



20 anos de Relatórios de Primavera

Percurso de Aprendizagens

Junho de 2021

O OPSS não toma posição em relação às agendas políticas da saúde. Procura antes analisar objetivamente o que tem estado a acontecer no sistema de saúde, desde os processos de governação até às ações dos principais atores da saúde, reunindo a evidência que suporta esses processos, ações e os seus resultados.

Este documento foi iniciativa dos primeiros cinco coordenadores do OPSS (Constantino Sakellarides, Pedro Lopes Ferreira, Ana Escoval, Manuel Lopes, José Aranda da Silva) e de alguns membros da “equipa fundadora” que acompanharam o desenvolvimento do OPSS (Manuel Schiappa, Vitor Ramos, Suzete Gonçalves).

Foi uma parceria entre o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, a Universidade de Évora e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.



Apoio especial da



e da



Fotos: Teodoro Briz

O OPSS adota neste relatório o modelo do novo acordo ortográfico – AO90 (N.E.).

ÍNDICE

PARTE I	20 anos de Relatórios de Primavera	9
1	Objetivos do OPSS	11
2	Rede de investigação do OPSS	12
3	Metodologias	12
4	Relatórios de Primavera e os seus títulos	13
5	Temas específicos	14
PARTE II	Pandemia Covid-19 – Que ensinamentos	17
1	Aprender com a experiência. .. em tempo útil	19
2	Antecedentes relevantes	24
3	Incertezas iniciais – causas e consequenciais	30
4	Evolução da pandemia e seus determinantes	34
5	Planeamento	43
6	Aconselhamento científico	56
7	Controlo da transmissão – os Serviços de Saúde Pública	64
8	Diferenciação local, comunicação de risco e o papel do cidadão	66
9	Considerações finais	69
PARTE III	Futuro do sistema de saúde português e do SNS	75
1	Introdução	77
2	Algumas ideias de partida	79
3	Desafios identificados no PRR	80
4	Modos de ver e de conduzir o necessário processo de mudança	82
5	Como avançar?	84
6	Integração de cuidados centrada nas pessoas – o que significa? O que implica?	85
7	Oportunidades abertas pelo PRR	87
8	Notas finais	90

Lista de Abreviaturas

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AMT	Área Metropolitana de Lisboa
ARS	Administração Regional de Saúde
CCE	Comissão Coordenadora de Emergência
CCVE	Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica
CNSP	Conselho Nacional de Saúde Pública
CRP	Constituição da República Portuguesa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTH	Consulta a Tempo e Horas
DDD	Doses Diárias Definidas
DGO	Direção-Geral do Orçamento
DGS	Direção-Geral de Saúde
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECDC	Centro Europeu de Controlo de Doenças (em inglês: <i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>)
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EU	União Europeia
FCT	Fundação para a Ciência e Tecnologia
FSNS	Fundação para a Saúde – SNS
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
LVT	Lisboa e Vale do Tejo

MdE	Memorando de Entendimento
MRR	Mecanismo de Recuperação e Resiliência
MS	Ministério da Saúde
NACO	Novos Anticoagulantes Orais (em inglês: <i>Novel Oral Anticoagulants</i>)
NOC	Norma de Orientação Clínica
NPI	<i>Non-Pharmaceutical Interventions</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/Sida
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAPA	Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos
PHEIC	Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (em inglês: <i>Public Health Emergency of International Concern</i>)
PIC	Plano Individual de Cuidados
PM	Primeiro-Ministro
PNPAS	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPP	Parceria Pública-Privada
PR	Presidente da República
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
RAM	Notificação de Reações Adversas
RFE	Regime de Fruta Escolar
RHS	Recursos Humanos na Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RP	Relatório de Primavera
RSE	Registo de Saúde Eletrónico
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
Rt	Rácio de transmissibilidade
SA	Hospitais Sociedades Anónimas
SAGE	Comissão Científica para as Emergências de Saúde Pública (em inglês: <i>Scientific Advisory Group for Emergencies</i>)

SARS	Síndrome Respiratório Agudo Grave
SICO	Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS	Unidade Locais de Saúde
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar

PARTE I

<p>2021</p>  <p>20 ANOS DE RELATÓRIOS DE PRIMAVERA</p>	<p>2019</p>  <p>SAÚDE: UM DIREITO HUMANO</p>	<p>2018</p>  <p>MEIO CAMINHO ANDADO</p>	<p>2017</p>  <p>VIVER EM TEMPOS INCERTOS</p>	<p>2016</p>  <p>PROCURAM-SE NOVOS CAMINHOS</p>
<p>2015</p>  <p>ACESSO AOS CUIDADOS: UM DIREITO EM RISCO?</p>	<p>2014</p>  <p>SAÚDE: SÍNDROMA DE NEGAÇÃO</p>	<p>2013</p>  <p>DUAS FACES DA SAÚDE</p>	<p>2012</p>  <p>CRISE & SAÚDE: UM PAÍS EM SOFRIMENTO</p>	<p>2011</p>  <p>DA DEPRESSÃO DA CRISE PARA A GOVERNAÇÃO PRESPECTIVA DA SAÚDE</p>
<p>2010</p>  <p>DESAFIOS EM TEMPO DE CRISE</p>	<p>2009</p>  <p>10 OPSS / 30 SNS RAZÕES PARA CONTINUAR</p>	<p>2008</p>  <p>SISTEMA DE SAÚDE: RISCOS E INCERTEZAS</p>	<p>2007</p>  <p>LUZES E SOMBRAS: A GOVERNAÇÃO DA SAÚDE</p>	<p>2006</p>  <p>UM ANO DE GOVERNAÇÃO: SENTIDOS E SIGNIFICADOS</p>
<p>2005</p>  <p>NOVO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: NOVOS DESAFIOS</p>	<p>2004</p>  <p>INCERTEZAS: GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE</p>	<p>2003</p>  <p>SAÚDE: QUE RUPTURAS?</p>	<p>2002</p>  <p>O ESTADO DA SAÚDE E A SAÚDE DO ESTADO</p>	<p>2001</p>  <p>CONHECER OS CAMINHOS DA SAÚDE</p>

