrem para fazer frente às situações de *estresse*. São também recurso para muitos, sobretudo para os crentes, as instâncias religiosas, as igrejas e o culto. As medidas de afastamento social impediram o acesso aos primeiros e limitaram fortemente o acesso às instâncias do simbólico e dos significados. Sem poder usar estes recursos, a população viu-se confrontada com três importantes fontes de angústia: o medo da doença, o medo da morte e a incerteza no futuro. Como seria de esperar, os autores dão conta que se verificou uma forte degradação da saúde mental e espiritual. E apontam um aumento de sintomas de ansiedade, angústia, baixa autoestima e solidão; e ainda, alterações na qualidade do sono e aumento de comportamentos de risco. Os mais afetados parecem ter sido as mulheres, as crianças, os adolescentes, os profissionais de saúde e os grupos psiquicamente vulneráveis.

Os idosos, grande grupo de risco, viram-se particularmente confrontados com a imposição de isolamento. Dadas as dificuldades e as patologias geralmente presentes neste grupo da população, deu-se uma degradação das condições de saúde física e mental, dependência, solidão e aumento de quadros demenciais. Uma senhora idosa que costumava fazer a sua vida e se viu forçada a permanecer fechada em casa, dizia: «Os meus filhos levam-me a casa tudo o que preciso e tenho tudo do bom e do melhor, mas não sou nenhum animal de estimação. Pior ainda, a eles levam-nos à rua e a mim proíbem-me».

A morte, o grande tabu urbano, invadiu o quotidiano sob a forma de estatística, tornando-se ainda mais clandestina. Muitos não puderam despedir-se dos seus familiares falecidos, dar significado à perda através da oração e da celebração de rituais, reunir familiares e amigos para partilhar a dor, saindo gravemente prejudicado o necessário processo de luto.

Uma experiência violenta

Na minha experiência de prestação de cuidados espirituais a doentes, particularmente a doentes com COVID-19, vários aspetos me chamaram à atenção: a solidão, o medo e a angústia, e a carência de afetos e contacto.

Era impressionante e estranho o silêncio nas enfermarias. Os doentes, enrolados na roupa da cama, permaneciam silenciosos e assustados. Creio ser adequado falar dos sentimentos de solidão, abandono, desamparo. Cada um, no seu canto, parecia estar profundamente só face à doença e seus terrores. Nessa solidão real e existencial, o medo e a angústia pareciam saltar de cada olhar e da expressão de cada rosto. As razões eram mais que suficientes: o medo da morte, as inquietações face ao futuro e as preocupações consigo próprio e com os familiares; cuidadores, estranhos e apressados, cheios de barreiras protetoras, luvas e rosto escondido; dias e noites sem fim, sem controlo sobre si próprio e sem notícias da família e do mundo. E ter de enfrentar tudo sozinho, sem a presença de amigos ou familiares, sem rostos e vozes conhecidas, sem o consolo de uma carícia ou de um beijo ou sem poder expressar ou receber afetos; sem a possibilidade de despejar a angústia, os medos, as preocupações; e muitas dúvidas e perguntas sem resposta. Com quem fazê-lo, se ninguém tinha tempo e o contacto se reduzia ao essencial? É certo que, no testemunho de alguns doentes, por vezes apareciam anjos, pacientes e disponíveis, para escutar e acompanhar, permitindo drenar a angústia e aliviar o coração. Os idosos eram quem mais expressava a carência de afetos e contacto, surgindo por vezes a desorientação e a confusão. Recordo-me de uma velhinha deitada de lado que vendo as minhas mãos ao seu alcance, junto às grades da cama, as invadiu e, em silêncio, as afagou longamente.

Com o tempo, no desenvolver da pandemia, sem que fosse baixada a guarda ao nível dos protocolos de proteção da infeção, o ambiente foi-se tornando mais leve ao nível dos profissionais e dos doentes. Puderam acontecer algumas visitas de forma muito controlada e alguns doentes puderam receber visitas e outros despedir-se dos seus familiares.

O modelo médico bio mecanicista, a opção

A luta contra a infecção seguiu o modelo médico bio mecanicista. A sua influência está presente tanto no modelo de organização e de prestação de cuidados, como nas regras de contingência social impostas na quarentena. Deve dizer-se que foi essencial no combate e controlo da infecção. A sobrevivência física e a redução da mortalidade ao máximo foram grandes preocupações.

O modelo bio mecanicista, na verdade, é eficaz, largamente treinado e simplifica a intervenção médica, já que o corpo é observável e tecnicamente monitorizável. Por outro lado, reduz o número dos intervenientes na equipa e uniformiza a linguagem. A pessoa humana é corpo e sem corpo a pessoa não existe. A saúde física é, inegavelmente, um bem essencial.

A pessoa é mais do que a doença

A pessoa humana, porém, é mais do que o corpo, e a saúde é bem mais do que a saúde física ou ausência de doença. O conceito holístico de saúde acrescenta ao cuidado com a dimensão física a necessidade de cuidar também as dimensões psíquica, social e espiritual para uma saúde harmoniosa e equilibrada. Neste sentido, o modelo holístico é bem mais complexo e exigente. Requer equipas multi e transdisciplinares, tornando mais complexa a intervenção em saúde e a comunicação entre pares e na equipa de cuidados. As consequências são também diferentes. O modelo bio mecanicista, ao preocupar-se com o corpo na sua dimensão física, facilmente esquece a pessoa, transformando-a num caso, numa patologia, num simples objeto de cuidados. O modelo holístico, por outro lado, procura olhar a pessoa no seu todo, colocando-a no centro, e intervir de forma integral, enfatizando a ideia de que a pessoa é bem mais do que a doença. Neste sentido, promove a humanização da saúde.

Creio ser legítimo dizer que a opção de pôr de lado a preocupação com o cuidado das dimensões afetiva, social e em parte da espiritual teve pesados custos ao nível da saúde mental da população, como ficou apontado atrás, sendo particularmente gravosa nos grupos populacionais de maior risco ou mais expostos à crise sanitária e seus efeitos, nomeadamente os profissionais de saúde, as mulheres e as crianças e jovens. Também no internamento hospitalar se pode apontar como consequência a solidão e a carência de afetos e contacto, elevando os níveis de angústia dos doentes internados por COVID-19 e, nomeadamente, a desorientação nos idosos.

Que desafios para o futuro?

A pessoa no centro — O homem é húmus, terra, e por isso frágil e vulnerável. Cuida os seus semelhantes por que necessita de ser cuidado. A pandemia, ignorando o individualismo, veio pôr a descoberto esta necessidade do cuidado como uma tarefa social comum e de cada um para preservar a saúde pública como um bem geral. Tendo vindo da natureza, veio recordar ainda que não se pode pensar em ter melhor saúde se não cuidarmos o ambiente e a casa comum que é a natureza, se não optarmos por um desenvolvimento sustentado, se não melhorarmos as condições de vida e trabalho das populações, se não promovermos uma cultura para a saúde e para o cuidado, se não fomentarmos a solidariedade.

A saúde e o cuidar complexificaram-se nas sociedades do século XXI ao nível do saber, das técnicas, dos meios, das capacidades, das competências, das exigências, elevando os padrões de qualidade e bem-estar em saúde. Se a pessoa humana não for colocada no centro do sistema de saúde e se não for olhada na sua complexidade humana e ecológica, não estará com certeza a ser cuidada de forma humanizada e com qualidade para os padrões do século XXI. E isso não deveria acontecer também em tempos de pandemia? A solidão dos doentes nos hospitais e dos idosos nos lares, bem como a degradação da saúde mental da população, são em si realidades suficientemente gravosas que não podem ser ignoradas, mas que pedem novos olhares e desafios ao sistema e políticas de saúde em tempos de acalmia e em tempos de pandemia.

Nas crises, recorrer também a outros saberes — Parece ser oportuno olhar para trás e reparar que, para além dos técnicos de saúde pública, dos epidemiologistas, dos médicos e dos matemáticos, existem também outros saberes e competências que podem ajudar a preservar a saúde pública não apenas ao nível físico, mas também ao nível mental e espiritual. Os profissionais de saúde mental são um exemplo. Neste sentido, os tempos de acalmia que se aproximam favorecem o estudo e a apresentação de modelos de cuidados de saúde integrais a aplicar em tempos de crise. Mais, podem permitir o treino de equipas multidisciplinares, a elaboração de protocolos de cuidados seguros e a elaboração de guiões para boas práticas ao nível hospitalar, bem como ao nível das instituições sociais, das escolas e da sociedade civil. A experiência que adquirimos não deveria ser desperdiçada e novas pandemias podem vir.

O contributo de serviços intermédios — A sociedade tem diversas redes de serviços. Os gestores dos serviços mais relevantes e pertinentes

podem tornar-se conselheiros para ajudar a encontrar soluções práticas para dificuldades que podem ser previstas e outras que podem surgir. Neste sentido, retenho, como exemplo, um pormenor que pode ser irrelevante para os decisores técnicos e políticos face aos problemas que tiveram pela frente, mas que não deixa de ser importante para o povo e sua saúde mental no processo de luto. Houve muitos mortos, mas não era possível fazer o reconhecimento de cadáveres. Esse facto, associado a algumas notícias na imprensa de troca de cadáveres, levou dúvida e angústia a muitos familiares, pois não sabiam quem estavam a enterrar ou cremar, se o familiar se um estranho. Os agentes funerários, se tivessem sido escutados, poderiam ter ajudado a resolver o problema desde o início.

A necessidade de um plano coerente e humano de comunicação — As atuais capacidades técnicas de comunicação de voz e imagem entre pessoas eram impensáveis na última década do século XX. Na pandemia, a comunicação foi particularmente importante na aproximação entre pessoas impedidas de o fazer devido às restrições de contacto social. A videochamada, por exemplo, não substitui o contacto pessoal e muito menos o abraço, mas ajuda a aliviar as saudades e a perceber como o outro se encontra, tornando mais suave a preocupação e a angústia. Neste sentido, a tecnologia é uma ferramenta que pode aproximar as pessoas internadas dos seus familiares e amigos, aliviando a solidão e a angústia de uns e outros. O problema está na permissão de os doentes terem ou não a tecnologia junto de si e, em segundo lugar, de ter capacidade ou não para a usar. Por vezes os familiares ficaram vários dias sem saber do seu doente e o doente, sobretudo o idoso, a pensar que fora abandonado. Durante a pandemia, houve um período em que não foi possível aos doentes ter telemóvel. Algumas empresas de telecomunicações ofereceram *smartphones* a alguns hospitais para facilitar o contacto com a família, mas a escassez de pessoal, por um lado, e a falta de tempo por parte dos profissionais para atender e fazer chamadas, por outro, depressa se tornou o problema, prejudicando a comunicação.

Estas e outras dificuldades põem o problema da comunicação, particularmente em tempo de pandemia. Não se trata aqui da comunicação de dados clínicos, embora isso seja importante, mas tem os seus canais e normas próprias. Trata-se de olhar a comunicação entre a família e o doente como um coadjuvante terapêutico ao nível da saúde mental para aliviar a solidão e a angústia do doente, bem como a angústia da família. Neste sentido, deve ser cuidada com seriedade e de forma profissional. A comunicação é geralmente feita por secretárias de unidade, mas elas

têm também o tempo limitado entre as múltiplas tarefas que desenvolvem. Voluntários treinados em comunicação e por elas supervisionados poderiam realizar esta tarefa de uma forma serena e sem pressão. Mais ainda, um voluntário treinado e devidamente equipado poderia ajudar os doentes com dificuldades a estabelecer as chamadas, libertando os profissionais para as suas tarefas. Ou, quem sabe, talvez as camas possam vir a ser equipadas com sistemas de videochamada, um destes dias, podendo haver a ajuda de um voluntário, quando necessário.

Cuidar os afetos, aliviar a solidão — A maior dificuldade dos doentes é a solidão e a carência de afetos e contacto. Cuidar da dimensão emocional faz diminuir a solidão e a angústia que lhe está ligada, sobretudo nos idosos, proporcionando bem-estar, qualidade de vida, saúde mental. A visita controlada e segura de familiares deve ser repensada pelo sistema de saúde. Para o sistema é mais fácil proibir as visitas do que autorizá-las. As visitas dão naturalmente algum trabalho aos profissionais, exigem acompanhamento e cuidado. Se os familiares forem minimamente treinados e ajudados nos protocolos de segurança, isso não trará mais risco aos doentes nem aos profissionais, nem às próprias visitas. Se numa enfermaria entra a enfermeira para fazer cuidados, a auxiliar operacional para dar a refeição ou realizar outras tarefas, a senhora da limpeza para higienizar a sala, um técnico para compor um aparelho, etc., por que não há de entrar um familiar para estimular os afetos do doente e aliviar a solidão? Durante a pandemia houve a possibilidade de visitas em algumas circunstâncias, não valeria a pena analisar essas experiências e tirar delas as devidas lições?

