

CAPÍTULO 2

A SAÚDE E A COVID-19 EM PORTUGAL: UMA REFLEXÃO A MEIO CAMINHO ANDADO

Tiago Correia

Sociólogo, Professor de saúde internacional, UHMT - Universidade Nova de Lisboa

Introdução

Os últimos meses foram vertiginosos numa realidade desconhecida. Isso motiva a urgência da procura de novos factos e números atualizados, mas que nem sempre informam ou ajudam a compreender o que estamos a viver e o que podemos esperar.

Nos primeiros dias de abril de 2020 fui desafiado pelo Observatório das Desigualdades para pensar sobre o que estávamos a viver no contexto da saúde e projetar o futuro em relação à pandemia e às desigualdades sociais (Correia, 2020a). Vivíamos a primeira fase do Estado de Emergência e as dúvidas sobrepunham-se às respostas.

Cinco meses após essa reflexão convido a um olhar retrospectivo. Este texto foi escrito nos primeiros dias de setembro e procurou perceber como as tendências de abril evoluíram e em que medida essa reflexão ajuda a compreender o que ainda temos pela frente, mesmo que o futuro não seja de projeção fácil.

É certo que uma epidemia causada por uma infeção respiratória era mais do que esperada, mas o facto de se tratar de um novo agente infeccioso e da rapidez com que atingiu a totalidade do planeta torna tudo muito mais difícil de compreender, gerir e prever. Em termos cronológicos, se se confirmar a produção de uma ou mais vacinas das que se encontram na terceira fase de ensaios clínicos, então estaremos a meio caminho: 6 meses volvidos, 6 meses pela frente. Mas o que temos pela frente não será fácil porque o passado não se vai repetir: temos mais respostas e sabemos como agir, mas o perfil

epidemiológico parece estar a alterar (a contaminação está a ocorrer mais em pessoas jovens e daí o aumento de casos assintomáticos) e teremos a circunstância da circulação de outros vírus respiratórios habituais no outono e inverno.

A estrutura deste ensaio tem por base as perguntas que me foram colocadas em abril. Recordarei os pontos gerais das minhas respostas, a que acrescento uma interpretação crítica sobre o que se verificou e o que não se verificou. Termino com uma reflexão sobre o futuro imediato.

Pistas para analisar a situação pandémica

Disse que a análise da pandemia deveria basear-se em três pistas: controlar as cadeias de transmissão, minimizar a exposição ao mercado e garantir a gestão comunitária da doença. Mantenho a convicção que estas são as principais pistas para uma boa análise da situação.

Em relação ao controlo das cadeias de transmissão, parece hoje claro que o objetivo é evitar que um número significativo de pessoas precise de cuidados de saúde. Sabe-se que quanto mais a procura cresce, menor é a qualidade dos cuidados prestados porque o risco de erros involuntários aumenta e as opções terapêuticas disponíveis não são suficientes. Foi isso a que assistimos em Itália, Espanha ou EUA. Foi isso também que vimos ser a preocupação da China, quando em janeiro dá início à construção de hospitais que ficaram concluídos e operacionais em poucas semanas.

Estar atento ao controlo das cadeias de transmissão tem duas outras implicações. Uma diz respeito aos objetivos epidemiológicos e políticos, a outra aos indicadores que devem ser analisados na evolução epidemiológica. Referi noutro texto (Correia, 2020b) que os vários países têm seguido quatro objetivos distintos: erradicar as cadeias de transmissão (Nova Zelândia, Islândia ou Tailândia), gerir as cadeias de transmissão (generalidade dos países europeus), ignorar as cadeias de transmissão (EUA, Brasil e Reino Unido numa fase inicial) e incapacidade de gerir as cadeias de transmissão (generalidade dos países de baixo

rendimento). Referi também que não só não tem havido uma mensagem clara sobre qual o objetivo a seguir em Portugal, como em Portugal a única opção é apostar na gestão das cadeias de transmissão. Isto significa que é expectável o surgimento de novas infeções, que tentar erradicar as cadeias de transmissão é virtualmente impossível devido a fatores sociodemográficos, epidemiológicos, políticos e económicos do país, e que as consequências dessa tentativa seriam tão ou mais prejudiciais do que a próprio SARS-CoV-2. Refiro-me a aspetos tão diversos como a redução do rendimento das famílias, ao aumento das desigualdades na aprendizagem escolar e ao agravamento das condições de saúde.

A ausência desta mensagem provoca medo na população e o desgaste dos decisores técnicos e políticos perante novos surtos. Este medo e desgaste tem aumentado ao longo dos meses.