20 Anos de Relatórios de Primavera

Vinte anos passados, dezanove Relatórios publicados, uma situação precária de saúde pública marcada por uma grave pandemia, e a necessidade de se repensar uma transformação urgente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituem, no seu conjunto, importante matéria que justifica um amplo debate.

No seu primeiro Relatório de Primavera em 2001, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) sintetizou bem o seu propósito e a sua “política”:

Conhecer os caminhos da saúde - Uma análise independente dos interesses associados ao sistema de saúde.

No plano institucional, a governação da saúde não colocou o OPSS num patamar de parceria útil à ação governativa. Foram vários os sinais disso mesmo, com destaque para o “pouco entusiasmo” com que respondia a solicitações de informação. Para ultrapassar estas e outras dificuldades, o Observatório recorreu, quando necessário, a “fontes menos formalizadas, mas com um adequado nível de qualificação”, ou seja, nunca deixou de se documentar e de argumentar os seus resultados e conclusões.

Foi realizado muito trabalho em múltiplos domínios, durante muito tempo. O seu conhecimento, desde os princípios e valores que seguiu até às análises e propostas que formulou, sem esquecer as metodologias que adotou, é testemunho duma intervenção séria e rigorosa, sempre com um único objetivo: ajudar a melhorar a Saúde em Portugal.

A grave crise sanitária que estamos a viver e a necessidade urgente de se debater o reforço e a transformação do SNS para responder a dificuldades antigas, agora agravadas pelos danos provocados pela pandemia, não podiam deixar de ser temas obrigatórios neste número comemorativo. Perante a premência do presente e do futuro próximo na Saúde, um balanço detalhado da intervenção do Observatório, que se justificava nesta data, terá de ficar para melhor oportunidade.

1 Objetivos do OPSS

- Proporcionar uma análise contínua da evolução do sistema de saúde português, incorporando anualmente os factos mais recentes;
- Contrastar anualmente estes factos com as expectativas que resultam deste enquadramento;
- Formular hipóteses explicativas para a maior ou menor realização dessas expectativas;
- Aprofundar essas hipóteses explicativas sempre que a evidência disponível o permita.

Estes objetivos devem ser interpretados como fazendo parte de um propósito mais geral - o de proporcionar aos principais atores do sistema de saúde uma referência comum, rigorosa e independente, que facilite a comunicação e a concertação necessárias para promover políticas de saúde mais efetivas e o posicionamento de cada um face à sua experiência quotidiana, em relação ao sistema de saúde.

O Relatório de Primavera foi, é e será, o instrumento de divulgação anual do OPSS.

2 Rede de investigação do OPSS

Atualmente a rede de investigação do OPSS é composta pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, pela Universidade de Évora, pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, e pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

Nestes 20 anos contou também com a colaboração do Instituto para o Desenvolvimento de Gestão Empresarial do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa e, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

3 Metodologias

Para documentar e argumentar os seus resultados e conclusões, a rede de investigação em sistemas de saúde do Observatório faz a sua análise a partir de fontes de conhecimento disponíveis que utilizam informação primária ou secundária. Em áreas consideradas particularmente importantes e onde existem fortes lacunas de conhecimento, o OPSS promove iniciativas específicas para superar as lacunas identificadas. Na ausência frequente deste tipo de fontes de conhecimento, o OPSS recorre a fontes de conhecimento menos formalizadas, mas com um adequado nível de qualificação.

Os critérios de classificação e a sua aplicação são explicitamente consensualizados pela rede, com recurso a contribuições externas sempre que necessário.

Apresenta-se abaixo uma explicitação e classificação das fontes de informação e conhecimento utilizadas pelo Observatório para a elaboração destes Relatórios, assim como uma escala ordinal de tipificação do nível de evidência que está subjacente aos principais juízos nele formulados.

1. Fontes de informação e conhecimento

- Publicações qualificadas tecnicamente por formas de arbitragem científica pré-estabelecidas;

- Publicações qualificadas tecnicamente pelo estatuto académico dos seus contribuintes e pelos dispositivos editoriais de consulta e coordenação;
- Relatórios de comissões de peritos com dispositivos explícitos de consulta;
- Relatórios de comissões de peritos com dispositivos de consulta informal;
- Publicações que correspondem a coletâneas de trabalhos técnicos preparados ou apresentados em reuniões específicas para o efeito;
- Análise de informação não publicada, mas proveniente de fontes idóneas de natureza quantitativa (bases de dados) ou qualitativa.

2. Tipificação da base de evidência

- A evidência sobre a evolução do sistema de saúde português é limitada. Por essa razão, as fontes de informação utilizadas são as que correspondem aos tipos clássicos de evidência, isto é,
 - i. Evidência forte (****);
 - ii. Evidência substancial (**);
 - iii. Evidência moderada (*);
 - iv. Evidência limitada (*).

De acordo com as diferentes fontes de informação disponíveis, adotou-se uma classificação relativa à robustez da base de evidência associada a juízos qualitativos sobre sistema de saúde.