Cuidar as dimensões emocional e espiritual — Cuidar a dimensão emocional passa também pela possibilidade de drenar os medos e a angústia, por depositar em alguém as perguntas e as dúvidas, por ter alguém que escute as dores da alma. Quando um doente é escutado de forma empática, sente-se acolhido, amado, compreendido. A escuta ajuda a superar a solidão e alivia a angústia. Neste sentido, o serviço de psicologia não só pode atuar quando é solicitado para um caso, mas também pode intervir a montante, elaborando um plano para prevenir a manifestação de casos, investindo na manutenção da saúde mental dos doentes. Voluntários treinados poderiam ajudar nesta importante tarefa de escuta. O mesmo se pode dizer ao nível da saúde espiritual e da intervenção dos assistentes espirituais.

Os cuidadores, terapeutas feridos — Para terminar, não podemos dizer que a pessoa está no centro dos cuidados, se esquecermos os

profissionais. Recorrendo à metáfora do curador ferido, também os cuidadores precisam de ser cuidados. Cuidar de doentes, escutar as suas dores e lidar com a morte, deixa feridas que se acumulam às feridas da vida pessoal, afetando o equilíbrio emocional. Mas quem cuida? Não deveria o hospital preocupar-se também com aqueles que são o seu rosto e coração? Tendo em conta que os profissionais de saúde viram a sua saúde mental afetada pela pandemia, não deveria o sistema de saúde pensar também na saúde mental dos cuidadores?

Assim, as estratégias futuras, quer para a gestão de situações de crises severas, nomeadamente as que se inscrevem no âmbito da saúde, quer em períodos de normalidade, deverão, primeiro, incorporar todas as experiências e vivências de todos os protagonistas — doentes e cuidadores — adquiridas nestes tempos difíceis. Segundo, colocar a pessoa — que é sempre mais do que a sua doença — no centro dos cuidados, e tendo presente que a saúde engloba várias facetas, e não descuidar qualquer uma delas. Terceiro, fortalecer e dar densidade às redes de cuidado que se estabeleceram a vários níveis da sociedade e, internamente, nas unidades de saúde, pondo o foco na complementaridade de saberes, na multidisciplinaridade e na riqueza do trabalho em equipa, com vista a uma cada vez maior humanização da saúde e à promoção da melhor e mais holística assistência a quem se encontra fragilizado.

Referências bibliográficas

- Isabela, «Pandemia e saúde mental: jovens são potenciais vítimas do isolamento social», <https://www.ecycle.com.br/pandemia-e-saude-mental-jovens-sao-potenciais-vitimas-do-isolamento-social/>; Seg, 09 de Agosto de 2021.
- Nascimento S, Pereira C, Caldas I, Silva M, Mendonça T, Lourenço B, Gonçalves M, Nobre A, «Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura», in *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental* 2020; 6(2): 67-76.
- Pedro Afonso, «O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental. Cartas ao Editor», in *Acta Med Port* 2020 May; 33(5): 351-358 (Copyright © Ordem dos Médicos 2020 <https://doi.org/10.20344/amp.13877>).
- Prado A. D., Peixoto B. C., da Silva A. M. B., & Scalia L. A. M. (2020). «A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa», in *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4128. <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>.
- Revista de Imprensa em 10:12, 8 Fev 2022, Correio da Manhã — «Pandemia fez disparar depressões e ataques de pânico em Portugal. Efeitos são comparáveis ao “11 de setembro”».

A pandemia por COVID-19: um desafio também para o poder local

LUÍSA SALGUEIRO

Presidente da Associação Nacional de Municípios Portugueses e da Câmara Municipal de Matosinhos

A pandemia da doença COVID-19, provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que há dois anos se abateu sobre Portugal e o mundo, posicionou os municípios portugueses perante desafios de extrema exigência e até então inimagináveis.

Desde o desconhecimento da natureza do coronavírus SARS-CoV-2, da sua forma de propagação, do modo mais adequado de prevenção, à incerteza quanto aos modelos de resposta à doença COVID-19, dentro e fora do contexto hospitalar, esta pandemia, que ainda permanece, colocou-nos à prova em todos os sentidos.

O Poder Local — municípios e freguesias — esteve, desde o primeiro dia, na linha da frente da resposta a esta pandemia, trabalhando, diariamente, em várias áreas de apoio às pessoas, instituições e empresas e assim prossegue até ao dia de hoje, desde logo porque os efeitos da pandemia, tanto na saúde das pessoas, como na economia familiar, como na sustentabilidade das empresas, está longe do fim.

A Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP), enquanto organização representativa dos municípios, envolveu-se, desde o início, no apelo ao empenhamento de todos no cumprimento das estratégias determinadas pelas autoridades de saúde pública, em geral, e à serenidade e confiança nas medidas definidas pela Direção Geral da Saúde, em particular, e assumidas, com um sentido de missão singular, pelo Serviço Nacional de Saúde.

As autarquias articularam-se com as autoridades de saúde pública e agiram, como sempre, em prol das suas populações. Cada município teve, e tem, a sua realidade específica, mas todos têm trabalhado arduamente para auxiliarem as populações. Primeiramente, ajudando as pessoas infetadas e as que, embora estando saudáveis, são mais vulneráveis, como os mais velhos e os que têm algumas incapacidades ou dificuldades; e, finalmente, mas não menos importante, procurando contribuir para impedir, o mais possível, o contágio pelo coronavírus.

Os municípios estão no território, junto das populações, e têm plena consciência de que são agentes de saúde pública e que, em circunstâncias como a desta pandemia, têm de mobilizar a sociedade, envolver todos os agentes e parceiros comunitários e aumentar a confiança das populações no trabalho que é realizado por todos e é exatamente o que têm feito durante esta pandemia.

Temos feito tudo o que está ao nosso alcance para ajudar a debelar esta pandemia, nomeadamente:

Apoio financeiro a particulares e empresas:

- a instituições de saúde, para aquisição de equipamentos hospitalares;
- ao Serviço Nacional de Saúde, para compra de ventiladores e testes COVID-19;
- criação de postos de testes COVID-19 em articulação com as ARS;
- redução de 50% no valor das faturas da água, saneamento e RSU;
- isenção de pagamento das faturas da água, saneamento e RSU para as IPSS;
- prorrogação dos prazos para liquidação das faturas da água, saneamento e RSU;
- desconto na fatura da água para pessoas a auferir apenas 66% do salário, desde que apresentando a declaração oficial da Segurança Social;
- suspensão de cortes de fornecimento de água, criando-se planos de pagamento faseado;
- suspensão do pagamento do estacionamento tarifado em superfície;
- isenção de pagamento das taxas aplicáveis aos direitos de ocupação da via pública para feirantes e vendedores ambulantes;
- isenção total da derrama a todas as pequenas e médias empresas (respeitante ao ano de 2020);
- isenção total das taxas e tarifas municipais aos comerciantes (respeitantes ao ano de 2020);
- adiamento do pagamento de rendas de habitação municipal ou de espaços comerciais municipais, arrendados ou em regime de concessão;

- isenção do pagamento das rendas às famílias residentes nos conjuntos habitacionais municipais (períodos diversos);
- majoração do valor dos apoios às famílias inscritas em programas de apoio social, alimentar e de habitação.

Apoio a crianças e famílias mais carenciadas:

- funcionamento de cozinhas e refeitórios em escolas para garantir a alimentação completa do dia aos alunos beneficiários da ação social escolar;
- distribuição das refeições escolares.

Apoio aos mais vulneráveis:

- refeições quentes, higiene pessoal e medicamentos a pessoas a quem habitualmente é prestado este apoio, mas também aos que se encontravam em Centros de Dia que tiveram de ser encerrados e a todos os que não têm autonomia para confeccionar as próprias refeições;
- entrega de alimentos, compras para abastecimento doméstico, medicamentos e refeições confeccionadas para idosos e população fragilizada.

Apoio à população em situação de sem-abrigo:

- disponibilização de centros de acolhimento com medidas de higienização e espaços de isolamento para casos suspeitos de infeção pelo coronavírus;
- abertura de novos espaços com todas as condições para quarentena;
- espaços para alojamento, higiene pessoal, alimentação e medicação.

Apoio a profissionais dos serviços essenciais:

- escolas abertas para acolher os filhos dos profissionais dos serviços essenciais, de saúde, forças de segurança, bombeiros, entre outros.

Apoio psicológico:

- criação de linhas específicas para apoio psicológico.

Implementação de banco de voluntariado excecional:

- criação de bancos de voluntariado especificamente para a situação de emergência.

Limpeza e higienização:

- ações de limpeza, higienização e desinfecção das ruas, espaço público, viaturas municipais, contentores e veículos de recolha de resíduos.

Apoio às instituições:

- antecipação de subsídios e apoios previstos.

Apoio à comunidade escolar:

- levantamento e satisfação das necessidades de meios tecnológicos dos alunos da escolaridade obrigatória para o ensino à distância.

Articulação com entidades intermunicipais:

- criação de centrais de gestão de produtos, equipamentos e recursos críticos, tendo em vista assegurar que os recursos são permanentemente afetos às áreas mais necessitadas (máscaras de proteção, luvas, gel desinfetante, refeições confeccionadas, disponibilidades de alojamento para isolamento, quarentenas ou tratamentos, material médico e outros relevantes).

Neste período de dois anos — um tempo longo de apreensão para todos e de sofrimento para milhões de portugueses (até finais de março deste ano, os dados oficiais da DGS apontam para quase quatro milhões de casos confirmados em Portugal), a ANMP trabalhou solidariamente com as autarquias locais, tendo sempre em mente as famílias tragicamente afetadas pela COVID-19; colaborou com o Governo e as autoridades de saúde pública na prevenção e no combate a este flagelo nacional e mundial; assim como, contribuiu ativamente para a definição de mecanismos de apoio social e económico destinados às famílias, às instituições e às empresas apanhadas pela crise económico-financeira desencadeada pela pandemia.

Depois do trabalho no primeiro impacto da pandemia na saúde pública, a ANMP tem estado atenta à necessidade de superação da crise social, económica e financeira em Portugal, evidenciando, junto do Governo, a necessidade de envolvimento dos municípios nas políticas públicas definidas para a prestação de apoio às pessoas em situação de vulnerabilidade e às micro e pequenas empresas, tendo conseguido o estabelecimento de um regime transitório que permitiu agilizar a

contratação pública e tornar mais célere a execução dos investimentos municipais, contribuindo também assim para a resposta à crise.

Atualmente, embora estejamos cientes de que esta crise de saúde pública ainda não está ultrapassada e saibamos que a crise social e econômica precisa de ser enfrentada, nos próximos anos, com resiliência, mas, acima de tudo, com medidas específicas de incentivo à economia, a ANMP considera que é já tempo de olhar para outra frente — o futuro comum.

Esta pandemia ensinou-nos que, numa sociedade cada vez mais globalizada, os nossos problemas são também os dos outros e vice-versa. É, por isso, importante cuidarmos uns dos outros e dos nossos territórios, sem esquecermos que os recursos são finitos e que o Planeta Terra é único e deve ser preservado por cada um de nós. Se cada um fizer a sua parte será mais fácil enfrentar todos os desafios por mais difíceis que sejam — como tem sido a pandemia por COVID-19.

Futuro: prospetivas para uma escola do cuidado humano integral*

RODRIGO QUEIROZ E MELO

Professor da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa

Introdução

Por força, quer do contexto de baixas qualificações da população portuguesa, quer de uma tradição administrativa muito burocrática, a expansão da educação em Portugal deu origem a um sistema escolar burocrático e centralizado. Um sistema que assentou na função de ensinar o currículo prescrito e avaliar se o ensinado foi aprendido. A retórica da autonomia das escolas e do enriquecimento do currículo entrou no discurso político e social nas últimas décadas do século XX. Porém, foi apenas a partir de 2005 que foram estabelecidos, por via legal, verdadeiros espaços de autonomia para as escolas e foi definida uma abordagem curricular onde passou a haver espaço formal para uma educação integral. Esta evolução legislativa criou as bases para uma mudança de paradigma escolar; um processo cultural longo que não se basta com a alteração do enquadramento legal. Em 2020, o mundo parou para combater a pandemia do COVID-19. Durante esse tempo, apesar do quadro de menor liberdade decorrente dos confinamentos e restrições a atividades presenciais, tivemos uma experiência de total autonomia das escolas, na medida em que todas as regras de funcionamento foram suspensas.

No presente capítulo, após clarificar o conceito de educação integral e analisar em mais detalhe a evolução do enquadramento legal da autonomia das escolas entre 2005 e 2019, olhamos para os resultados escolares dos alunos nas avaliações externas no período pandémico e argumentamos que esta experiência demonstra que é possível as escolas definirem um novo foco na educação integral, sem que isso signifique perdas no desenvolvimento cognitivo dos alunos.