Em traços gerais, os fatores que considero tornarem impossível a erradicação das cadeias de transmissão em Portugal são: a estrutura etária envelhecida da população e o quadro de vulnerabilidade da população idosa (entenda-se a conjugação de baixa escolaridade e rendimento, as condições da institucionalização em lares, a ausência de laços familiares e as más condições de habitabilidade – ver Cabral *et al.*, 2013); a elevada incidência de doenças crónicas e de comorbilidades (Correia, Carapinheiro e Raposo, 2018); os imperativos decorrentes da livre circulação de pessoas no âmbito da União Europeia e do Espaço Schengen, mas também os imperativos de salvaguarda do bem-estar individual e de combate às desigualdades sociais inscritos no Estado de Direito Democrático que, tanto quanto possível, devem limitar opções políticas mais repressivas; por fim, a estrutura económica e produtiva do país, incluindo as características do emprego (a forte componente de atividades dos sectores primário e secundário, a preponderância de micro e pequenas empresas, o número de trabalhadores independentes, a precariedade laboral e os baixos salários).

O foco na gestão das cadeias de transmissão e não na sua erradicação faz com que não haja um número mágico de novos casos que nos indique se estamos bem ou mal. Desde logo, porque não há

termos de comparação exatos. Chamo a atenção para os limites das comparações internacionais: sabemos o quanto os países não adotam os mesmos critérios estatísticos nem a mesma política de rastreio e testagem. Sabemos também que as comparações não são estáticas porque têm em linha de conta a evolução comparativa entre países.

Daqui decorre a segunda implicação: que indicadores devem ser analisados na evolução epidemiológica? Como se percebe, não dou relevância exclusiva ao número de novos casos, mas sim à conjugação com a evolução percentual, olhando simultaneamente para valores diários e semanais para identificar tendências mais e menos imediatas. A este respeito, as variações diárias em Portugal têm estado abaixo de 1%, indicador que considero positivo na gestão da transmissão. Outros indicadores que tenho em conta numa doença para a qual ainda não há cura nem a chamada imunidade de grupo e que continuamos a saber que na maioria dos casos é assintomática ou provoca sintomas ligeiros são o número diário de internamentos, incluindo em unidades de cuidados intensivos, e de óbitos. Estes indicadores têm estado muito estáveis com tendência a melhorar (salvo raros episódios), o que reforça a minha leitura de que o país tem conseguido gerir as cadeias de transmissão.

Em suma, o que importa estar atento é o crescimento repentino de casos, pois sabe-se que em certo momento esse aumento terá reflexo nos internamentos e, conseqüentemente, nos óbitos. Como referi, considero que a persistência diária de novos casos é expectável e não é em si um problema, porque o único objetivo epidemiológico e político possível de seguir em Portugal, sem comprometer em demasia a vida social e económica, é a gestão dos contágios.

A segunda pista que referi foi o grau de exposição ao mercado, quer das famílias quer dos países. Quanto às famílias procurava chamar a atenção para dois aspetos: a prestação e o financiamento privado. Sabendo-se que parte não menosprezável da atividade em saúde em Portugal depende do sector privado (em concreto, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a saúde oral, mas também as consultas médicas e a atividade cirúrgica) (Correia, 2019),

quis alertar para a possibilidade de deixar de haver prestação privada de cuidados de saúde (em que o exemplo paradigmático foi a entrada do SAMS em regime de *layoff*), simultaneamente com a menor capacidade das famílias em financiar esse acesso. Tínhamos os primeiros sinais de aumento do desemprego e diminuição do rendimento. Estava por se perceber as consequências para os resultados em saúde e para o possível aumento da procura no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Passado este tempo percebe-se que o problema teve contornos sistémicos não diretamente a ver com o mercado. É verdade que a atividade privada foi reduzida a níveis cujas implicações para a saúde e para o aumento da procura no SNS não foram inteiramente conhecidas. Mas é óbvio que a parte fundamental do problema está relacionado com a suspensão da atividade programada não-Covid-19 em hospitais e cuidados de saúde primários do SNS. Desenvolvo esta questão mais à frente.

Quanto aos países, procurava chamar a atenção para desequilíbrios bem conhecidos no acesso a tecnologias médicas. Referia-me à velha dicotomia norte/sul, que descreve condições desiguais entre países de alto e baixo rendimento para disponibilizarem cuidados de saúde às populações. A compra do stock mundial de *Remdesivir*¹ pela Administração Trump é o exemplo mais claro deste argumento.