4 Relatórios de Primavera e os seus títulos

Todos os Relatórios de Primavera têm um nome que reflete o olhar global do OPSS sobre a governação do sistema de saúde no ano anterior. A sua escolha também tem sido um exercício coletivo de apelo à criatividade de cada um.

Os últimos 19 Relatórios tiveram as seguintes designações:

- 2001 Conhecer os caminhos da saúde
- 2002 O estado da Saúde e a Saúde do Estado
- 2003 Saúde: que rupturas?
- 2004 Incertezas ... gestão da mudança na saúde
- 2005 Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios
- 2006 Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados
- 2007 Luzes e Sombras. A governação da saúde
- 2008 Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas

- 2009 10/30 anos - Razões para continuar
- 2010 Desafios em tempo de crise
- 2011 Da depressão à crise. Para a governação prospectiva da saúde
- 2012 Crise & Saúde. Um país em sofrimento
- 2013 Duas faces da saúde
- 2014 Saúde - Síndrome de Negação
- 2015 Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?
- 2016 Saúde - Procuram-se novos caminhos
- 2017 Viver em tempos incertos. Sustentabilidade e equidade na Saúde
- 2018 Meio caminho andado
- 2019 Saúde: um direito humano

Depois de um ano de interrupção devido à crise pandémica, este ano, o relatório comemorativo dos 20 anos de Relatórios de Primavera não podia ter outro nome:

- 2021 Percurso de Aprendizagens

5 Temas específicos

De entre os múltiplos temas referenciados pelo OPSS, selecionaram-se aqui três deles que ilustram algumas das abordagens seguidas de acordo com os objetivos e metodologias adotadas.

1. Contributos para boas práticas clínicas

- Utilização de antibióticos

No pressuposto de que em Portugal havia um excesso e inadequado uso de antibióticos, o OPSS, logo no seu primeiro Relatório de 2001, apresentou dados comparativos da sua prescrição na ARS de LVT (por não existirem dados nacionais) e do Reino Unido. A comparação confirmava a hipótese colocada e o tema, pela sua importância, continuou em relatórios seguintes. Hoje, a prescrição de antibióticos consta das normas de orientação clínica (NOC) da DGS e faz parte dos itens contratualizados com as USF.

A situação está muito melhor.

- Prevenção de complicações da diabetes

Na mesma linha de comparar dados disponíveis, agora nacionais (GDH), relativos a uma grave complicação da diabetes (amputações), sobressaía, pela negativa, uma ARS em que a evolução não acompanhava uma tendência positiva que se verificava nas restantes Regiões de Saúde. Esta simples análise comparativa feita por uma entidade externa, como é o caso

do OPSS) e tornada pública no Relatório de Primavera, foi suficiente para criar um “sobressalto” nessa Região, de que resultou uma melhoria significativa da situação.

2. Pressão na melhoria dos Sistemas de Informação

- No final da década de 90, os sistemas de informação eram praticamente inexistentes no Ministério da Saúde. Os serviços centrais eram alimentados por fluxos de informação com pouca credibilidade e fiabilidade.
- Com o rápido avanço das tecnologias, o financiamento público mais exigente na prestação de contas, o início da reforma nos cuidados de saúde primários e a criação das agências de contratualização, as necessidades de uma informação mais rigorosa e menos suscetível de manipulação, o então IGIF e as ARS criaram os seus primeiros sistemas de informação. Os fluxos de informação entre esses sistemas apresentavam (como ainda hoje apresentam embora em menor escala) incoerências e inconsistências, não permitindo respostas imediatas e fiáveis quando solicitadas, quer nacional quer internacionalmente.
- O OPSS sempre realçou esta grave lacuna e nunca deixou de pressionar o Ministério da Saúde, principalmente quando o “confrontava” com pedidos de informação que não eram satisfeitos na totalidade e em tempo oportuno. Esta “pressão” anual, ao longo de 20 anos, também terá tido o seu papel na melhoria dos sistemas de informação.

3. Reforma dos cuidados primários

- Por ser uma reforma imprescindível à sustentabilidade e ao reforço do SNS, o OPSS, desde sempre acompanhou a reforma dos cuidados de saúde primários, começando pelos “Projetos Alfa” e pelo “Regime Remuneratório Experimental”, precursores das Unidades de Saúde Familiar. Esta reforma, ainda não acabada e a necessitar de um forte impulso, sempre mereceu especial atenção do Observatório, que foi avaliando e divulgando os seus méritos, não só na forte melhoria da prestação de cuidados de saúde, mas também na referência que passou a ser na mudança de paradigma da organização e funcionamento da administração pública e, nesse sentido, ajudou ao seu desenvolvimento.

PARTE II



Pandemia COVID-19

Que ensinamentos?

Resumo de uma análise preliminar

1

Aprender com a experiência ... em tempo útil



“Ao longo destes 12 meses o país foi-se ajustando à pandemia, umas vezes mais proactivamente, outras, infelizmente, mais reactivamente.

É desejável que, mais do que aprender com o que correu bem, tenhamos todos a capacidade de retirar lições com o que correu menos bem, melhorarmos a capacidade de planear e antecipar cenários e respostas, reagirmos de forma mais célere às circunstâncias, são exemplos de áreas que devem ser alvo de atenção atual e futura de todos nós”.