* Várias passagens deste texto são baseadas em artigos e comunicações do autor escritas durante 2020, 2021 e 2022 quando, por coincidência temporal, estava a desenvolver um projeto de formação “Liderança para a Educação Integral” e teve, como todos, de lidar com os efeitos da pandemia na sua atividade profissional.

Uma resenha histórica para contexto

Pelo menos desde o Relatório Coleman (1966)¹ que, no mundo ocidental, a euforia pós-guerra dá lugar, em matéria educativa, a um pessimismo militante em relação à capacidade da escola para elevar os níveis de literacia da população em geral. O nascimento de um mundo mais globalizado do ponto de vista económico e a concorrência internacional pelo emprego (ou pela atração de investimento industrial que crie emprego), coloca na educação o ónus de equipar as futuras gerações com conhecimentos e competências que lhes permitam ter “uma boa vida”. Ainda no rescaldo do desenvolvimento económico do pós-guerra, ter uma boa vida significava viver com mais conforto material e segurança do que a geração precedente.

Esta preparação para poder ter uma boa vida implicava, além do saber livresco tradicionalmente apanágio de uma boa educação, o desenvolvimento de competências operativas e, com um importante contributo conceptual e político do Relatório Delores “Educação Um Tesouro a Descobrir” (1996), ao longo da vida.

Em Portugal, estes debates sobre o que se espera da escola foram chegando e foram sendo feitos. Mas não encontraram terreno fértil na realidade de um sistema educativo que enfrentava um enorme desafio de chegar a todos e de ultrapassar um défice ímpar de qualificações da população, por comparação com os seus parceiros do mundo ocidental. Em 1971, quando a taxa média de população inscrita no ensino secundário na União Europeia era de 77,3%, em Portugal esta taxa era apenas de 37,5%. Em 1980, a média da União Europeia cresceu para 85,8%, mas, em Portugal, ainda estávamos somente nos 53,9% (World Bank, 2022). No entanto, se a média portuguesa é baixa em termos relativos, a evolução em termos absolutos foi muito rápida, obrigando a uma quase duplicação da oferta escolar apesar da ausência de meios humanos para

¹ O Relatório Coleman é o resultado de um estudo de 1966, encomendado pelo governo Federal Americano a uma equipa liderada pelo sociólogo James Coleman. O estudo tinha como objeto a igualdade de oportunidades educativas e estava previsto no Civil Rights Act. O Relatório Coleman foi pioneiro (i) em considerar que a igualdade de oportunidades deveria ser medida à saída do processo educativo (produto) e não à entrada (input) e (ii) na metodologia utilizada. Este estudo marcou a política educativa nos Estados Unidos e no mundo ocidental em geral, sendo o seu postulado mais conhecido (e por vezes mal interpretado) que “schools make no difference”.

dar resposta à procura. Veja-se que, em 1971, havia 54.525 docentes em exercício em Portugal. Em 1980, eram 108.361. Em 9 anos, o número de docentes nas escolas em Portugal duplicou. Porém, isto sucedeu num país com muito baixas qualificações, e por isso, com poucos recursos humanos qualificados para contratar. Em 1970, apenas 0,9% da população tinha o ensino superior completo e em 1981 eram 2,4% (Pordata, 2022).

O efeito combinado de um crescimento acentuado e rápido do sistema educativo com um crescimento menor e mais lento da taxa de escolarização superior da população, obrigou a um desenvolvimento do sistema educativo burocrático e transmissivo que, por ser estruturado e, de algum modo, menos rico, se podia basear numa força de trabalho menos especializada². A pedagogia da transmissão (Formosinho, 2012a), condicionada pelo contexto de partida, dominou assim o desenvolvimento da escola portuguesa durante a sua forte expansão ao longo do último quartel do século XX.

A educação integral

É certo que, desde o último quartel do século XX, a escola tem feito um esforço de desenvolvimento da dimensão social e cívica dos seus alunos. E, desde o início do século XXI, procura enriquecer a dimensão cognitiva, adicionando ao conhecimento as competências ou capacidades. Contudo, ainda hoje há dimensões da pessoa que são estranhas à escola ou, quando são abordadas, são-no como uma atividade lateral, voluntária, “que não conta para a nota”. E, num sistema educativo culturalmente refém das normas e da reprodução do currículo formal, o que não conta para a nota não existe.

Esta abordagem à educação deixa nas margens do sistema o todo que é cada aluno enquanto pessoa. Pessoa essa que, para efeitos analíticos e de planeamento educativo, temos de decompor nas suas diferentes dimensões. Existem diversificadas propostas de quadros conceptuais de análise do todo que é a pessoa. Neste artigo, baseamo-nos num conceito em que se sobrepõem seis dimensões: (i) uma dimensão corporal da pessoa, centro de uma ecologia integral, (ii) uma dimensão cognitiva, (iii) uma dimensão afetivo-emocional, (iv) uma dimensão estético-artística,

² Para um desenvolvimento maior deste tema, ainda que não necessariamente no mesmo sentido do autor, ver Formosinho 2012 e Formosinho 2012a.

(v) uma dimensão social e cívica e (vi) uma dimensão ético-moral/espiritual (para um desenvolvimento detalhado desta abordagem às seis dimensões da pessoa ver EFSE, 2019).

Tradicionalmente, a dimensão cognitiva tem sido o núcleo essencial do trabalho da escola. Isto resulta claro da análise dos currículos formais — organizados em tempos semanais disciplinares — e dos métodos habituais de avaliação de alunos — provas, testes, exames, mas sempre instrumentos de resposta escrita a questões escritas. Paralelamente, as dimensões corporal e social e cívica vão encontrando algum espaço no sistema educativo, em disciplinas formais, mas com muito menor importância atribuída e percecionada pela generalidade dos membros da comunidade educativa. Veja-se o caso de disciplinas como a educação física ou a educação para a cidadania (nas suas variadas formulações ao longo das décadas). Sendo parte do currículo formal, não são objeto de avaliação externa dos alunos o que, em contexto escolar, é significativo da importância que se lhes atribui. No caso da educação física, a sua importância relativa é patente sempre que a nota não releva para a média no acesso ao ensino superior. Por fim, na escala de importância atribuída pelas comunidades educativas, temos a dimensão estético-artística que se traduz, no currículo formal, em disciplinas como educação musical ou educação visual no ensino básico que, além de não serem objeto de avaliação externa³, desaparecem do currículo geral no ensino secundário.

Todavia, as dimensões afetivo-emocional e ético-moral/espiritual estão formalmente ausentes do mundo escolar⁴. A cabeça e o corpo dos alunos ingressam na escola, mas as suas emoções, o seu sentir, a sua humanidade profunda parece ser convidada a ficar à porta. Ou a estar sossegada e fazer pouco barulho para não incomodar a cabeça. Isto é a situação corrente na perspectiva curricular daquilo que é ensinado.

Devemos questionar se as escolas poderiam fazer diferente. Se, na estrutura do sistema educativo existente em Portugal, poderia ser esperada uma abordagem holística à educação; uma educação integral.

³ Exceção feita à educação visual que é objeto de prova de aferição mas de forma intermitente e sem impacto no percurso educativo dos alunos.

⁴ Exceção feita à possibilidade de os alunos das escolas públicas frequentarem Educação Moral e Religiosa; oferta que, na prática, funciona como se fosse uma atividade extra-curricular não sendo considerada para efeitos de progressão para o ano de escolaridade seguinte (n.º 6 do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 55/2018, de 6 de julho).

Parece-nos que não. É sem surpresa que, no início do século XXI, a escola portuguesa tem um foco predominante na dimensão cognitiva dos seus alunos. Não já apenas numa lógica de reprodução acrítica de conhecimento adquirido, mas, ainda assim, baseada maioritariamente nessa reprodução. Já se procura o desenvolvimento de pensamento crítico e há incursões no desenvolvimento de competências operativas transversais. Mas ainda longe de uma preocupação real com a educação integral. É o resultado necessário da referida pedagogia da transmissão (Formosinho, 2012a), inserida numa lógica industrial e num sistema burocrático em que impera o individualismo profissional (Lima 2002).

A educação diz-se integral quando tem como objeto a totalidade do educando. Uma educação integral tem como objeto estas seis dimensões da pessoa.

A educação integral exige uma mudança de paradigma educativo, baseado na definição de uma visão para a escola, com uma liderança efetiva na qual o trabalho docente é desenvolvido de forma participada e colaborativa; onde a coordenação do trabalho profissional depende de mecanismos internos à escola (Melo, 2014) libertando-se esta da micro regulação externa.

Políticas educativas que criaram condições para a autonomia curricular das escolas — condição necessária para maior foco na educação integral

A partir de 2005, o sistema educativo português foi sujeito a grandes mudanças que, apesar das diferentes origens, tiveram um impacto importante no modo como as escolas se organizam e na lógica pedagógica que sustenta a ação docente. O resultado final, em nossa opinião, é que há hoje um contexto educativo em que é possível às escolas adotar uma perspetiva educativa baseada na busca de uma educação integral.

Como procuraremos demonstrar, entre 2005 e 2019, houve alterações regulamentares que alteraram de forma estrutural a dinâmica administrativa do sistema educativo português⁵: escolas públicas

⁵ Não cabe aqui fazer uma história da educação em Portugal. As linhas que seguem têm como objetivo fundamentar a tese que se apresenta. Outros processos de transformação social ocorreram antes e durante as legislaturas em causa e tiveram influência na evolução do sistema educativo português. As políticas que elencamos

responsáveis por percursos educativos completos (do pré-escolar ao final do ensino secundário), todos os jovens na escola até aos 18 anos, percursos formativos mais diversificados, maior autonomia curricular das escolas públicas e privadas, definição de um perfil de pessoa que se pretende seja o resultado do esforço educativo das escolas, superação do conceito do professor isolado que se limita a “dar” as suas aulas.

Estas mudanças estruturais não conduziram a uma mudança radical da cultura profissional das escolas e professores. Mas criaram as condições necessárias para que essa mudança ocorra; está a ocorrer em algumas escolas.

XVII Governo Constitucional

No período de março de 2005 a outubro de 2009, o XVII Governo Constitucional (que desenvolveu a legislatura em contexto de maioria absoluta), impulsionado pela sua Ministra da Educação, Maria de Lurdes Rodrigues, teve um papel determinante na reorganização do sistema educativo português ao nível da área tradicionalmente designada de administração educativa. Algumas medidas vinham de governos anteriores (como o agrupamento de escolas ou o fecho de escolas com número reduzido de alunos), mas ganharam novo fôlego. Outras, são concebidas e implementadas de novo e têm como objetivo a melhoria do recrutamento e gestão dos recursos humanos da educação. São exemplo destas a criação da figura do professor titular e a avaliação do desempenho docente (medidas que, por força da contestação dos professores, apoiados pelos sindicatos do setor, acabaram por anular a primeira e reduzir a nada a segunda). Mas, relevantíssima para o tema que nos interessa, foi (i) a regulamentação que generalizou a utilização pelas escolas da componente não letiva do horário de trabalho dos professores (Despacho n.º 17 387/2005 (2.ª série), de 12 de agosto), (ii) a expansão do ensino profissional e do ensino artístico especializado, (iii) o alargamento da escolaridade obrigatória até ao final do ensino secundário (Lei n.º 85/2009, de 27 de agosto) e (iv) a introdução do conceito de escola a tempo inteiro, com a expansão da oferta de atividades extra curriculares.

de seguida são as que consideramos mais relevantes em termos estruturais para o desenvolvimento da educação integral.

Como se pode verificar na tabela 1, estas medidas tiveram como resultado o aumento do número de alunos no ensino secundário e, tão ou mais importante, a democratização deste nível de ensino. Como último nível da escolaridade obrigatória, o ensino secundário deixou de ser uma antecâmara do ensino superior para ser, em partes iguais, uma preparação para o mundo do trabalho — expansão do ensino profissional.

Tabela 1. Evolução da taxa real de escolarização secundária e da taxa de alunos no ensino profissional

	2005 início da legislatura	2015 primeira coorte de alunos da escolaridade obrigatória 12 anos	2021 ano mais recente com dados
Taxa real de escolarização secundária ⁶	59,8%	74,6%	85,1%
Taxa de alunos no ensino profissional ⁷	18%	56%	55%

Fonte dos dados: Pordata

Apesar da resistência a estas e outras medidas do Governo, podemos hoje afirmar com segurança que, no seu conjunto, estas medidas tiveram como efeito deslegitimar a ideia de que o dever funcional das escolas e dos professores se esgota em “dar aulas”, independentemente de os alunos as “receberem” ou não, que são estes que têm de se adaptar à escola e não o contrário e que a escola funciona como um “filtro” social.