Restam poucas dúvidas que a geografia, nacional e internacional, deve ser entendida como uma construção política marcada pela injustiça na disponibilidade de meios e na exploração de recursos e pela desigual atenção a problemas e procura de soluções (Soja, 2010). A questão mais óbvia tem a ver com a disponibilização de vacinas. Mas não devem ser ignoradas questões mais subtis como avaliar a conformidade dos ensaios clínicos com os princípios éticos consagrados ou a adequação das respostas políticas de confinamento,

¹ Medicamento antiviral destinado a outros vírus (Ébola ou Marburg) e que tem sido ensaiado a título experimental em doentes com Covid-19, não havendo ainda indicações claras sobre os seus resultados.

higienização, distanciamento social e utilização de meios de proteção individual nos diferentes países. Isto, tanto do ponto de vista económico (sobretudo em contextos de pobreza e de outras vulnerabilidades sociais) como do ponto de vista epidemiológico (na gestão de outras doenças infecciosas e crónicas).

A terceira pista que referi foi a gestão comunitária da doença. Sabendo-se que parte significativa das pessoas infetadas não requer cuidados médicos em instalações de saúde, mas sabendo-se que este vírus é de elevada transmissibilidade, a devida atenção é necessária para evitar o aumento repentino de casos e essa atenção deve residir na comunidade. É na comunidade que primeiramente se intervém para reduzir fatores de risco (por exemplo, na gestão dos transportes públicos ou na utilização de espaços fechados). É na comunidade que se compreende a maior ou menor dificuldade em conter as cadeias de transmissão (por exemplo, sabe-se que a conjugação de elevada concentração populacional, agregados familiares numerosos, precariedade laboral e baixos rendimentos dificultam a contenção das cadeias de transmissão). É na comunidade que estão as infraestruturas para apoiar as pessoas em isolamento ou quarentena. É na comunidade que se encontram as redes de apoio que contribuem para repor alguma normalidade social e psíquica em tempos disruptivos. É na comunidade que se adotam os comportamentos individuais preventivos que podem diminuir o ritmo de transmissão do vírus. Em suma, é na comunidade que encontramos as principais estruturas, recursos e comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença.

Tornou-se inequívoco ao longo destes meses, e a situação vivida na região de Lisboa e Vale do Tejo serve como exemplo, que a gestão comunitária da doença tende a ser tanto mais efetiva quanto mais rápida for a testagem, a produção de diagnóstico e a capacidade de mobilizar recursos para manter as pessoas em isolamento. Entre o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, o Laboratório Militar, o Instituto Nacional de Investigação Agrária e Veterinária, laboratórios privados, laboratórios de hospitais públicos e de universidades, contam-se cerca de 90 instalações que realizam testes diários (Fronteira e

Augusto, 2020). Isto é determinante num país em que o objetivo epidemiológico e político só pode passar pela gestão das cadeias de transmissão.

Também é verdade que a gestão das cadeias de transmissão na comunidade deixaram a nu problemas de intersectorialidade horizontal e vertical das políticas e dos organismos públicos e privados. A persistência de surtos na região de Lisboa e Vale do Tejo em junho e julho e aquilo que se tem vindo a saber sobre os óbitos no lar de Reguengos de Monsaraz ilustram o quanto mais trabalho é preciso no envolvimento dos vários atores centrais e locais e na fiscalização da qualidade dos serviços prestados pelo Estado a grupos vulneráveis. Fica a dúvida sobre se as devidas lições foram retiradas destes casos perante a possibilidade de aumento de casos de Covid-19 durante o outono e inverno. É certo que os problemas têm uma natureza estrutural que requerem alterações estruturais (por exemplo, no reforço do internamento na Rede de Cuidados Continuados Integrados, dos serviços domiciliários e dos meios financeiros e recursos humanos para a área da saúde pública). Ainda assim, medidas imediatas têm de estar pensadas para evitar as dificuldades sentidas na gestão dos contágios em Lisboa e na situação vivida nos lares. Nos últimos dias foi anunciada a constituição de equipas de emergência para atuar em lares em situação de contágio (Lusa, 2020). A satisfação com que a medida foi recebida contrasta com o atraso com que foi tomada. Era óbvio que uma parte importante das Estruturas Residenciais Para Idosos (EPRI) não tinha capacidade de cumprir os planos de contingência.

Adequação das políticas públicas à situação pandémica

Após alguma inconsistência inicial na antecipação da importação de casos e na monitorização das pessoas que tinham estado em mobilidade, o decretar do Estado de Emergência em março trouxe maior afinação das respostas políticas e, mais importante, a preocupação de planeamento das fases subsequentes. Contudo, o arrastar da situação pandémica e das suas ramificações pela economia,

trabalho, solidariedade social, finanças, educação, ciência, cultura, serviços públicos, infraestruturas e administração interna, torna difícil a avaliação nominal de todas as medidas entretanto adotadas. Todos temos memória de decisões mais e menos consensuais e todos temos noção de que tem havido momentos de maior e menor aproveitamento político.