Presidente da República (Mensagem de 2 de Março 2021)

▪ *Dos objetivos e limitações desta análise*

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde, através dos “Relatórios de Primavera”, tem procurado anualmente, no decurso dos últimos 20 anos, discutir de uma forma independente dos poderes (políticos e outros) a evolução do sistema de saúde português e dos seus principais determinantes.

O seu objetivo tem sido sempre promover uma melhor governança e governação no sistema de saúde português, através de uma discussão pública baseada no conhecimento que permita a aprendizagem coletiva, sem “acusadores” e “culpados”, indispensável nos processos de desenvolvimento.

Assim, a gestão da pandemia em curso não poderia deixar de suscitar uma análise para extrair os ensinamentos necessários desta experiência pandémica. Naturalmente, estando ainda a pandemia em curso, esta análise é necessariamente preliminar, e orienta-se da seguinte forma:

- Inicia-se por considerações gerais sobre a natureza do processo pandémico e das suas mais relevantes implicações;
- Prossegue com a identificação dos mais significativos antecedentes da pandemia em curso e das consequências desses antecedentes para a fase inicial da pandemia;
- De seguida, resume os aspetos mais salientes da evolução desta pandemia no decurso do último ano (e poucos meses) e procura analisar esse percurso através dos seus principais determinantes – o papel do planeamento e aconselhamento científico nas decisões

políticas, o desempenho dos serviços de saúde pública, a diferenciação local na gestão da pandemia e o papel da comunicação de risco e do comportamento dos cidadãos.

▪ *Natureza do fenómeno pandémico e suas implicações*

Uma pandemia acontece quando um novo agressor biológico, atravessa a “barreira entre as espécies” e irrompe na espécie humana, expandindo-se rapidamente de localidades, para regiões e países, tornando-se um fenómeno global, com graves implicações para a saúde das pessoas.

A resposta à ameaça pandémica desafia os sistemas de saúde e o conjunto da sociedade e pressiona fortemente os poderes políticos.

1. Pressão sobre o poder político

Uma pandemia expõe os poderes políticos a circunstâncias excepcionais. Deles se espera uma resposta rápida e atempada, de conhecimento incerto sobre o processo epidémico em curso, em contexto e crescente alarme social, requerendo recursos e serviços numa escala também excepcional.

Estas circunstâncias requerem centralização nas decisões críticas, alinhada com as orientações globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, ao mesmo tempo, uma mobilização da comunidade, através de uma adequada informação e comunicação de risco e da promoção de uma “inteligência colaborativa” local.

2. “Dependência externa”

Ao mesmo tempo que o peso das decisões críticas está, em larga medida, nas autoridades nacionais, estas estão muito dependentes de acontecimentos que escapam completamente ao seu controle. Para além da disseminação do vírus pandémico ignorando fronteiras nacionais, grande parte do conhecimento científico sobre o vírus e a sua evolução e das tecnologias de diagnóstico, de prevenção (como a vacinação) e tratamento vêm do exterior.

3. Alteração das relações entre o poder político e os outros atores sociais

O contexto pandémico e a consequente centralização das decisões críticas na resposta às ameaças que representa, alteram substancialmente as relações entre o poder político e os

múltiplos atores sociais: os serviços e profissionais de saúde, a comunidade científica, o diversos atores sociais, os agentes económicos e financeiros, a opinião pública e os media. E, também, as reações entre os diferentes atores políticos entre si. Uma análise mais completa da evolução do processo pandémico não pode deixar de considerar estes aspetos. Isso não é contemplado nesta análise preliminar.

4. A pandemia destapou limitações crónicas (e identificou novas necessidades)

A necessidade de responder ao desafio pandémico “destapou” e tornou mais óbvias limitações crónicas nos comportamentos individuais e coletivos, na qualidade e desempenho das instituições (“com múltiplas competências funcionais, mas onde escasseiam capacidades institucionais essenciais”), e dos modelos de governação em uso.

São exemplo disso,

- i. as deficientes e insuficientes respostas aos desafios do envelhecimento;
- ii. o substancial atraso na integração dos cuidados;
- iii. as limitações nas competências de planeamento em saúde e na cultura de aconselhamento científico;
- iv. as notórias insuficiências de enquadramento e inovação na gestão da informação do conhecimento e da comunicação nos sistemas de saúde;
- v. a complacência com que se tem atuado em relação à propagação e efeitos das infeções respiratórias transmissíveis no outono-inverno.

5. Dificuldade em corrigir imediatamente “limitações crónicas”

No quadro de emergência onde decorre o processo pandémico não é de esperar que seja possível corrigir imediatamente, ou a curto prazo, as limitações e insuficiências que a pandemia tornou mais óbvias. Mas isso não deve implicar que se minimize a sua importância.

6. Tendência e riscos de um voluntarismo excessivo

Um dos riscos mais óbvios das circunstâncias acima descritas será a tendência dos poderes políticos a recorrer a um voluntarismo excessivo.

Esse pode caracterizar-se,

- i. pela adoção de soluções de improviso de baixa racionalidade;
- ii. pelo recurso ao “círculo fechado e de confiança” em vez do recurso ao “mérito e independência” nas lideranças escolhidas para a gestão da pandemia;
- iii. por decisões que fragilizam em vez de reforçar as instituições,
- iv. por atitudes e comportamentos que impedem, em vez de promoverem, a aprendizagem.

7. Risco (real) de tornar a “tapar” o que a pandemia “destapou”

É importante não ignorar o risco real de, uma vez ultrapassada a fase mais aguda da pandemia, a caminho da “normalização” da situação proporcionada pelo progressivo aumento da cobertura vacinal, a disponibilidade da sociedade em geral e do poder político em particular para recordar os “maus tempos” diminua drasticamente e, com isso, a oportunidade de aprender o necessário com a experiência pandémica.