No final da legislatura, caminhava-se a passos largos para todos os jovens até aos 18 anos passarem a estar fisicamente na escola, todos os dias, durante toda a semana e para todos os professores estarem fisicamente na escola, todo o dia, toda a semana, e não só durante o seu horário letivo⁸. Isto criou novos desafios à escola.

⁶ Percentagem de alunos matriculados no ensino pré-escolar, básico ou secundário, em idade normal de frequência desse ciclo, relativamente à população dos mesmos níveis etários.

⁷ Percentagem de alunos matriculados no ensino profissional em relação ao número de alunos matriculados no ensino geral secundário.

⁸ Para que se perceba o aumento do tempo de presença na escola, refira-se que num horário semanal de 35 horas de trabalho, o horário letivo de um docente do 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e do ensino secundário corresponde a 22 horas até aos 50

Uma escola que agora estava organizada de modo vertical — os agrupamentos de escola — e que, por isso, já não podia usar como justificação para o insucesso a pouca preparação que os alunos traziam do ciclo anterior (que agora pertence à mesma escola) e que tinha um claro mandato social para ser mais do que um local de reprodução de informação; tinha de educar todos, mesmo os que antes abandonavam e ingressavam no mercado de trabalho a tempo inteiro aos 16 anos.

Todos os alunos na escola, mais tempo de professores na escola, uma escola do pré-escolar ao secundário e um mandato social mais vasto. Tudo isto foram mudanças estruturais extraordinárias. Mudanças acompanhadas de muita contestação (a partir de 2009, entra em funções o XVIII Governo Constitucional, mas já não dispõe de maioria parlamentar) a que, antes de haver tempo para uma mudança da cultura profissional, se juntou uma fortíssima convulsão social, provocada pelas medidas de saneamento financeiro a que o país se obrigou no seguimento do pedido de apoio financeiro internacional efetuado em 2011.

XIX Governo Constitucional⁹

É em contexto de aflição financeira que o XIX Governo Constitucional toma posse, em junho de 2011. Novamente por impulso do seu Ministro da Educação, agora Nuno Crato, o Governo volta a efetuar mudanças importantes na estrutura da educação. Porém, agora na área do currículo, sendo as relevantes para o tema em análise mais discretas.

Logo em julho de 2011, decorrido um mês da tomada de posse, é aprovado em Conselho de Ministros o Decreto-Lei n.º 94/2011, de 3 de agosto, que altera a organização curricular do ensino básico. Este diploma introduz exames nacionais no final do 2.º e 3.º ciclos do ensino básico — a Língua Portuguesa e a Matemática — e reforça o tempo letivo destas “disciplinas estruturantes”. Um ano depois, é aprovado o Decreto-Lei n.º 139/2012, de 5 de julho, que reestrutura a organização curricular dos

anos, 20 horas entre os 50 e os 55, 18 horas entre os 55 e os 60 e 14 horas após os 60 (artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 139-A/90, de 28 de abril).

⁹ O XVII Governo Constitucional foi um governo minoritário com uma duração de 20 meses — outubro de 2009 a junho de 2011 — em que, além das dificuldades políticas inerentes a um governo minoritário, teve de lidar com uma crise financeira que se foi avolumando, não tendo tido intervenção estrutural relevante para o objeto do presente artigo. Fica apenas a nota da aprovação do conceito de “metas” de aprendizagem em substituição dos tradicionais “programas”.

ensinos básico e secundário. Para o que nos interessa, este diploma introduz duas alterações de fundo à estrutura curricular que, sendo discretas e por isso não tendo sido objeto de contestação ou referência na praça pública, são decisivas no aprofundamento da autonomia curricular das escolas. Em primeiro lugar, a matriz curricular, que, em vez de regular o número de aulas que cada disciplina tem por semana — o que significava que a estrutura do currículo era igual em todas as escolas do país —, estabelece o tempo mínimo, em minutos, que cada disciplina tem de ter por semana — o que permite a cada escola organizar a matriz curricular de modo mais diverso. Em segundo lugar, este diploma institui uma matriz curricular em que, além de prever uma disciplina de oferta complementar a definir pela escola, a soma dos tempos atribuídos a cada disciplina ou área disciplinar é inferior ao tempo mínimo semanal a que os alunos têm direito. Consequentemente, as escolas são obrigadas a decidir a que disciplina/s alocar esse tempo excedente de modo que os desenhos curriculares são necessariamente diferentes de escola para escola.

Simultaneamente, o Governo revogou as orientações curriculares do ensino básico (Despacho n.º 17169/2011) e desenvolveu uma política curricular de substituição dos “programas” das disciplinas por “metas”. Esta política curricular foi muito debatida e contestada nos meios da educação. De um lado, posicionaram-se os defensores do Ministro, que apelidavam os oponentes de “defensores do eduquês”. Do outro, os seus opositores, que apelidavam esta política educativa de “retrograda” e “neo liberal”¹⁰. É um debate importante, ainda que tenha sido mais baseado na adjetivação do adversário do que na troca de argumentos sobre a posição de cada um. No entanto, é de salientar que, em parte, a substituição dos programas tradicionais, pensados para “ensinar a todos como se fossem um só” (Formosinho, 2012a: 35), por documentos curriculares mais enxutos, com menos pretensão didática e mais foco no que é essencial que os alunos aprendam, é uma tendência que vinha já do governo anterior¹¹.

¹⁰ Ver como exemplos: <https://www.publico.pt/2013/12/12/opiniaio/opiniaio/os-bons-alunos-do-eduques-1615946> (2013), <https://expresso.pt/opiniaio/HenriqueRapoza/ruptura-com-o-eduques=f570381> (2010), <https://dererummundi.blogspot.com/2010/07/dialogo-sobre-o-eduques.html> (2010), <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63167/2/87140.pdf>.

¹¹ Ainda que muitos detratores dos documentos de metas curriculares aprovados pelo XVIII Governo tenham afirmado que estes não eram verdadeiras metas mas

Finalmente, é da maior relevância para o nosso tema a criação pelo XIX Governo Constitucional do novo Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo (EEPC), aprovado pelo decreto-Lei n.º 152/2013, de 4 de novembro. Este constituiu, verdadeiramente, uma mudança de paradigma em matéria de gestão curricular (Melo, 2018). No seu artigo 37.º, o novo EEPC reconhece aos estabelecimentos do ensino particular e cooperativo uma ampla autonomia curricular e pedagógica, desligando definitivamente as regras de organização destes estabelecimentos de ensino das regras aplicáveis às escolas públicas estatais¹². No seguimento deste diploma, o Governo aprovou as Portarias n.º 44/2014, de 20 de fevereiro, e n.º 59/2014, de 7 de março, aplicáveis às escolas públicas com contrato de autonomia e aos estabelecimentos do ensino particular e cooperativo. Estas duas Portarias regulam um regime adicional de flexibilidade de gestão curricular que vai para além do regime geral já ensaiado no Decreto-Lei n.º 139/2012, de 5 de julho. Assim, desde 2014, estes estabelecimentos de ensino passam a poder (i) gerir livremente 25% do tempo curricular indicado para cada disciplina (aumentando ou diminuindo o tempo de cada disciplina dentro do tempo curricular total semanal obrigatório), (ii) criar novas disciplinas dentro do tempo curricular ou (iii) gerir o tempo disciplinar ao longo do ciclo (e.g., oferecendo mais tempo num ano de escolaridade e menos noutro desde que cumpram o mínimo do ciclo)¹³.

Dado o difícil período que o país atravessava, a rigidez de gestão de recursos humanos nas escolas públicas estatais e a forte contestação laboral na área da educação pública, estas medidas de flexibilidade curricular passaram largamente despercebidas. Exceção feita a alguns estabelecimentos de ensino particular e cooperativo que as aproveitaram para ensaiar novos desenhos curriculares (aulas com duração

sim programas encapotados (e.g: <https://maisfutebol.iol.pt/spm/isabel-alcada/sociedade-portuguesa-de-matematica-critica-metas-de-aprendizagem>).

¹² Para uma descrição detalhada da autonomia pedagógica, que inclui a curricular, dos estabelecimentos de ensino particular e cooperativo, ver Melo, 2014 disponível em <https://e-publica.pt/article/34571-o-novo-estatuto-do-ensino-particular-e-cooperativo-um-novo-paradigma-de-autonomia-e-regulacao> ou Melo, 2018.

¹³ No caso das escolas públicas estatais com contrato de autonomia, estas possibilidades estão previstas na alínea a) do n.º 6 e nas alíneas c) e d) do n.º 5, ambos do art. 4.º da Portaria n.º 265/29012, na redação dada pela Portaria 44/2014. No caso dos estabelecimentos do ensino particular e cooperativo, estas possibilidades estão previstas na alínea a) do n.º 4 e nas alíneas c) e d) do n.º 2, ambos do art. 3.º da Portaria n.º 59/2014.

diferente dos tradicionais tempos de 45 minutos, disciplinas novas no ensino básico, distribuição diferente dos tempos de diversas disciplinas ao longo do ciclo) quer com vista à melhoria do serviço educativo prestado, quer com vista a uma maior eficiência na organização do tempo de trabalho docente para fazer face à crise financeira vivida.

Se, enquanto conceito, a autonomia da escola tinha expressão legislativa desde 1989 (Decreto-Lei n.º 43/89), era um conceito indeterminado e sem expressão prática. Apenas em 2007 foram celebrados os primeiros contratos de autonomia, previstos na lei desde o Decreto-Lei n.º 115-A/98, e mesmo então as margens de autonomia conferidas às escolas foram muito residuais (Azevedo & Melo, 2011). Só em 2014, discretamente como se referiu, a lei passou a reconhecer às escolas uma verdadeira autonomia curricular.

Autonomia didática das escolas, grande flexibilidade de gestão do currículo, foco na Língua Portuguesa e na Matemática, metas de aprendizagem para cada disciplina, exames nacionais no final de cada ciclo. O XIX Governo foi criticado (e louvado) por reduzir a escola à aquisição de conhecimento. Porém, numa análise mais fria, podemos concluir que, mesmo que o conhecimento fosse o foco primordial do Governo, as condições regulatórias que instituiu devolveram à escola o poder de deliberação curricular.

Mas, por força da cultura profissional ainda dominante e das dinâmicas sociais resultantes do período de intervenção externa, as escolas e os seus profissionais não assumiram as novas possibilidades de internalizar a coordenação do trabalho (Melo, 2014).

XXI Governo Constitucional¹⁴

Em novembro de 2015, tomou posse o XXI Governo Constitucional, apresentando-se ao país como tendo uma política educativa

¹⁴ Em matéria de autonomia, o XXI Governo Constitucional tem o mérito inegável de ter aprovado do Decreto-Lei n.º 55/2018 e portarias que o regulamentam, objeto do presente ponto. Mas é necessário fazer referência a duas iniciativas do Governo que aqui não são analisadas. A primeira é ao Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, lei da educação inclusiva. Por motivos que se prendem com a economia deste capítulo, não se analisa este diploma, mas, em matéria de autonomia das escolas, dá um passo jurídico enorme que não foi explorado nem pelo sistema, nem pela Administração Educativa. A segunda é a decisão do Governo de fazer cessar mais de metade dos contratos de associação com escolas do ensino particular e cooperativo. Estes

diametralmente oposta da política do XIX Governo. Isto foi imediatamente notório em matéria de avaliação externa dos alunos. Os exames nacionais de Língua Portuguesa e Matemática do 4.º e 6.º anos de escolaridade foram eliminados e foram criadas provas de aferição universais no 2.º, 5.º e 8.º anos que abrangem, em regime de rotatividade, um leque mais alargado de disciplinas (Decreto-Lei n.º 17/2016, de 4 de abril).

Em matéria de autonomia das escolas, o XXI Governo, através do Secretário de Estado da Educação, adota como bandeira a flexibilidade curricular instituída pelo Governo anterior para as escolas com contrato de autonomia e os estabelecimentos do ensino particular e cooperativo, e alarga-a a todo o sistema educativo (Decreto-Lei n.º 55/2018, de 6 de julho), aprofundando-a (e.g., como a criação dos domínios de autonomia curricular — Portarias n.º 223-A/2018, de 3 de agosto, e n.º 226-A/2018, de 7 de agosto).

No entanto, antes disso, o Governo dá um passo decisivo em matéria de educação integral. A 9 de julho de 2017, o Secretário de Estado da Educação emite um despacho mediante o qual é homologado o Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade (Despacho n.º 6478/2017). Este documento constitui-se como «referencial para as decisões a adotar por decisores e atores educativos ao nível dos estabelecimentos de educação e ensino e dos organismos responsáveis pelas políticas educativas [...] designadamente ao nível curricular, no planeamento, na realização e na avaliação interna e externa do ensino e da aprendizagem» (n.ºs 1 e 2 do Despacho 6478/2017).