Neste ensaio apenas consigo fazer uma avaliação genérica da adequação das políticas públicas e, em termos globais, considero que a ação dos decisores políticos (órgãos de soberania, autoridades de saúde, municípios), dos principais partidos políticos e dos meios de comunicação social contribuiu para a estabilidade epidemiológica e política necessária num momento de emergência sem paralelo. Encaro a discordância política e a vigilância, tanto jornalística como por parte da sociedade civil, como mecanismos úteis para a riqueza do debate público e como contrapesos que melhoram a tomada de decisão em momentos vertiginosos. Claro que retiro de tudo isto o aproveitamento político e corporativo, a demagogia e a sobreposição de interesses parciais face ao interesse coletivo.

Ainda assim, não posso deixar de notar que o início de setembro tem sido marcado pelo aumento da crispação política, da partidarização de decisões técnicas e da divergência editorial no relato jornalístico da atualidade pandémica. Estes factos deixam antever um ambiente de fragmentação política e social na gestão da Covid-19 durante os meses do outono e inverno. As consequências negativas não tardarão a manifestar-se.

Por certo podemos referir medidas que se tenham revelado ineficazes ou contraproducentes (por exemplo, a sobrecarga de funções dos médicos de medicina geral e familiar no acompanhamento de doentes Covid-19, de doentes não-Covid-19 e de utentes institucionalizados em ERPIs que tem levado à demora nas respostas nos cuidados de saúde primários e ao desgaste dos profissionais) (Schreck, 2020). Por certo podemos criticar a oscilação nalgumas orientações das autoridades que dificultaram a gestão do dia-a-dia e

contribuíram para alguma desinformação (por exemplo, a definição de regras para a utilização das máscaras) (Malta e Coelho, 2020).

Mas sublinho que o que vamos conhecendo de outros países mostra que tal ineficácia e oscilações não são problemas exclusivos de Portugal, logo têm menos a ver com a suposta má qualidade das decisões e mais com a complexidade de fenómenos novos para os quais as políticas vão sendo testadas, por vezes, na tentativa e erro. Sublinho ainda que parte dessa ineficácia e oscilações decorreu da própria Organização Mundial de Saúde (OMS). O papel da OMS na gestão desta pandemia é um tema que deve ser tratado à parte, ainda que seja óbvio que a OMS tem sido um bode expiatório fácil no debate nacional. A OMS está no epicentro de geografias injustas, desiguais e contraditórias, comunica para o mundo inteiro e tem de produzir informações concretas para países em situações não comparáveis entre si. Não subscrevo que não se proceda a uma avaliação crítica da ação da OMS. O que digo é que para que isso seja feito é necessário compreender os meandros desta organização e que o seu funcionamento assenta em tensões, direi, irresolúveis. Algumas pistas para essa compreensão podem ser lidas em português em Almeida e Campos (2020).

Mesmo que faça uma avaliação global positiva da adequação das políticas não deixo de olhar para dois aspetos que podem afetar o resultado das respostas políticas. O primeiro é a fiscalização das medidas implementadas. Por muito bom que seja o desenho das políticas, compete às autoridades a sua fiscalização e sabemos o quanto isso nem sempre tem funcionado, pelo menos sem o auxílio dos holofotes mediáticos. O funcionamento dos lares serve novamente como exemplo. O segundo aspeto diz respeito à colagem partidária de organismos técnicos e das decisões que têm sido tomadas. Quanto aos organismos técnicos refiro-me à Direção-Geral da Saúde (DGS), que vem sendo arrastada para a *realpolitik*. Sendo cada vez mais óbvio o desgaste da instituição e da Diretora-Geral, os atores políticos devem proteger este organismo sob pena do agravamento do seu descrédito numa altura de incerteza sobre as medidas que terão de contar com a

adesão da população. Quanto às decisões tomadas, a esmagadora maioria – senão todas – têm respaldo em orientações da OMS, na literatura científica e estão em linha com as opções seguidas nos países com os quais Portugal se compara. Claro que a especificidade de cada país obriga a medidas nem sempre coincidentes. A persistência de surtos na região de Lisboa em junho e julho são exemplo disso. Daí ter afirmado que não vejo outra solução para Portugal senão a gestão dos contágios, assumindo como inevitável a persistência diária de casos e de um número residual de óbitos, mesmo que noutros países os resultados epidemiológicos, sobretudo durante os meses de verão, tenham sido melhores.

Tentar separar as medidas técnicas dos partidos que as propõem não visa proteger nem atacar qualquer ator político. Procura, isso sim, contribuir para uma leitura justa sobre o quanto daquilo que se tem vivido em Portugal podia ou tinha forma de ser gerido de outra forma. Volto a chamar a atenção para as debilidades sociodemográficas, epidemiológicas e económicas do país que ajudam a contextualizar porque faço uma avaliação global positiva das políticas públicas.