8. As pandemias “não têm corrido habitualmente bem”, mas no futuro isso terá que mudar.

As pandemias não correm habitualmente bem. E a pandemia da COVID-19 não foi exceção, a nível nacional e internacional. Mas, no futuro, é necessário e possível fazer bem melhor.

Em 2020, a Assembleia Mundial da Saúde determinou a constituição de uma Comissão Independente para avaliar a gestão da pandemia e o desempenho da OMS. O Relatório desta Comissão foi tornado público recentemente (maio 2021), de onde se pode destacar o seguinte:

O Painel Independente encontrou elos fracos em todos os pontos da cadeia de preparação e resposta. A preparação foi inconsistente e subfinanciada. O sistema de alerta foi demasiado lento e demasiado fraco. A Organização Mundial de Saúde estava subempoderada. A resposta agravou as desigualdades. A liderança política global esteve ausente.



.... no mês seguinte à declaração da Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (PHEIC), em 30 de janeiro de 2020, muitos países adotaram uma abordagem "esperar para ver", em vez de adotarem uma estratégia de contenção agressiva que poderia ter contrariado a pandemia global. À medida que a COVID-19 se espalhava por mais países, nem os sistemas

nacionais nem os internacionais conseguiram satisfazer as exigências iniciais e urgentes de abastecimento. Os países com respostas atrasadas foram também caracterizados pela falta de coordenação, estratégias inconsistentes ou inexistentes e pela desvalorização da ciência na orientação da tomada de decisão.

... a liderança coordenada e global esteve ausente. As tensões globais minaram as instituições multilaterais e a ação cooperativa.

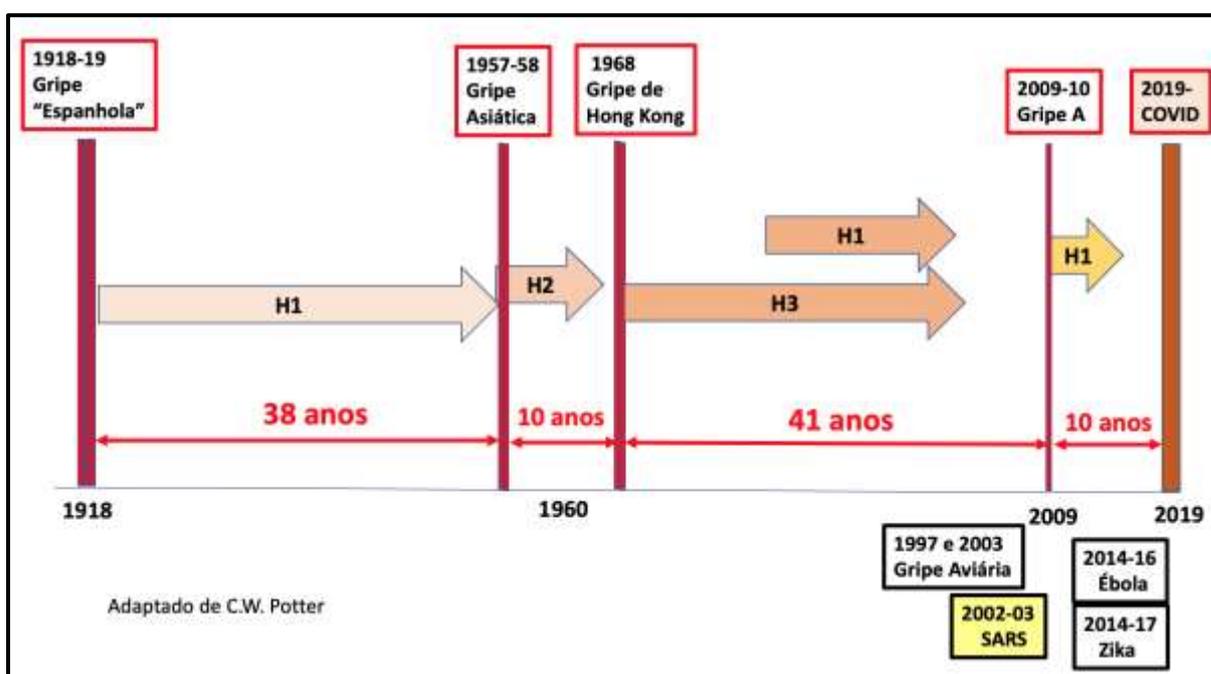
(O sublinhado é nosso)

Antecedentes relevantes



- *Antecedentes – o que andamos para chegar à COVID-19*

Antes de 2020, a palavra pandemia sugeria “gripe” – gripe pandémica. Alguns de nós ainda se lembram da “Asiática” nos anos 50 do século passado e, mais ainda se lembraram, seguramente, da gripe de Hong Kong, cerca de uma década mais tarde.



1. Memórias da “Pneumónica” / “Gripe Espanhola”

A mais tristemente célebre das pandemias desse século foi a da gripe pneumónica de 1918-19. Comparativamente desarmados face a um vírus da gripe que se tornou particularmente agressivo, o mundo sofreu uma elevadíssima mortalidade com esta pandemia. Estimativas conservadoras referem cerca de 50 milhões de mortes, a 15 de Março de 2021, atribuíam-se à COVID-19, globalmente, cerca de 2 milhões e setecentas mil óbitos.