Este é um passo decisivo no sentido de colocar a educação integral no centro do currículo. Do ponto de vista legislativo, o Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória (DGE, 2017) é o fundamento de todo o trabalho curricular das escolas (Artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 55/2018, de 6 de julho), contendo uma visão holística da pessoa e apontando diversas dimensões do aluno a ser “educadas” pelo esforço curricular da escola.

contratos permitiam a cerca de 40.000 alunos frequentar estes estabelecimentos de ensino em condições de total gratuitidade e com as regras de admissão aplicáveis a qualquer escola pública estatal. Esta decisão, que quebrou um equilíbrio com décadas de existência em Portugal e resultados educativos assinaláveis a um custo inferior ao comparador público, resultou da conjugação da vontade dos membros do Governo com a vantagem deste “ataque aos privados” para fortalecer a coligação parlamentar de extrema esquerda que sustentava o Governo.

E se o regime excecional de 2014 — só para escolas públicas com contrato de autonomia e escolas do ensino particular e cooperativo — passou a ser regra em 2018, em 2019 o governo cria um novo regime excecional, de ainda maior flexibilidade e autonomia, para as escolas que a ele e candidatem: os planos de inovação (Portaria n.º 181/2019, de 11 de junho).

Chegados a 2019, o paradigma educativo industrial nascido no século XIX já não encontra respaldo na legislação Portuguesa. A escola-fábrica, desenhada para transmitir conhecimento a todos como se fossem um só, já só existe no imaginário de alguns. Em termos regulatórios, o sistema educativo tem como fim uma educação integral (Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória) e as escolas podem organizar-se e operar do modo que entenderem mais adequado a esta finalidade (Decreto-Lei n.º 55/2018, de 6 de julho).

Todavia, do ponto de vista da cultura profissional, as mudanças de paradigma não se fazem em meia dúzia de anos. É o caso em matéria de educação integral.

A crise pandémica

No final de 2019, as autoridades chinesas alertaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) para a existência de casos anómalos de pneumonia na cidade de Wuhan e, a 7 de janeiro de 2020, confirmaram a descoberta de uma nova estirpe de coronavírus. A 30 de janeiro, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e, a 11 de março, classificou o vírus como uma pandemia. No dia seguinte, em Portugal, o Conselho de Ministros decidiu um conjunto de medidas de combate à pandemia, entre as quais «a suspensão de todas as atividades letivas e não letivas presenciais nas escolas de todos os níveis de ensino a partir da próxima segunda-feira dia 16 de março» (Comunicado do Conselho de Ministros de 12 de março de 2020). Este encerramento abrangeu as últimas duas semanas do segundo período, tempo durante o qual seria avaliado o que fazer após o domingo de Páscoa (12 de abril). Umas semanas de confinamento tornaram-se em alguns meses e alguns meses num semestre e, depois do regresso à escola, voltámos para casa mais três meses.

A crise pandémica obrigou a um regime de exceção educativa, que durou grande parte dos anos letivos 2019/2020 e 2020/2021, e para o qual nenhum sistema educativo estava preparado. Portugal não foi

exceção. Por isso, o Governo tomou a única decisão possível: tendo como documento fundador da ação o Perfil do Aluno à Saída da Escolaridade Obrigatória, foi reconhecido às escolas o poder (e a obrigação) de tomarem as decisões que entendessem mais adequadas para o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem (Decreto-Lei n.º 14 -G/2020, de 13 de abril). As escolas puderam, portanto, decidir o que ensinar, como ensinar, quando ensinar e como e quando avaliar os alunos. Na verdade, podemos afirmar que, durante a época pandémica, a grande regra na educação foi a de não haver regras. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 53-D/2020, de 20 de julho, tomada já com a experiência de um ano de regime educativo de exceção, é uma importante materialização desta situação:

[...] 13 — Determinar que o regime não presencial ocorre nas situações de suspensão das atividades letivas e formativas presenciais nas escolas, sendo desenvolvido através de sessões síncronas e assíncronas, devendo cada escola adotar as metodologias que considere mais adequadas, tendo por referência o disposto no Decreto -Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, na sua redação atual, no Decreto-Lei n.º 55/2018, de 6 de julho, bem como o disposto no Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória e nas Aprendizagens Essenciais.

14 — Estabelecer que, quando se verifique a circunstância referida no ponto anterior, as escolas elaboram e implementam, sob orientação e apoio dos serviços competentes da área governativa da educação, um plano de ensino a distância, adequado ao contexto de cada comunidade educativa, podendo ainda articular-se com entidades que se constituam como parceiras.

15 — Determinar que a implementação, acompanhamento e monitorização do plano de ensino a distância a que se refere o ponto anterior deve ser assegurado pelo conselho pedagógico ou órgão legalmente equivalente.

16 — Determinar que, quanto à organização e funcionamento das atividades letivas e formativas no regime não presencial:

- a) Cabe à escola adequar a organização e funcionamento do regime não presencial, fazendo repercutir a carga horária semanal da matriz curricular no planeamento semanal das sessões síncronas e assíncronas;

- b) O membro do Governo responsável pela área da educação define a percentagem de sessões síncronas que devam verificar-se;
- c) As sessões síncronas e assíncronas devem respeitar os diferentes ritmos de aprendizagem dos alunos, promovendo a flexibilidade na execução das tarefas a realizar;
- d) Sem prejuízo do disposto na legislação em vigor, compete ao conselho de turma adequar as opções curriculares, as estratégias de trabalho, o trabalho interdisciplinar e de articulação curricular, desenvolvidos com a turma ou grupo de alunos, às especificidades do regime não presencial, com vista à prossecução das áreas de competências inscritas no Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória e à promoção do sucesso escolar de todos os alunos;
- e) O professor titular de turma ou os docentes da turma, sob coordenação do diretor de turma, adaptam o planeamento e execução das atividades letivas e formativas ao regime não presencial, incluindo, com as necessárias adaptações, as medidas de apoio definidas para cada aluno, garantindo as aprendizagens de todos;
- f) Os docentes devem proceder ao registo semanal das aprendizagens desenvolvidas e das tarefas realizadas nas sessões síncronas e assíncronas, recolhendo evidências da participação dos alunos tendo em conta as estratégias, os recursos e as ferramentas utilizadas pela escola e por cada aluno;
- g) O diretor de turma deve promover a articulação entre os docentes da turma, tendo em vista o acompanhamento e a coordenação do trabalho a realizar pelos alunos, visando uma utilização proficiente dos recursos e ferramentas digitais, bem como o acesso equitativo às aprendizagens. [...].

Na prática, o Governo estabeleceu a total autonomia pedagógica das escolas, competindo aos serviços do Ministério da Educação propor, apoiar e ajudar as escolas. Alguns tigres de papel do sistema educativo — como “o programa” ou “a avaliação” — foram pura e simplesmente queimados. O tempo de pandemia deu-nos esta experiência radical de escola sem as regras habituais.

Segundo os dados disponíveis internacionalmente, este período teve um impacto negativo nas aprendizagens de um grande número de alunos, com especial incidência e gravidade nos alunos mais vulneráveis (Jaramillo, 2020, Engzell et al, 2021, Schleicher et al., 2022). Sem menosprezar o impacto brutal da ausência de escola para os alunos mais desfavorecidos¹⁵, para o tema em análise é importante notar que, para um número não desprezível de alunos, o regime de exceção escolar aparentemente não prejudicou o seu desenvolvimento cognitivo. Metade dos alunos desempenharam tão bem ou melhor do que nos anos anteriores no que toca a provas escritas nacionais:

- olhando para os resultados das provas de aferição realizadas pelo IAVE, em junho de 2021, a uma amostra representativa de alunos no 2.º, 6.º e 8.º anos e para os resultados dos exames nacionais do ensino secundário de 2021, verificamos que houve um grupo importante de alunos que não aprendeu o que se desejava (IAVE, 2021). Mas vemos também que houve outro grupo de dimensão considerável que não teve problemas a este nível.
- olhando para os resultados dos exames do ensino secundário de 2020, não podemos deixar de nos espantar com o número de alunos que obteve 150 pontos ou mais em cada prova (num total de 200). Estas provas tiveram uma estrutura diferente dos anos anteriores pois cada *item* foi sobre-cotado, pelo que algumas respostas erradas não prejudicaram o resultado final¹⁶. Isso explica haver mais alunos com 180, 190 ou 200 pontos. Mas não contraria a constatação de que mais de metade dos alunos realizaram a prova muito bem, apesar do ensino não presencial e, e isto é o fundamental, apesar de terem sido “suspensas” todas as mil regras — reais ou imaginadas — sobre currículo, programas, avaliação e, em geral, o modo de organizar o ensino.

¹⁵ Está por estudar o impacto dos diferentes fatores de vulnerabilidade dos alunos mais desfavorecidos no eventual seu atraso nas aprendizagens. É razoável pensar que mais do que a qualidade da “escola *online*” o seu prejuízo resultou da falta de acesso a essa escola. Se isto for verdadeiro, então o problema não está em mudar a estrutura de escolarização, está em garantir acesso à nova estrutura.

¹⁶ O princípio de provas de avaliação externa de alunos terem uma estrutura mais flexível, com questões alternativas, foi depois mantido sendo hoje a estrutura regra dos exames nacionais. Claro que em moldes diferentes na medida em que, se em 2020, foi necessário adaptar provas já elaboradas, em 2021 e 2022, as provas foram criadas de raiz com esta flexibilidade.

O ano letivo 2021/2022 já começou em clima pós-pandémico. Não havia orientações da Direção Geral de Saúde para as escolas, apenas se mantinham precauções de etiqueta respiratória. Inicialmente, a principal preocupação das escolas foi com a “recuperação das aprendizagens”. Mas cedo se percebeu que a dificuldade mais generalizada com que todos nos defrontávamos não era um atraso no desenvolvimento cognitivo de alguns alunos, mas o insidioso problema do mal-estar emocional e da deterioração da saúde mental de um número considerável de crianças, jovens e adultos (World Health Organization, 2022). Já durante a pandemia houve consciência da deterioração do equilíbrio emocional e saúde mental de muitos alunos e docentes e de como os momentos de encontro digital síncrono foram importantes para o bem-estar de todos (Burnay et al. 2022). Agora, o problema entrou na sala de aula.

Mesmo que, entre 2005 e 2019, o sistema educativo português não tivesse feito o caminho de conferir maior autonomia curricular às escolas, a opção do Governo durante a pandemia não poderia ser diferente. Perante o imprevisto, a complexidade da situação e a ausência de ferramentas que permitissem o ensino não presencial, não havia alternativa a deixar cada comunidade educativa organizar-se o melhor que pudesse.

Lições da Pandemia e Educação Integral

O que a pandemia trouxe e que releva para o nosso objeto de análise, foi a “suspensão” das regras (existentes ou imaginadas) durante dois anos. As escolas foram forçadas a internalizar a coordenação do trabalho (Melo, 2014). As lideranças de topo e intermédias decidiam, efetivamente, o que (conteúdo), o como e o quando do processo educativo. E, no entanto, os resultados ao nível do desenvolvimento cognitivo foram surpreendentemente bons. Ainda que os alunos mais vulneráveis possam ter perdido tempo de aprendizagem, os restantes, ao contrário do que seria esperado, não. As desigualdades educativas verificadas não resultam da pandemia, mas foram aprofundadas por esta (CNE, 2021; UNESCO 2020). O mais grave que resultou da pandemia foi um desequilíbrio emocional geral que deu maior visibilidade, e consciência, de que os alunos não são só a sua cabeça; a sua dimensão cognitiva.

Os resultados dos alunos na avaliação externa durante a pandemia provam que é possível “fazer escola” de forma radicalmente diferente, sem que isso comprometa a tradicional componente de desenvolvimento cognitivo; os problemas de bem-estar despertam-nos para a obrigação

da escola de olhar para os alunos como um todo, para lá da sua cabeça. O que a experiência da pandemia demonstra é que a escola pode dedicar atenção a todas as dimensões da pessoa, promovendo uma verdadeira educação integral, sem que daí resultem perdas para a dimensão cognitiva. O foco curricular não deve estar todo no desenvolvimento cognitivo, mas deve promover, com igual importância e rigor, as dimensões corporal, afetivo-emocional, estético-artística, social e cívica e ético-moral/espiritual de cada um.

O tempo pandémico, além da sua dimensão mais negativa, foi também um tempo de aprendizagem — «[...] the crisis has revealed the enormous potential for innovation that is dormant in many education systems, which often remain dominated by hierarchical structures geared towards rewarding compliance [...]» (OECD, 2021). O melhor que saiu deste tempo muito difícil foi esta consciência de que a escola não serve só para “dar a matéria” e que há todo um mundo de desenvolvimento pessoal e social a integrar curricularmente para haver mesmo diferença. As escolas já beneficiam de autonomia legal, já viram que é possível internalizar a coordenação do trabalho. Agora, é só mesmo vontade de se reinventarem e oferecerem uma educação verdadeiramente integral.