Mudanças no sistema de saúde

Afirmar que passada a pandemia não antevia mudanças na estrutura e no funcionamento do sistema de saúde em Portugal. Ou seja, que apesar da situação pandémica ter exposto as fragilidades dos sistemas de saúde, pelo menos no caso português, tudo voltará a uma relativa normalidade.

Mantenho essa leitura, mesmo que hoje tenhamos uma noção mais clara dos problemas que o SNS terá de gerir no futuro imediato. Refiro-me à suspensão da atividade programada não urgente (consultas, cirurgias e meios complementares de diagnóstico e terapêutica) (Maia, 2020), cujas consequências ainda não são bem conhecidas além do aumento da mortalidade “não-Covid-19” (Nogueira, 2020). Percebe-se que tem havido descompensação no acompanhamento de doenças crónicas, na produção de diagnósticos e no agravamento da saúde

mental. Parece óbvio que precisamos de atingir um ponto de equilíbrio. É tão grave um “óbito Covid-19” como um “óbito não-Covid-19” e é tão grave falhar o rastreio da Covid-19 como falhar o rastreio de outras doenças infecciosas e crónicas.

Em traços gerais, atribuo a resistência a tais mudanças à falta de consenso sobre o papel e o estatuto do SNS no sistema de saúde. O SNS não foi na sua origem, nem tem sido ao longo das décadas, uma construção pacífica e a consequência disso são políticas vai-e-vem ou a escusa de debates que se tornaram verdadeiros tabus, mesmo que esses debates sejam fundamentais para assegurar o respeito pelos princípios constitucionais de universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade dos cuidados. Estes tabus são a necessidade de repensar a arquitetura do financiamento do sistema de saúde, a sucessiva incapacidade de alterar a organização do trabalho entre os vários grupos profissionais e a sucessiva indefinição do papel que a prestação privada deve assumir perante o SNS. Portanto, situações como aquela que vimos de conflito entre a Ordem dos Médicos e o governo a partir do caso do lar de Reguengos de Monsaraz, quanto a mim, têm muito mais significado político, senão mesmo partidário, do que uma discordância corporativa neutral.

Em resumo, os principais motivos de mudança que considero existirem no sistema de saúde não dizem respeito à Covid-19, mas às indefinições e bloqueios que o sistema de saúde tem vindo a sofrer no campo político. O tempo passa sem que o sistema de saúde esteja a ser adaptado à realidade epidemiológica, social e demográfica do país.

Políticas após a pandemia

À margem das mudanças estruturais que identifiquei, a gestão da Covid-19 tem demonstrado o quanto os sistemas de saúde precisam de estar devidamente equipados a nível da promoção da saúde, prevenção da doença e respostas para o tratamento, cura e gestão da doença. Isto traduz-se na necessidade de investimento em meios técnicos, tecnológicos e humanos nos cuidados de saúde primários, onde se

inclui a saúde pública, cuidados hospitalares e cuidados paliativos e continuados. É devido à necessidade desta amplitude de respostas que precisamos de debater os tabus que sinalizei.

A situação que vivemos tem mostrado que qualquer sistema de saúde tem pontos fortes e fracos. No caso português, o ponto forte tem sido a produção de diagnóstico, o que envolve a disponibilidade de testes, de equipas de colheita, de uma rede laboratorial público-privada que tem estado acima de qualquer crítica, de normas para o seguimento dos casos suspeitos, dos que aguardam confirmação e dos casos confirmados, e de meios tecnológicos (por exemplo, as falhas na linha de *Saúde24* durante os meses de março e abril foram resolvidas com relativa prontidão e eficácia). O ponto fraco tem sido o acompanhamento dos casos confirmados e a manutenção do funcionamento do SNS para os casos “não-Covid-19”. Estas situações têm muito a ver com a política de recursos humanos no SNS, em concreto a falta de profissionais, a má distribuição de profissionais por especialidades, regiões e valências de cuidados (primários, secundários e continuados) e desequilíbrios na organização e divisão do trabalho entre grupos profissionais (Correia *et al.*, 2018). A contratação de mais de 5.500 profissionais para o SNS desde março é uma demonstração deste argumento.