Reverendo aquela experiência, hoje, muito se tem escrito sobre ela do ponto de vista da saúde pública e da história. Mas, se olharmos para algumas imagens fotográficas e para alguns

escritos da época, é talvez surpreendente observar o pouco que parece termos aprendido social e culturalmente.

Nos fins de século XIX, com os progressos da arte fotográfica, nasce o fotojornalismo. A saúde era território apetecido para o exercício dessa arte. Demonstra-o a pioneira e notável reportagem de Aurélio Paz dos Reis (1862-1931) – comerciante, fotografo amador, realizador cinematográfico, “republicano e maçom convicto” – sobre a peste bubónica no Porto. Poucos anos mais tarde, em plena pneumónica, ficaram múltiplos registos fotográficos do uso de máscaras – de todos os tamanhos e feitios – para a proteção contra a infeção, apesar de naquele tempo desconhecer-se ainda o agente causal da gripe.

Pessoas com máscaras no decurso da pandemia de 1918-19. Do anúncio de um coloquio recordando os 100 anos da “Gripe Espanhola” ou Pneumónica.



Mensagem de Ricardo Jorge (1858-1939), médico, académico, “higienista inovador” e escritor, na linguagem da época, ainda hoje inovadora:

“Não fica mal deixar de visitar enfermos, apesar de ser obra de misericórdia; e também não fica mal, antes ficaria muito bem, acabar com os cumprimentos de uso – apertos de mão e ósculos de cerimónia, gestos que repugnam à higiene e até à cultura... as reverências chegam, bem mais inocentes que os toques suspeitos do próximo, e logo de coisas tan polutas como beijos e dedos”

Extraída de “A influenza. Nova Incursão peninsular”. Relatório apresentado ao Conselho Superior de Higiene, na sessão de 18 de Junho de 1918).

Tivemos que reaprender agora, apressadamente, aquilo que já se sabia há mais de 100 anos.

2. Novos desafios à saúde pública global

No virar do século XX para o XXI, duas novas ameaças sanitárias fizeram soar o alarme.

- Primeiro, foi a gripe das aves entre 1997 e 2003. A passagem dos vírus da gripe diretamente das aves para espécie humana, resultou, nessa ocasião, em infeções graves. No entanto, felizmente, o vírus



aviário não se mostrou suficientemente adaptado à espécie humana para dar origem a um fenómeno pandémico.

- Logo a seguir (2002/2003) tivemos o Síndrome Respiratório Agudo Grave, conhecido por SARS, da responsabilidade de um coronavírus. Esta infeção, sem se transmitir com a facilidade do vírus da gripe, veio associada a uma letalidade relativamente elevada (entre 10 e 15% das pessoas infetadas).

Provocou danos nos países asiáticos onde se expandiu, e onde não deixou de ser recordada no início desta pandemia. Contudo, chegado ao



hemisfério norte, o vírus não mostrou o mesmo potencial de transmissão e acabou por desaparecer sem resultar numa pandemia.

Não deixou outra memória, a norte, a não ser a de um “falso alarme”.

- Já mais recentemente, duas novas ameaças, essas já não associadas a um vírus de transmissão respiratória: a do Ébola (2014-2016) e a do Zika (2014-2017).



3. Evoluir nas respostas às ameaças à Saúde Pública?

Estas ameaças – principalmente as duas primeiras – deixaram alguns rastros. Recordam-se aqui dois – um muito evidente e outro mais discreto

- O primeiro, foi a adoção de uma nova versão (4ª) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em 2005, pela OMS.

O RSI, que entrou em vigor no dia 15 de junho de 2007, requer que todos os países notifiquem à OMS ocorrências de saúde pública de interesses internacional, para que esta possa atuar no sentido de evitar ou minimizar as consequências da propagação

de epidemias à escala global. Era preciso atuar a tempo, mas também de uma forma fundamentada e prudente, não criando falso alarmes com repercussões económicas indesejáveis.

- O segundo, foi uma reflexão inicial sobre a natureza da resposta da saúde pública a uma pandemia. Fazer melhor, no futuro, quer dizer também, porventura, fazer de uma forma diferente.

Principalmente a partir dos anos 80 do século passado (OMS – Carta de Otava, 1986), a Saúde Pública incorporou de uma forma muito marcante a ideia de que as pessoas, o seu conhecimento, atitudes e comportamentos, tinham um papel fundamental na promoção da saúde, muito para além das ações das instituições.