O desafio da educação integral é que os projetos [educativos] passem a ser currículo e que o currículo passe a ser projeto; Um projeto de vida (Burnay et al. 2022).

Referências bibliográficas

- Azevedo, Joaquim & Melo, Rodrigo (2011). Propostas para um Novo Modelo de Regulação da Educação. In Revista Brotéria n.º 173, 2011, pp. 161-175.
- Burnay, Catarina & Dias, Patrícia & Melo, Rodrigo (2022). Histórias em Pandemia, Resiliência e Educação Integral. Universidade Católica Editora.
- Coleman, James (1966). Equality of Educational Opportunity. US Department of Health, Education and Welfare. National Center for Educational Statistics. Disponível em <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED012275.pdf>.
- Conselho Nacional de Educação (2021). Educação em Tempo de Pandemia — problemas, respostas e desafios das escolas. CNE.
- Comunicado do Conselho de Ministros de 12 de março de 2020, disponível em <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/governo/comunicado-de-conselho-de-ministros?i=330>.
- Delors, Jaques et al. (1996). Educação Um Tesouro a Descobrir — Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. UNESCO.

- EFSE (2019). Programa de liderança para a Educação Integral (LEI) — Bases Teóricas e Domínios de Ação. Disponível em <https://www.wcdleadership.com/site/wp-content/uploads/Documento-de-Bases-PT.pdf>.
- Engzell, Per & Frey, Arun & Verhagen, Marc (2021). Learning loss due to school closures during the COVID-19 pandemic. Em PNAS 2021 Vol. 118 No. 17. Disponível em <https://www.pnas.org/doi/pdf/10.1073/pnas.2022376118>.
- Formosinho, João & Machado, Joaquim (2012). Democratic Governance of Public Mass Schools in Portugal. Em *Globalisms and Power: Iberian education and curriculum policies*. Ed. Paraskeva, João & Santomé, Jurjo. Peter Lang.
- Formosinho, João & Machado, Joaquim (2012a). Igualdade em Educação, Uniformidade Escolar e Desafios da Diferenciação. Em *Revista Portuguesa de Investigação Educacional*, vol. II, 2012, pp. 29-43. Universidade Católica Editora.
- IAVE (2021). Estudo de Aferição Amostral do Ensino Básico 2021. Disponível em <https://iave.pt/relatorios/>.
- Jaramillo, Sandra Garcia (2020). COVID-19 and primary and secondary education: the impact of the crisis and public policy implications for Latin America and the Caribbean. United Nations Development Programme. Disponível em <https://www.undp.org/latin-america/publications/covid-19-and-primary-and-secondary-education-impact-crisis-and-public-policy-implications-latin-america-and-caribbean>.
- Lima, Jorge Ávila (2002). *As Culturas Colaborativas nas Escolas — estruturas processos e conteúdos*. Porto Editora.
- Melo, Rodrigo (2018). O (novo) Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo: uma mudança de paradigma. Fundação Manuel Leão.
- Melo, Rodrigo (2014). Autoavaliação e Melhoria: Pressupostos Organizacionais. Em *Revista Portuguesa de Investigação Educacional*, vol. 14, 2014, pp. 99-116. Universidade Católica Editora.
- OECD (2021). The State of School Education — One Year into the COVID pandemic. https://www.oecd-ilibrary.org/education/the-state-of-school-education_201dde84-en
- World Bank (2022). Data set online. Disponível em <https://data.worldbank.org/indicator/SE.SEC.ENRR?locations=EU> e acedida a 18 de setembro de 2022.
- Pordata (2022). Base de dados Pordata *online*. Disponível em <https://www.pordata.pt/home> e acedida a 18 de setembro de 2022.
- Schleicher, Andreas & Saavedra, Jaime & Jenkins, Robert & Giannini, Stefania (2022). Education recovery after COVID-19: Better, stronger & collaborative. Em *Global perspectives on education and skills*, OECD Education and Skills Today blog. Disponível em <https://oecdeditoday.com/education-recovery-after-covid/>.
- UNESCO International Commission on the Futures of Education (2020). Education in a post-COVID world: Nine ideas for public action. UNESCO.
- World Health Organization (2022). COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. News. Disponível em <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.

Tarefas do mundo empresarial em geral no auxílio à prevenção e gestão de possíveis futuras pandemias

JOÃO PEDRO TAVARES

Presidente da ACEGE — Associação Cristã de Empresários e Gestores

Temos sido recentemente confrontados com mudanças repentinas, inesperadas e que deixam profundas marcas. Mais de dois longos anos de pandemia, primeiro desprezada e distante, mas rapidamente presente e com enorme impacto, em termos sanitários, económicos, sociais e, posteriormente, comportamentais e relacionais. Sem nos despedirmos de uma pandemia surge uma guerra por perto que nos entra pela casa adentro, nos mobiliza para apoio aos que precisam e chegam de fora, desmultiplicando-se as ajudas, muitas delas descoordenadas e sob o impulso do imediato. A forma como a pandemia se espalhou por todo o mundo foi a prova do nível de globalização em que vivemos, do nível de interação que temos.

O que concluir de tudo isto? Como reagir? Que lições se aprendem? Como prevenir?

As perguntas desmultiplicam-se, muitas sem resposta e, como refere o Papa Francisco, “de uma situação destas não se sai igual. Ou saímos melhor, ou saímos pior”¹.

A principal aprendizagem é que, de facto, não será possível prevenir a totalidade das situações. Ou ainda, o reconhecimento de que somos frágeis e de que precisamos uns dos outros. Enganamo-nos pensando que teríamos respostas para tudo e que faríamos planos com elevado grau de certeza. Sim, planear é importante, desenhar cenários também, mas a surpresa e o inesperado podem chegar-nos, como foram os casos que vivemos nos últimos 2-3 anos. Outro engano é pensar que conseguimos de forma isolada concretizar a nossa estratégia e de que competimos uns com os outros, nossos adversários. Não há maior engano. Não só precisamos uns dos outros, como somos, sobretudo, interdependentes. O nosso maior competidor somos nós mesmos, na falta de visão, na aversão ao risco, na incapacidade de inovar e de ser ágeis.

¹ In “Comunicação aos líderes da UNIAPAC”, em Novembro, 2021.

De referir que as soluções médicas para o combate à pandemia resultaram, em tempo *record*, de um fortíssimo investimento de múltiplos sectores e indústrias, mas, sobretudo, da enorme cooperação que houve entre todos, com parcerias, envolvimento de financiadores, da academia e do mundo empresarial.

Outra aprendizagem enraíza-se na realidade de que as pessoas são importantes. Condicionámos, de alguma forma, tudo à proteção das pessoas, das famílias e, com isso, da sociedade em geral. As determinações vinham, e bem, sempre nesse sentido, independentemente do impacto económico que tivessem. Não se pode, contudo, ignorar que muitas acabaram num enormíssimo impacto social, com aumentos significativos nos níveis de pobreza e estando ainda muitos dos impactos finais por apurar.

Ao nível das empresas deram-se evoluções significativas neste período. Deixou de se olhar para os colaboradores num sentido estritamente profissional, mas passou-se a considerar a sua realidade pessoal e familiar. No futuro já não será possível que se determinem regras ou normas de aplicação geral, mas ter-se-á de considerar muitas mais variáveis. O que for bom para uns não será necessariamente positivo para outros. A família é um relevante *stakeholder* para quem lidera e gere. Como refere Vanessa Zdanowski (Korn Ferry Portugal), já não são mais as pessoas que se adaptam às organizações, mas as organizações que se adaptam às pessoas. E isto já não é uma opção, mas é um imperativo de sobrevivência.²

Os níveis de adoção digital revelaram um crescimento como nunca antes ocorreu, não só devido ao COVID-19, mas, sobretudo, aos avanços tecnológicos que se têm verificado. Em pouco tempo mudaram-se processos de trabalho, de presencial para remoto ou híbrido. O “McKinsey Global Institute” estima que mais de 20% do trabalho poderá ser efetuado, na sua maioria, de modo remoto e com níveis idênticos de produtividade.

As dinâmicas das reuniões, as novas formas de trabalho em equipa, de comunicação e de envolvimento são radicalmente distintas. Também neste período se assistiram a enormes erros de gestão e de comunicação como foi o despedimento público remoto em reunião com os

² Referido na publicação CEPCEP *A Sociedade do Cuidado*, Economia de Francisco e o desenvolvimento humano integral: a responsabilidade dos líderes e das empresas e a dignidade no trabalho, artigo de João Pedro Tavares e Filipe Coelho.

colaboradores como foi o caso do CEO da imobiliária Better (em dezembro, 2021, amplamente noticiado)³.

A adoção crescente e acelerada da tecnologia tem conduzido ainda à necessidade de recapacitar muitos colaboradores, quer na adoção de novas ferramentas ou em processos amplos de substituição de tarefas onde o trabalho humano seja menos requerido (automatização ou robotização). Os desafios educacionais e, sobretudo, sociais, serão enormes. No entanto, a evidência demonstra que tem sido mais positivo, em custo e em impacto, requalificar os colaboradores do que ir em busca de outros mais qualificados. Investir nos colaboradores próprios tem ainda um impacto colateral pois aumenta a satisfação, a lealdade e projeta uma imagem mais positiva da marca.

Mas, entretanto, no curto-prazo, outros desafios se colocam. O tempo de pandemia levou a que as famílias fizessem ajustes significativos, em dinâmicas familiares ou na valorização que faziam do trabalho, dos benefícios de que dispunham ou, até, dos sacrifícios que faziam. Verificou-se uma saída das cidades para o campo, os tempos de deslocação para o escritório são distintos, ganharam-se novos hábitos, e todos estes aspetos dificultam um regresso à dita normalidade. Ao longo deste período muitos líderes empresariais referiram-se a um “novo normal”, sabendo que estariam perante mudanças, mas sem saber, de facto, o que significavam em termos de amplitude e alcance.

Ao confrontar-se com novas situações está-se perante a necessidade de se introduzirem novas variáveis que alteram as, ditas, regras do jogo anteriormente estabelecidas. Está-se perante a necessidade de se revisitem os contratos estabelecidos para responder aos novos desafios.

Daqui derivam inúmeros desafios para o futuro e para o papel do mundo empresarial na forma de reagir a situações de pandemia ou, de forma mais geral, a situações inesperadas e de enorme impacto, num mundo globalizado, mas que sofreu, também a estes níveis, algumas significativas mudanças e ajustes (não necessariamente retrocessos).

Alguns dos desafios que se colocam na forma de responder a situações similares, resultam precisamente das lições que se aprenderam mais recentemente e que deverão vir a ser incorporadas nas respostas a seguir, de forma a não se persistir em erros incorridos. Se 2020 e 2021 foram anos de reinvenção imprevista, 2022 e seguintes serão anos em que a reinvenção se tornará intencional (Korn Ferry).

³ Better.com CEO fires 900 employees over Zoom — CNN.

Todas as organizações devem convergir no sentido de contribuírem para a criação de valor económico, social, ecológico, mas, também, pessoal, familiar, comunitário e partilhado, em suma, criação de valor para uma verdadeira Sociedade do Cuidado. Também na promoção de capacidades partilhadas, no uso dos recursos.

A adoção de novas formas de medir os resultados será a chave para esta transformação e a comunicação clara e transparente com todos os *stakeholders* externos, é crucial para a mobilização de toda a sociedade. A criação de valor, em sentido amplo, será responsabilidade de qualquer organização independentemente de onde se insira. A economia do cuidado deixará de ser exclusiva do terceiro setor, mas responsabilidade de todos os que procuram ser criadores de valor. Cuidado da pessoa, da comunidade, da sociedade. Cuidado do presente e do futuro, alicerçados na educação. Cuidado com a casa-comum. Cuidado na co-criação. Há várias visões que precisam de ser reconfiguradas. Vivemos num mundo com enormes interdependências, em que cada um precisa do outro ou de outros (do Livro *A Economia do Cuidado*, Capítulo “Economia de Francisco e o Desenvolvimento Humano Integral — A Responsabilidade dos Líderes e das Empresas e a Dignidade no Trabalho”).

Numa economia de trabalho remoto ou automatizado, com elevado recurso à tecnologia, já denominada de “low touch economy”⁴, os líderes das organizações terão de mudar, humanizar-se, serem agentes promotores de propósito nas organizações e na vida das pessoas. As pessoas perguntam-se precisamente pelo propósito dos seus trabalhos, a finalidade e o impacto daquilo que fazem. A resposta mais próxima aos anseios, receios e expectativas das pessoas será chave para a captação, desenvolvimento e retenção de talentos. Mas não deve resultar numa infantilização, mas numa responsabilidade que assenta em cada um, que é pessoal antes ser corporativa.