Mas mesmo que estas lacunas sejam corrigidas, importa perceber que a capacidade dos sistemas de saúde para lidar com a magnitude de contágios que tivemos com o SARS-CoV-2 será sempre limitada. O sistema de saúde representa apenas uma das componentes para a gestão de uma epidemia e se nada for feito noutros domínios, o resultado será certamente o colapso das infraestruturas e dos profissionais de saúde. Foi isso que vimos acontecer em países tão diferentes como a China, Itália, Espanha, EUA, Brasil, México, África do Sul ou Índia. É neste sentido que se deve intervir na intersectorialidade entre áreas de governação (intersectorialidade horizontal) e na intersectorialidade entre níveis de decisão (vertical). Referi o quanto é preciso fazer mais e melhor a este respeito em Portugal.

Além da aposta intersectorial, o primeiro foco de ação para controlar uma pandemia é a nível internacional. Quanto mais cedo se intervir, mais eficazes serão os resultados. Como tenho dito: as epidemias não se gerem, evitam-se através da capacidade de serem antecipadas. No contexto de progressiva facilidade de circulação de pessoas à escala planetária é imperativo o reforço da cooperação internacional para o rastreio, identificação e reporte de doenças infecciosas. O que a Covid-19 deixou claro foi que as relações geopolíticas internacionais permaneceram num grau de tensão e hierarquia desfasado face aos avanços na mobilidade internacional de pessoas e mercadorias. A eficácia da saúde pública de um país deixou de ser matéria exclusiva desse país e a seriedade do reporte por parte das autoridades nacionais perante instâncias internacionais é tanto um assunto de ética como de direito internacional.

A esta questão também não são alheios temas como a ecologia e as relações de comércio internacional. Porque não pode ser assumido como um acaso o facto de epidemias por infeções respiratórias causadas por contágio animal terem origem em países asiáticos e a resposta não é apenas as lacunas das condições sanitárias dos mercados locais. Para isso em muito contribuem as lógicas de organização da produção agropecuária e o “contágio” de modos e estilos de vida. Não pode passar despercebido que o aumento do consumo de proteína animal nos países asiáticos nos últimos 50 anos seguiu padrões idênticos àqueles verificados nos países ocidentais no começo do século XX e que se relacionam com a industrialização, a globalização de gostos e tendências, o comércio internacional de bens alimentares frescos/vivos e a redução dos custos de produção (FAO, 2002). Há cada vez mais sinais e menos dúvidas de que a pressão simultânea dos países asiáticos e ocidentais sobre os recursos naturais é in comportável para o planeta e que mudanças terão de acontecer nas expectativas de consumo e estilos de vida.

Impacto da pandemia nas desigualdades em saúde

A influência de fatores sociais no contágio de doenças e no estado de saúde das pessoas é bem conhecida. A este respeito, a Covid-19 não trouxe nada de novo. Sabemos que as características do emprego potenciam o risco de exposição e de contágio. Por exemplo, há atividades que simplesmente não podem ser exercidas à distância e que a segurança dos trabalhadores depende tanto dos seus comportamentos individuais, como da qualidade das medidas preventivas asseguradas pelas entidades empregadoras. A precariedade laboral e os baixos salários também dificultam a gestão dos contágios devido ao medo de despedimento ou de não renovação de contratos e aos casos de multi-trabalho em que as pessoas acumulam atividades, muitas vezes por via informal, para compor o seu rendimento.

Sabemos também aquilo que se chama a cumulatividade dos fatores de desigualdade social. Ou seja, que existem diversos atributos que produzem desigualdades sociais (por exemplo, a idade, o género, a escolaridade, a rede familiar, de amigos e de conhecidos, etc.) e que esses atributos se condicionam mutuamente. Pessoas com escolaridade mais baixa tendem a ter rendimentos mais baixos, atividades laborais de maior risco para a saúde, uma rede de apoio menos eficaz para auxílio em caso de necessidade, menor capacidade de compreender a informação e por aí fora. Em contraponto, pessoas com escolaridade mais alta tendem a ter rendimentos mais altos, atividades laborais de menor risco para a saúde, uma rede de apoio mais eficaz e maior capacidade de compreender a informação.

Nos meses de março e abril percebeu-se que as pessoas com menor rendimento foram as que mais perderam rendimento e que mais foram expostas ao vírus (Barómetro Covid-19, 2020). À luz da cumulatividade dos fatores de desigualdade social é de esperar que estas pessoas sejam também aquelas com piores condições de saúde, que mais precisam de se expor ao vírus (por exemplo, não podendo optar pelo trabalho à distância ou tendo que utilizar espaços públicos, incluindo os

transportes) e que têm maior dificuldade para filtrar as boas e más informações sobre este vírus.

Nos meses mais recentes tem havido uma alteração do perfil sociodemográfico dos contágios. Ocorrem crescentemente em pessoas mais jovens. Neste momento é este facto que explica que o aumento de novos casos não esteja a levar ao aumento de internamentos e de óbitos. Por norma, o vírus é assintomático ou causa sintomas ligeiros à esmagadora maioria das pessoas que não têm outras doenças.