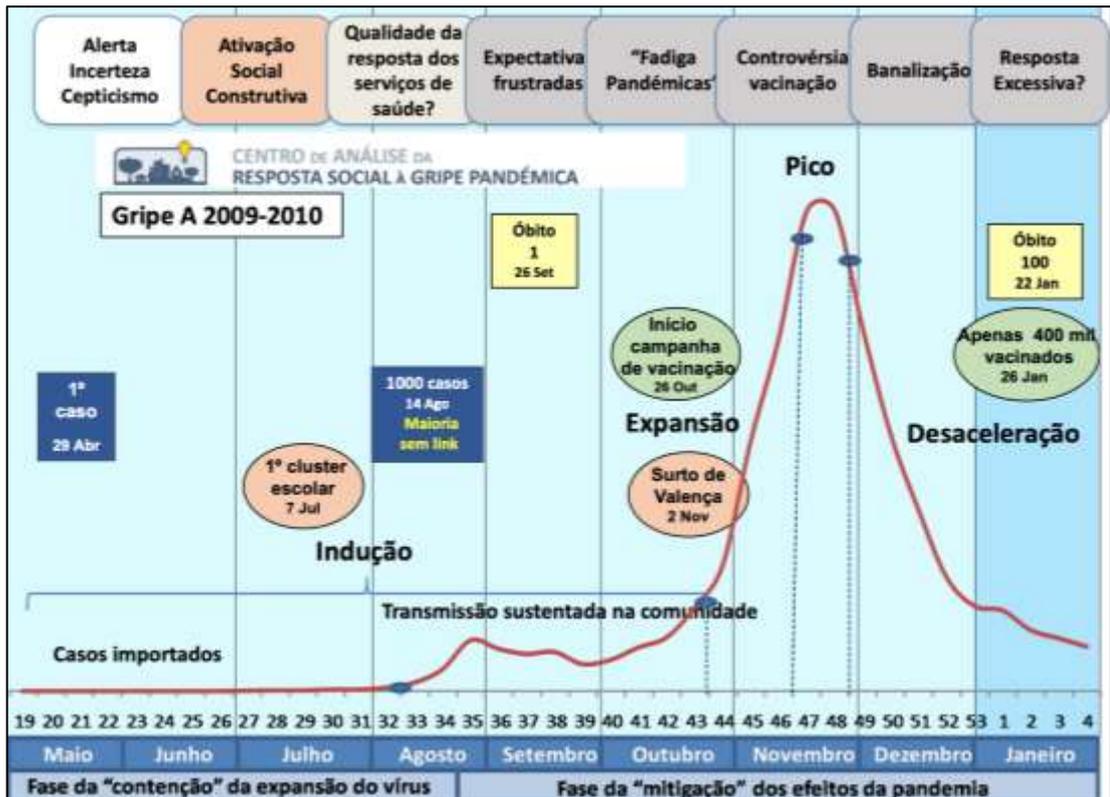
E isso devia ser levado em conta na transmissão das doenças e nos processos epidémicos. Não bastava saber muito sobre o vírus. Era necessário saber como pensam e atuam as pessoas e as organizações sociais onde se inserem – as escolas, as empresas, os espaços desportivos e recreativos

4. Inquietações com a Gripe A

Em 2009 surge uma nova ameaça pandémica, a Gripe A. No entanto, a pandemia anunciada com toda a preocupação, preparação, mobilização e gastos a que obrigou, não se materializou de acordo com o esperado. Em grande parte, porque o vírus em causa, um H1N1, não ser completamente novo (os mais velhos tenham dele ainda uma certa memória imunológica), a verdade é que a incidência desta epidemia foi relativamente baixa, distinguindo-se essencialmente pelo seu caráter “bipolar” – uma grande maioria de casos de sintomatologia muito ténue, um número pequeno de casos com manifestações pulmonares graves.

Na perceção pública, “a montanha pariu um rato”. E a resposta social ao processo pandémico foi de crescente desconfiança face a desproporção entre os meios mobilizados e consequências para a saúde pública da Gripe. Pode dizer-se que a aprendizagem desta experiência foi essencialmente negativa: desconfianças e “teorias da conspiração”, sem qualquer fundamento.

Controvérsias evitáveis associada à produção da vacina contribuíram para uma baixa adesão à vacinação. A compra massiva de medicamentos antivirais e de vacinas, levou à suspeição infundada de que a atuação da OMS visou o favorecimento económico da indústria farmacêutica.



Resposta social à gripe pandémica: inquietações com a gripe A e suas implicações para o futuro.

Não se pode deixar de acrescentar aqui a impressionante falta de coordenação entre os países da União Europeia nos múltiplos aspetos associados à expansão da Gripe A. Da resposta à Gripe A, ficou um travo amargo para a Saúde Pública. Faltou, a nível internacional, por uma avaliação objetiva, amplamente partilhada, dos erros cometidos que alimentasse uma real aprendizagem para o futuro.

A Gripe A, deixou-nos, no entanto, uma nova legislação sobre riscos e emergência de saúde pública. É a Lei nº 81/2009, de 21 de agosto, que tem como finalidade organizar uma melhor resposta do país aos riscos e às emergências de saúde pública. Em relação a esta última matéria, talvez convenha realçar os seguintes aspetos:

- a criação de um Conselho Nacional de Saúde Pública, como órgão consultivo do governo, em relação a riscos e emergência de Saúde Pública;
- a atribuição ao governo de poderes excecionais de decisão em caso de emergência de saúde pública;
- a definição de um processo de decisão para a declaração de calamidade pública, associada a uma emergência de saúde pública.

5. Preparados para uma nova pandemia?

Quando Bill Gates se propôs, em 2015, no TED, a abordar esta questão – *estamos preparados para uma próxima pandemia?* – a resposta foi, um rotundo não!

O conhecido empreendedor, empresário e filantropo norte-americano, não deixou, no entanto, de chamar então a atenção para a necessidade das formas de intervenção que permitissem atuar precocemente, nas proximidades do processo pandémico.

Com algumas, poucas, exceções não se pode dizer que tenha sido ouvido com atenção.

3

Incertezas iniciais – causas e consequenciais



▪ *Do modelo da gripe para o do coronavírus na gestão da pandemia*

Um novo coronavírus atravessou algures as “fronteiras entre as espécies” e chegou ao homem, ainda em data e forma ainda incertas. Chegou em condições de se transmitir de uma pessoa para outra, com suficiente facilidade para se tornar epidémico e depois pandémico.

Em 31 de dezembro de 2019, o governo chinês informou a OMS sobre 44 “casos” de uma doença respiratória aguda e grave, diagnosticados na cidade de Wuhan, província de Hubei. Provavelmente, essa informação foi excessivamente tardia.