A liderança passará a incorporar outras variáveis, para lá das económicas e que permitam medir impacto, avaliar sustentabilidade ou ainda, felicidade no trabalho ou exercício de cidadania. Empresas humanizadas obtêm melhores resultados (estudo Empresas Humanizadas efetuado no Brasil) e pessoas felizes são mais produtivas e estes são aspetos diferenciadores no futuro (estudo “Happiness at work”, efetuado em Portugal). Acresce que serão pessoas com maior capacidade de resiliência e

⁴ Ver o Relatório “*The new Low Touch Economy*”, board of innovation, em www.lowtoucheconomy.com.

de atuação perante situações inesperadas como sejam as pandemias ou ciclos disruptivos e menos expostas a situações de *burnout*.

Os processos de decisão deverão ser reformulados no sentido de serem, por um lado mais ágeis e, por outro, inclusivos. Será possível decidir com informação mais atualizada, completa e eficaz graças a um extensivo uso da tecnologia, com rastreamento de situações, mas, por outro lado, recolhendo informação a vários níveis da rede, ou da cadeia de valor ou internos à organização.

Para lá da introdução dos aspetos já referidos em termos de sustentabilidade, haverá uma crescente consciência de que os recursos são, todos eles, enormemente limitados. Não só em termos de pessoas como de recursos naturais ou processados. A criticidade no futuro assentará precisamente nesta escassez e é importante que exista esta consciência coletiva de que a casa é comum e os recursos são escassos.

O mundo será, deverá ser, cada vez mais convergente entre os múltiplos agentes e cabe ao mundo empresarial ter um papel ativo na promoção dessa convergência. Adotando uma linguagem que seja acessível a todos, promovendo formas comuns de medir impacto, disponibilizando-se para cooperar e atuar em complementaridade aos restantes setores.

A antecipação do infinito

PEDRO ABRUNHOSA

Músico

Poucas vezes no decorrer da sua História terá a Humanidade permitido que a música alguma vez se calasse. De acordo com recentes achados arqueológicos na caverna de Höhle Fels, sudoeste da Alemanha, investigadores da Universidade de Tübingen conseguiram datar os mais antigos instrumentos musicais jamais encontrados: flautas talhadas em osso de gífro e de mamute com cerca de 35 mil anos. Para os autores do estudo¹, a música pode ter contribuído para a coesão social e para a expansão territorial dos seres humanos modernos, ao contrário do que sucedeu com as comunidades do *Neanderthal*, contemporâneas da comunidade de Höhle Fels, mas culturalmente menos desenvoltas.

A música é a única manifestação artística comum a todas as culturas conhecidas, mesmo as que remontam às mais recônditas sombras do tempo, fazendo dela uma necessidade natural, quase vital, da espécie humana. A vontade de aceder aos mistérios da existência, projetada na essência do divino, encontra na música a capacidade de sublimação do silêncio, de ser imatéria que nenhuma outra linguagem consegue traduzir e que só, porventura, apenas o processo noético interior consegue remeter para a bruma do intuito e do espanto. Esta constante que a música carrega, talvez munida de ímpeto que abraça o religioso, tem ajudado a Humanidade a iluminar o seu próprio caminho.

A música é, por definição, a arte do encontro e da co-construção entre o indivíduo e a tribo, o grupo e a *Polis*. Por isso, a interação entre executantes ativos e ouvintes passivos faz da experiência musical um assomo à partilha da catarse. A dor e a emoção são, como a alegria e a celebração, vividas na comunhão de um hemisfério invisível, mágico, muitas vezes encantatório, que relega a comunidade para uma agregadora liturgia sem sagrado.

A forma como uma crise sanitária pode votar toda uma comunidade ao isolamento sublinha, ainda mais, o peso da Cultura na conexão

¹ https://www.bbc.com/portuguese/cultura/2009/06/090625_instrumentoantigo.

do “eu” ao mundo, sendo que “o mundo” são os outros. E apesar da ideia atraente de que os seres humanos se auto-descobrem quando estão sozinhos, a verdade é que advém da multiplicidade das vivências externas, das interações comunitárias e da construção conjunta, a grande fatia do conhecimento e do comportamento social com que cada qual se construirá. A dispersão evoca a escolha e esta espoleta a aprendizagem. A música é a arte do conjunto, das partes que se conjugam, se encaixam e modulam, produzindo harmonia. E a harmonia não é mais do que a conjugação da informação que, em dado momento, se equilibra num resultado satisfatório, idealmente visando a perfeição.

Se a harmonia é um atributo ontologicamente musical, ela pode ser, como metáfora, facilmente transposta para o plano político e social. Da ausência de harmonia, isto é, do equilíbrio das inter-relações sociais e das vontades do grupo, pode advir uma monodia autista desprovida de ligação ao corpo envolvente, uma monótona recriação do real do qual o transcendente foi completamente banido.

Quando, no início de 2020, é decretado, um pouco por todo mundo, um primeiro confinamento geral como resposta ao alastrar da pandemia gerada pelo vírus COVID-19, viu-se grande parte da população arrancada à sua liberdade gregária, e ser entregue a uma existência solipsista forçada. Em resposta, não tardou grande parte da comunidade artística, da qual se destacaram músicos, autores e intérpretes, a reagir da forma que se verá.

De facto, foi aos músicos, cuja atividade consiste, precisamente, em aglutinar multidões, que foi solicitado que de imediato cessassem a forma mais visível da sua profissão: os espetáculos. Se, por um lado, podiam recolher-se na escrita e na criação, por outro, o palco, o contacto com o seu público, as avalanches de bilheteiras esgotadas, estavam, por razões sanitárias óbvias, proibidas. Assim, começaram a intervir no hemisfério digital com a regularidade possível a cada um. As redes sociais e os seguidores acumulados nas plataformas ao longo de anos, mostraram-se, talvez de forma surpreendente, finalmente úteis.

Foi, sobretudo, através do *Youtube*, do *Instagram* e do *Facebook* que se deu início a uma nova, e espontânea, forma de intervenção musical, apenas residual até então. Em simultâneo, como se uma invisível alavanca coordenasse vontades, surgiram recitais, concertos, espetáculos, sessões de co-composição à distância, *master-classes*, tutoriais e, mesmo, Festivais, cruzando uma multiplicidade de intervenientes, em número e em correntes estéticas, muito superior ao geralmente conseguido nos tradicionais Festivais de Verão.

Em maio de 2020, dois meses passados sobre o primeiro confinamento decretado em Portugal, e aproveitando uma abertura no mesmo, realizava-se em Ansião, Coimbra, o primeiro espetáculo musical em regime *drive-in* jamais realizado em território nacional: músicos num palco erguido num parque de estacionamento e o público dentro das suas viaturas e impedido de sair das mesmas. Numa versão distópica do que podemos entender como “espetáculo”, assistências e executantes interagiam apenas com olhares uma vez que era, também, interdito abrir os vidros dos automóveis. Os aplausos eram silenciosos sinais de luzes, ou a estridência das buzinas.

Ainda assim, a ponte entre o público e os criadores musicais, ambos confinados muitas vezes em condições a ultrapassar o tolerável, estava lançada. Por outro lado, o público, também cingido ao espaço de suas casas, mostrou que à oferta correspondia uma procura ávida e que, em muitos casos, o proverbial distanciamento “artista-audiência” poderia ser esbatido, levando, não poucas vezes, ao diálogo direto entre ambos e permitido pelas funcionalidades das muitas das plataformas digitais então disponíveis.

Se as respostas dos decisores políticos e da comunidade científica aos problemas plasmados por um vírus até então desconhecido foram equívocas e/ou contraditórias no início da crise pandémica, só o podemos atribuir mais à ignorância sobre o vírus do que à determinação para o derrotar. Contudo, uma vez mais, e como tantas outras vezes antes desta, perante crises humanitárias, desastres naturais, calamidades várias, a comunidade artística foi das primeiras a auto-mobilizar-se para mitigar ansiedade e receios, levando o consolo possível às populações.

Revelou-se, então, como talvez nunca antes tenha acontecido de forma tão evidente, o desígnio estruturante da Cultura enquanto matéria agregadora e salvífica. Afinal, Literatura, Cinema, Poesia, Música constituem uma força telúrica da qual só os seres humanos são capazes. Aparentemente inúteis para a nova ordem política neo-liberal que tudo subjuga ao resultado, aos *rankings* e à metrificação, Cultura e Arte, são forças maiores capazes de expatriar a angústia, de exorcizar a dor, instigando o confronto entre o sofrimento e o simbólico.

Nada é mais redentor, e porventura mais difícil, do que a invenção de novos mundos. A Arte não é mais do que a re-invenção de um mundo já mil vezes interpretado e, contudo, incógnito, misterioso, doloroso e, como afirma o filósofo coreano Byung Chul Han, esta «deve-se a uma

excelência que vai para lá do necessário»². De facto, mormente pela poesia e pela música, o potencial infinito do conteúdo não se deixa apri-sionar pela configuração limitada das formas. Nem a palavra poética, nem a narrativa musical prescindem de produzir uma ressonância interior que vai muito para além da vulgata do “dizer” e do “soar”, apenas. Perante qualquer crise, sobretudo uma que lida com o desconhecido, «a poesia devolve à vida, à incomensurabilidade do vivido, aquilo que a abstracção e a redução a uma forma local e temporal, lhe haviam tomado», nas palavras de George Steiner³. A facticidade encontra na Arte uma «imobilidade do movimento que conjuga o universal com o particular»⁴ e que, acrescentaria eu, equilibra, não conformando, horror e sublime.

Os mais afetados, idosos, trabalhadores da área da saúde, funcionários e utentes de lares, famílias numerosas forçadas a viver na exiguidade do mesmo espaço, crianças e jovens em idade escolar, puderam, com a facilidade de um *click*, ser momentaneamente resgatados às sombras do isolamento no qual todos se viram forçados a mergulhar. A esta angústia generalizada, gerada simultaneamente pela ignorância e pelo medo, somou-se a pré-existente assimetria social, evidente não só na disparidade financeira mas, também, no acesso aos recursos informáticos estruturais: computadores pessoais, *tablets*, *smartphones*, *androids*, redes *WiFi* com suficiente capacidade para manter com qualidade o *streaming* global, tornaram-se, dum dia para o outro, fundamentais para a manutenção das conexões sociais, dos hábitos gregários e culturais, agora reforçados pelo paradigma do *e-learning*.

Tal constatação, somada à dependência crescente à volta do universo digital, ajuda a explicar a razão pela qual toda a indústria do digital, dos fabricantes de componentes e computadores aos servidores e plataformas, tenham visto crescer os seus encaixes financeiros nos dois anos da pandemia de forma invulgarmente exponencial e em contraciclo com vastíssimos sectores do mercado cujas receitas, no mesmo período, caíram de forma terrivelmente abrupta. Restauração, hotelaria, agências de viagens e turismo, e, sobretudo, o sector cultural.

Para compreendermos melhor as perdas neste sector, 98% dos trabalhadores da Cultura, questionados pelo Sindicato dos Trabalhadores

² ‘Entretimento e Paixão na História do Ocidente’, Byung-Chul Han, p. 49. Tradução de Miguel Serras Pereira, Relógio de Água Editores, Lisboa 2019.

³ ‘Gramáticas da criação’, George Steiner, p. 142. Tradução de Miguel Serras Pereira, Relógio de Água Editores, Lisboa 2001.

⁴ *Idem*, p. 143.

de Espetáculos, do Audiovisual e dos Músicos (Cena-STE), viram, logo nos dois primeiros meses de pandemia, a totalidade dos seus trabalhos cancelados⁵. Em termos financeiros, para as 1.300 pessoas que responderam ao questionário, as perdas daí resultantes, e apenas referentes ao período entre março e maio de 2020, somavam já mais de dois milhões de euros, o que indica a perda de um valor médio de receita, por trabalhador, de cerca de 1.500 euros. Por outro lado, a quebra nos Direitos de Autor-Execução Pública, cobrados pela Sociedade Portuguesa de Autores (SPA) foi, entre 2019 e 2020, de 56,84%. Valerá a pena atentar nos dados em detalhe expressos no quadro abaixo⁶:

Rúbricas Cobrança de Direitos de Autor — Execução Pública

Relatórios SPA	2019	2020	Var.%
<i>Execução Música ao Vivo</i>	8 466 257,00 €	2 062 760,00 €	-75,64%
Execução Música Gravada	7 098 279,00 €	4 866 724,00 €	-31,44%
Execução Videogramas	78 576,00 €	57 601,00 €	-26,69%
Com. Pública TV — Cabo	3 137 886,00 €	2 584 296,00 €	-17,64%
Com. Pública TV — Satélite	132 452,00 €	83 537,00 €	-36,93%
<i>Concertos</i>	7 249 621,00 €	1 628 803,00 €	-77,53%
Exibição Cinematográfica	54 123,00 €	31 075,00 €	-42,58%
TOTAL DEXED — Execução Pública	26 217 194,00 €	11 314 796,00 €	-56,84%

As receitas dos Direitos Conexos, direitos cobrados para artistas e produtores em sede de Execução Pública, Música Gravada e Vídeos Musicais, desceram de 7,9 M€ para 4,6 M€, o que representa uma variação de — 42%⁷. Em relação aos espetáculos ao vivo, de que provém a maior fatia de encaixe financeiro para artistas, produtores, equipas técnicas e autores; em 2020, e por comparação com 2019, verificou-se um decréscimo de 22.100 sessões. Deste espantoso número de sessões ao vivo não realizadas, entre música, teatro e cinema, resultou um decréscimo de «14,4 milhões de espectadores (— 85,1%); 4,6 milhões de bilhetes vendidos (—76,8%) e 100,4 milhões de euros das receitas de

⁵ Semanário *Expresso*, 3.04.2020 disponível em [Expresso | Covid-19. Inquérito revela que a perda de trabalho afeta 98% das pessoas na área da Cultura.](https://www.expresso.pt/covid-19/inquerito-revela-que-a-perda-de-trabalho-afeta-98-das-pessoas-na-area-da-cultura)

⁶ Fonte: ‘Relatórios de Transparência SPA 2019’ e 2020 disponíveis em [https:// www.spautores.pt/relatorio-e-contas/](https://www.spautores.pt/relatorio-e-contas/).