Mas esta alteração veio reacender um debate que tem na sua essência uma forma de desigualdade social. Refiro-me à desigualdade motivada pela idade. Assiste-se a um “cisma grisalho” em que os esforços de mitigação dos contágios são criticados porque a doença afeta pessoas já vulneráveis a outras doenças e que os efeitos económicos e laborais desses esforços são, por isso, desproporcionais face aos ganhos. Cabe-me dizer o seguinte: qualquer doença tem associada significados, onde se inclui medos e expectativas. Duvido que o argumento da desproporcionalidade das medidas de mitigação fosse usado caso o SARS-CoV-2 afetasse as crianças, tal como aconteceu com a gripe espanhola entre 1918 e 1920. Nessa circunstância, estou certo de que não haveria o ímpeto em usar o argumento económico. Ora, limitar o direito à vida por qualquer motivo, incluindo motivos económicos, não só é inconstitucional como representa um retrocesso civilizacional que envergonha. O processo civilizacional tem sido construído com base em diversas formas de solidariedade, entre as quais a etária, a de género, de nacionalidade, de grau de escolaridade, e a relativa à condição de saúde, etc..

Por si só este argumento justifica que se procurem as melhores soluções para conter as cadeias de transmissão e assim proteger os grupos vulneráveis, tal como fazemos (ou temos a obrigação de fazer) em relação a qualquer outra doença. Também é relativamente óbvio que essas soluções têm de ter um ponto de equilíbrio em relação aos efeitos perversos que causam. É isso que as autoridades políticas querem dizer quando afirmam que o país não aguenta um novo confinamento.

Além deste argumento, o facto de se tratar de um novo vírus, e de ser o primeiro coronavírus a atingir a escala planetária, deve motivar todas as cautelas enquanto a ciência procura respostas concretas. Se ainda há dúvidas sobre os meios de transmissão do vírus, a duração dos anticorpos e se as consequências da Covid-19 são apenas respiratórias ou podem ser sistémicas, é imprudente desconsiderar a proteção da população.

Pistas sobre o que nos espera

Não tenho dúvida que medidas de mitigação são necessárias para gerir as cadeias de transmissão do SARS-CoV-2. Defendo esta posição devido à falta de conhecimento científico acerca do vírus e ao facto de em países tão diferentes assistirmos ao colapso dos sistemas de saúde e ao aumento de mortes evitáveis quando as medidas tardam. Por muito que no futuro se chegue à conclusão de que afinal o vírus não é tão prejudicial como inicialmente se suspeitou, a ação política de hoje não pode esperar por essas evidências e tem que avançar com base nas experiências passadas e no conhecimento disponível, por muito contraditório que esse conhecimento possa ser. Também por isso reforço a necessidade de as pessoas compreenderem as mudanças de posição e as dúvidas acerca de várias medidas. Isso decorre da falta de respostas científicas concretas e de ser necessário colocar numa balança os ganhos e as perdas quando se opta num sentido ou noutro sentido.

No início de setembro de 2020 os casos voltam a subir a nível mundial. Na Europa isto acontece ainda antes do outono e do regresso escolar. Não é clara a evolução dos casos nas próximas semanas, mas as condições teóricas deixam antever uma situação complicada de gerir: é necessário manter as pessoas em circulação ao mesmo tempo que essa circulação irá potenciar contágios de SARS-CoV-2 e de outros vírus respiratórios. Isto irá acontecer num ambiente político mais crispado e de maior desconfiança das pessoas. É importante que haja uma mensagem clara que por muito que façamos temos apenas condições de ir gerindo as transmissões, não erradicá-las. Nessa gestão é

fundamental que as pessoas adotem os comportamentos preventivos atualmente conhecidos e que haja a disponibilidade de testes para testar os contactos de casos confirmados. Antevejo menor disponibilidade das pessoas para aceitarem manter-se em quarentena, pelo que a política de testagem é a única solução para permitir a manutenção da vida social e laboral.

Perante o surgimento constante de novos casos, as pessoas devem compreender a necessidade de adaptar os seus comportamentos a várias circunstâncias. O mesmo se aplica a empregadores e aos decisores políticos na definição das regras para o funcionamento das atividades comerciais e para a convivência social. Dentro do atual quadro preventivo, certas regras devem ser proporcionais à situação epidemiológica. Foi isso que aconteceu em diversas freguesias de Lisboa e concelhos limítrofes que se mantiveram no Estado de Calamidade.