⁷ Segundo dados fornecidos pela AUDIOGEST e GDA.

bilheteira (—80,1%)»⁸. Mas não foram unicamente perdas financeiras o que devastou a comunidade artística em todo o mundo.

Impacto ainda maior, porém, não mensurável, teve a pandemia no equilíbrio emocional de quem faz da *performance* em palco também um ato de imolação pessoal. A (re)invenção de si mesmo através da Arte implica, necessariamente, um destinatário, ou tratar-se-á apenas de mera lucubração solitária esvaziada pela inexistência de diálogo. E esse diálogo pré-estabelecido, em que a presença, ou ausência, do público é a fala que mais alto se ouve, conduz atores e ouvintes a um lugar outro que a ambos redime e que não se destina apenas a servir artistas ou público como simples veículo, mas que, nas palavras de Hölderin, define a função e o fim da Arte como «die Vergegenwärtung des Unendlichen»⁹, o tornar-se presente, tornar-se contemporâneo do ilimitado, a antecipação do infinito.

Durante a pandemia, como há 35.000 anos nas grutas de Höhle Fels, foi este “tornar-se presente” que a música assumiu e concretizou. Fez-se ouvir não apenas como fenómeno acústico apurado, intencional, mas como manifestação vital, iniciática, em que o tempo é o pulsar da presença, individual e comunitária, no ritmo.

O ritmo do coração confunde-se com o da vida. E onde há música há, seguramente, um coração a bater. Talvez mesmo mais do que um: o que a executa e o que a ouve. Dois corações já fazem futuro. Aspiram-no. E a música é, apenas, uma outra forma de o anunciar.

⁸ *Relatório Anual Estatístico da Cultura — 2020*, p. 24. Publicado pelo INE em 2021 e disponível em Portal do INE. Mas vale a pena também observar os impactos em outras áreas culturais, como museus (p. 19 e seg.), galerias de arte (p. 21) ou cinema (p. 22 e segs.). Fruto do informalismo e da precaridade estrutural do sector cultural, as estatísticas para a área da cultura, quer gerais, quer específicas, são escassas. A ausência de dados consolidados e credíveis sobre a mobilidade de profissionais no sector e, muito menos, sobre as suas receitas, mostra a pouca relevância dada pelos sucessivos governos aos inúmeros apelos feitos para que se elaborasse um Estatuto do Artista e do Trabalhador da Cultura que envolvesse com equidade a ampla variedade de atividades abrangida. Nesta matéria, além de existirem alguns dados neste relatório, ver os dados do Fundo de Solidariedade para a Cultura, uma iniciativa de 2020 da AUDIOGEST / GDA / GEDIPE e SCML, disponíveis em: 2Relatorio-Inter-calar_FSC.pdf (solidariedadecultura.pt).

⁹ Friederich Hölderin (1770, Lauffen, Alemanha — 7 de junho de 1843, Tübingen, Alemanha), citado por George Steiner na obra acima referida. Facto curioso: Hölderin estuda na mesma universidade de Tübingen, entre 1788—1793, de onde provém o estudo arqueológico mencionado no início deste artigo. Nessa mesma cidade acaba por morrer, aos 73 anos.

Future: prospects for the tasks of a global human care — the care pandemic*

ANTÓNIO DE ALMEIDA

Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Católica Portuguesa

Winston Churchill advocated that “a crisis should never go to waste”. This sense of opportunity is all the more important when crises ravage all of humanity, as was the case with the pandemic that marked the beginning of the second decade of the 21st century. Whilst it revealed very positive aspects of our global society, this public health crisis has also highlighted important shortcomings that we must strive to overcome in order to better deal with future pandemics.

The speed of collecting and sharing information is certainly one of the most striking aspects of the COVID-19 pandemic. Since the first cases reported in Wuhan in December 2019, never before has there been such a strong collaborative spirit in the global scientific community. The immediate and reliable sharing of information, enabled by communication technologies, generated knowledge about the transmission, effects and clinical and epidemiological management of the virus in record time. In less than four months, the world went into prophylactic isolation to prevent the spread of infection. In many regions of the world, such as the southern region of Portugal, this public health action managed to prevent the overcrowding of health services and, at this very early stage of the pandemic when clinical knowledge was still scarce, it certainly saved many lives.

Adding to the effort to prevent transmission, we quickly collected evidence on personal behaviours that helped to reduce the rate of infection, such as the use of masks, the reduction of capacity and spaces and the hygiene of hands and surfaces, among others. This knowledge allowed the return to daily activities safely, thus resuming our life in society.

This same sharing of clinical data has allowed us to quickly learn how to more effectively treat the most affected patients. This is reflected

* Por sua opção científica, o autor deste texto escreve em inglês.

in the progressive reduction in mortality and a significant improvement in prognosis that occurred throughout 2020 and 2021.

This same global collaborative spirit was reflected in the development of vaccines against the virus. Against all expectations, in less than a year after the first cases of infection, vaccines were developed that would change the course of the pandemic. This development resulted from the almost instant sharing of cutting-edge scientific research about the virus itself, its mode of infection and the immune response to the infection. This knowledge combined with the harnessing and further development of molecular technology produced efficacious vaccines.

But perhaps even more impressive was the speed with which these vaccines became available. In a culture where regulatory aspects and extreme safety concerns are champion, the pandemic crisis sped the testing and access of COVID-19 vaccines in a time frame that many thought impossible without compromising the safety of the population.

Nevertheless, the COVID-19 pandemic had brought to light many important shortcomings of our healthcare system. Perhaps the most striking shortcoming is the lack of redundancy in our systems. Healthcare planning has aimed at making the existing infrastructure so efficient that it could only absorb the great tide of new patients through enormous personal and institutional sacrifice and improvisation by healthcare providers. It is undeniable and most laudable the efforts to which all involved in healthcare went to ensure that nothing was lacking to those who needed professional attention. However, what was witnessed across the world calls for urgent re-thinking of how our systems are organized with a view to integrate rapid response systems and dedicated crisis units to deal with future pandemics. This crisis had shown us that we do not have enough human or material resources for a sudden increase in patient volume. This calls for greater concertation of care, with distribution of tasks between institutions and concentration of expertise.

Another important consequence of the way our healthcare systems are currently organized is the fact that many other chronic and acute diseases were somewhat neglected during the pandemic. It is natural that, faced with such an onslaught of patients, it is difficult to maintain all other activities as normal. However, the delays in diagnosis, investigation and treatment of other conditions have meant that diseases that would be potentially curable presented too late and became sadly fatal. This resulted not only from the overwhelmed healthcare

providers but also from the fear that the general public, with or without a diagnosis, had of going to hospitals and other health centres where they could potentially contract the infection.

It is therefore critical that mechanisms are put in place to maintain the quality of care for patients with other diseases whilst ensuring their safety. This again may need additional resources but above all it requires new organizational models, with task and space distribution which ensure the provision of regular healthcare. Primary healthcare should be at the centre of these organizational models. Their proximity to the community places primary health in the ideal position to ensure preventive care, initial investigation and speedy referral for those who need it.

Another striking aspect of global healthcare that has been strongly underlined is the gross inequality in access to healthcare that we see in different regions. The strong economic polarization of the world was laid naked before our eyes. Whilst these disparities exist, it is unlikely that we will be successful in dealing with global crises effectively.

The speed with which COVID-19 vaccines were produced has also brought to light the enormous bureaucratic load Western society has burdened drug development with. The path from drug development to public access is long, expensive and fraught with regulatory obstacles. Inarguably, patient safety should never be compromised. However, the hurdles that must be overcome from bench to bedside often mean that some useful drugs become available too late for many. The COVID-19 vaccines have shown us that it is possible to accelerate the access to new medications. In this light, access regulations should be reviewed and more agile and efficient systems devised to ensure timely access to therapeutic innovations. Clinicals have long called for the reduction in bureaucracy of clinical trials. The aftermath of this pandemic is the ideal setting for this process to start.

Medicine in the post-pandemic world has undoubtedly changed. This means that the training of healthcare professionals must accompany this change. All professionals must adapt to the new challenges that the pandemic has brought about. Amongst them are the new technologies which have transformed medicine as we knew it. These include the huge mass of information which reaches us and must be digested with discernment and critique. But we must not forget the emerging new treatment modalities, with novel effects and interactions, all of which enter clinical practice at very high velocity. Finally,

information technology has enabled remote consultations, which must be carefully triaged and with established limits to avoid undesired omission of clinically significant information.

These important advances also have the effect of overloading the time of healthcare providers with additional tasks. In this context it is important that physician and nursing time is optimized, reducing their execution of bureaucratic and repetitive tasks and protecting their time for patient contact, research and promotion of their mental health.

The COVID-19 pandemic has shown us that people's habits can change rapidly providing they are convinced that the new habits are beneficial. The mass adherence to the use of masks, to hand hygiene and to vaccination is proof of this. However, these life-saving changes hinge on one final but crucial element the pandemic has brought to the forefront: communication. Perhaps the most important lesson we have learnt facing a global health crisis in the 21st century is the importance of credible, clear and honest scientific communication. Untold harm may be done by unwary comments and fake news. The events surrounding COVID-19 call the whole healthcare and scientific community to the great responsibility they have not only in promoting advances in knowledge and technology but also in explaining these facts to the general population.

The post-pandemic world will undoubtedly never be the same as before but, if we draw the lessons it has brought us in terms of societal organization and community collaboration, we will be better prepared to deal with future global healthcare issues.



A pandemia do COVID-19, cuja fase aguda ultrapassámos, mas que ainda não nos deixou, não pode, de facto, dizer-se que foi inesperada. E, no entanto, foi o seu carácter surpreendente e devastador que nos envolveu. Porquê? Perguntamos nesta obra, preocupados em retirar lições do que aconteceu, para poder fazer melhor para o futuro, tanto noutras pandemias como noutros reptos que desafiem a sociedade no seu todo: existem vários atualmente, e não menos 'devastadores'. Sem ilusão de exaustividade ou posse única de verdade, a presente obra, num espírito académico, cultural, multidisciplinar, reúne mais de quarenta autores, num subsídio para uma ponderação sobre o pesadíssimo fenómeno sanitário que recaiu sobre a humanidade, procurando retirar lições para o futuro, procurando, por isso, saber porque correu bem o que correu bem e mal o que correu mal. Sabendo que toda a ciência é dialeticamente precária, cremos que este tipo de reflexão, de diálogo e de necessárias mudanças, passo que podendo ser certo é sempre provisório, é também um passo necessário para que outros, mais altos ou mais profundos, possam vir a acontecer.

AUTORES Alexandre Castro Caldas | Amélia Simões Figueiredo | Américo Pereira | Ana Resende | Ana Teresa Peixinho | António de Almeida | Cândida Ferrito | Catarina Duff Burnay | Clara Almeida Santos | Dom Américo Aguiar | Elisa Garcia | Ema Paulino | Eugénio Fonseca | Felisbela Lopes | Fernando Ilharco | Fernando Sampaio | Germano de Sousa | Helena da Silva | Henrique Gouveia e Melo | Humberto Martins | João Borges de Assunção | João Cortez de Lobão | João Pedro Tavares | José Pedro Guerreiro | Luísa Salgueiro | Manuel Lemos | Maria da Glória Garcia | Nuno Ribeiro Ferreira | Olga Estrela Magalhães | Óscar Gaspar | Patrícia Pontífice de Sousa | Pedro Abrunhosa | Rita Araújo | Rita Carmo Ferreira | Rita Valadas | Rodrigo Queiroz e Melo | Rute Horta | Sérgio Deodato | Sónia Romano | Teresa Rasquilho Vidal | Zilda Mendes



Lisboa



APOIO