O que não me parece adequado – nem acredito que tenha adesão das pessoas – é que as mesmas restrições sejam aplicadas independentemente da situação epidemiológica local e que as populações não tenham a informação sobre o que se passa nos locais onde vivem, trabalham e procuram atividades de lazer. Ou seja, os comportamentos e as regras da vida quotidiana devem ser definidos através de diferentes riscos epidemiológicos a nível local (o que pode corresponder a freguesias ou concelhos). É esta a abordagem seguida na Nova Zelândia. Estão definidos diferentes níveis de alerta e as medidas correspondentes em função das cadeias de transmissão ativas, do número de casos, do número de casos nas últimas 24 horas, do número de pessoas recuperadas e da origem e estado atual da transmissão. Uma reflexão da aplicação destes princípios em Portugal é dada por Sakellarides e Araújo (2020).

Até haver uma vacina ou a doença se tornar endémica, temos de ter noção que vamos viver momentos de maior e menor restrição da nossa normalidade. Para já, não identifico sinais que me levem a temer que esta situação ameace definitivamente direitos e garantias individuais. Vejo que o que temos pela frente é muito mais uma lógica de

circunstâncias (já lhe chamei “ioiô”) na qual em certos momentos teremos de decidir o que é verdadeiramente essencial e acessório na nossa vida quotidiana. Tal significa que certas vontades e comportamentos poderão não ter forma de ser concretizados num dado momento. Certamente encontraremos formas criativas de reinventarmos a procura de bem-estar e de prazer com a convicção de que a velha normalidade poderá não tardar muito a regressar.

Referências bibliográficas

- Almeida, Célia; e Rodrigo Pires de Campos (2020), “Multilateralismo, ordem mundial e Covid-19: questões atuais e desafios futuros para a OMS”, Saúde em Debate (ahead of print).
- Barómetro Covid-19 (2020), Opinião Social: Pandemia aumenta fosso das desigualdades, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Cabral, Manuel Villaverde; Pedro Moura Ferreira; Pedro Alcântara da Silva; Paula Jerónimo; e Tatiana Marques (2013), Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Correia, Tiago (2020a), Um olhar sociológico sobre a crise Covid-19 | #1 Tiago Correia, Lisboa, Observatório das Desigualdades.
- Correia, Tiago (2020b), “A gestão política da Covid-19 em Portugal: contributos analíticos para o debate internacional”, Saúde em Debate, ahead of print.
- Correia, Tiago (2019), “Saúde”, em Ricardo Paes Mamede e Pedro Adão e Silva (coords.), Menos Reformas, Melhores Políticas, Lisboa, IPPS-IUL, pp. 12-16.
- Correia, Tiago; Graça Carapinheiro; e Hélder Raposo (2018), “Desigualdades Sociais na Saúde: um olhar comparativo e compreensivo” em Renato Miguel do Carmo e outros (coord.), Desigualdades Sociais: Portugal e a Europa, Lisboa, Mundos Sociais, pp. 23-39.
- Correia, Tiago; Gilles Dussault; Inês Gomes; Mário Augusto; Marta Temido; e Patrícia Nunes (2018), “Recursos humanos na saúde: o que se sabe e o que falta saber”, em OPSS (coord.), Relatório Primavera 2018, Lisboa, OPSS, pp. 68-107.

- FAO (2002), Some Issues Associated with the Livestock Industries of the Asia-Pacific Region, Tailândia, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Regional Office for Asia and the Pacific.
- Fronteira, Inês; e Gonçalo Figueiredo Augusto (2020), Portugal – Covid-19 Health System Response Monitor, Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lusa (2020), "Covid-19: Brigadas com 400 profissionais vão apoiar lares afetados por surtos", Lusa (publicado online a 4 de setembro 2020).
- Maia, Ana (2020), "Mais de 40% dos doentes à espera de cirurgias fora do prazo aceitável", Público (publicado online a 17 agosto 2020).
- Malta, João Carlos; e Miguel Coelho (2020), "Medina critica indefinição da DGS em relação ao uso das máscaras", Rádio Renascença (publicado online a 14 abril 2020).
- Nogueira, Mariana Almeida (2020), "Três gráficos para perceber os picos da mortalidade este ano em Portugal", Visão (publicado online a 4 agosto 2020).
- Sakellarides, Constantino, e Fernando Araújo (2020), "A Public Health Strategy for the COVID-19 Pandemic in Portugal: Learning from International Experience", Acta Médica Portuguesa, 33(7-8), pp. 456-458.
- Schreck, Inês (2020), "Utentes desesperam para marcar consulta nos centros de saúde", Jornal de Notícias (publico online a 8 de julho 2020).
- Soja, Edward (2010), Seeking Spatial Justice, Minnesota, University of Minnesota Press.

Entrevista realizada a Tiago Correia no âmbito da rubrica “Um olhar sociológico sobre a crise Covid-19”, publicada a 7 de abril de 2020.