Nas semanas seguintes as autoridades chinesas identificaram os primeiros detalhes do agente causador da nova doença, para logo a seguir confirmarem que se transmitia de pessoas para pessoa. O vírus foi batizado como SARS-CoV-2 e a doença que produz, COVID-19.

1. Incertezas em Genebra

A 23 de Janeiro, a OMS reúne o seu Comité para Emergências para aconselhar o Diretor-Geral da organização sobre a necessidade de se declarar o “Estado de Emergência de Saúde Pública de Carater Internacional”, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional acima referido. Recordando experiências anteriores recentes e sabendo que essa declaração pode ter implicações económicas globais, o Comité teve dificuldade em chegar a um consenso. Consegui-o, sob pressão para chegarem a uma conclusão, no fim de uma semana.

É muito possível que parte dessa indecisão tenha estado relacionado com o “falso alarme” de risco pandémico do SARS e da forma como foi gerida a resposta à Gripe A.

Este episódio é interessante principalmente por duas razões:

- a primeira, porque revela que os grupos de peritos em Saúde Pública procuram sempre um equilíbrio entre o princípio da “precaução” – intervir a tempo – e o da “proporcionalidade” – não intervir desnecessariamente, ou seja, em provocar danos evitáveis no bem-estar económico e social;

- a segunda, porque ilustra a tensão natural da relação entre “conhecimento” e “decisão”. Esta relação é mais fácil quando o conhecimento necessário está solidamente estabelecido. No entanto, quando as situações são complexas e mais incertas, face à natureza dos fenómenos em causa, torna-se necessário recorrer ao juízo conjunto dos grupos de peritos.

É exatamente nessas circunstâncias que a relação entre “conhecimento” e “decisão política” é menos linear e mais tensa. É também quando se torna ainda mais claro de que não há outro caminho senão investir nessa relação, aperfeiçoá-la, aculturar os seus participantes na interdependência que ela supõe.

“Viajando de avião”, o novo coronavírus chega à Europa. Na terceira semana de fevereiro de 2020, a epidemia “incendeia” o norte da Itália. A intensas relações económicas entre o norte da Itália e a China, associados à cultura gregaria e de proximidade física dos povos do sul da Europa e às características do vírus em causa, contribuíram para isso.

2. Incertezas em Estocolmo

A COVID-19 percorreu umas províncias chinesas mais intensamente do que outras e, “viajando de avião”, atingiu os países mais próximos ainda durante o mês de janeiro. Ao mesmo tempo, começaram a registar-se os primeiros casos importados na Europa. O primeiro foi registado na Alemanha a 22 de Janeiro de 2020. E também começaram a observar-se as primeiras cadeias de transmissão dentro de alguns países europeus.

O Centro Europeu de Controlo de Doenças (ECDC), situado em Estocolmo, reuniu a sua comissão de peritos, constituída por especialistas provenientes de vários países, em 18 e 19 de fevereiro. Os peritos concluíram que o risco de agravamento da situação na Europa nas semanas seguintes era moderado. E, no entanto, poucos dias depois a situação no norte de Itália torna-se “explosiva”.

Quando as atas desta reunião foram publicadas, o jornal espanhol *El País*, referiu-se a este acontecimento



Los guardianes de la salud europea subestimaron el peligro del virus
Tres días antes del estallido de la crisis en Italia, los expertos consideraron "bajo" el riesgo de propagación del patógeno en el continente, según las actas de la reunión del Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades.

As pessoas entrevistadas, nessa ocasião, tendem também a associar este conservadorismo com a experiência europeia com a SARS e a Gripe A.

3. Incertezas em Lisboa

Os primeiros casos de COVID-19 são identificados em Portugal no dia 2 de março de 2020. Globalmente, depois de duas semanas de relativa acalmia e expectativa, a situação agrava-se subitamente na Europa, principalmente em França, Reino Unido e Espanha e, a 11 de março, a OMS declara que estamos perante uma pandemia por COVID-19.

Em Portugal, o número de casos ainda é pequeno, mas a pressão social para fazer alguma coisa mais, centrou-se nas escolas. O governo decide então convocar o Conselho Nacional de Saúde Pública (CNSP) para se pronunciar sobre o a questão do encerramento da Escolas. O Primeiro-Ministro (PM) afirma que seguirá as recomendações do CNSP. Este reúne exatamente a 11 de março e, à data dessa reunião, o CNSP enfrenta importantes indefinições sobre a natureza do processo pandémico.

Entretanto, a 11 de março, o modelo de resposta à pandemia continuava a ser o da gripe – primeiro “contenção” e depois “mitigação” (medidas para achatar a curva, como um “ratio” de transmissibilidade, R_t , o menor possível). Neste modelo as medidas de distanciamento social, incluindo o encerramento das escolas só se justificavam quando houvesse sinais claros de que o vírus já se transmitia, de uma forma sustentada, na comunidade.

Segundo a DGS, a 11 de março, isso não estava ainda a acontecer. Estávamos ainda na fase de contenção – controlar as cadeias de transmissão a partir dos casos importados, para que isso não acontecesse. Segundo o modelo da gripe pandémica, nesta situação não se prevê o encerramento generalizado das escolas.

Contudo, havia já nessa altura sinais de que, o modelo de resposta à gripe pandémica, poderia não era adequado face a este vírus pandémico. Mas não havia sido formulado um modelo alternativo ao da gripe para a gestão da pandemia. Isso aconteceria 5 dias depois, a 16 de março (ver detalhes abaixo).

Assim, a recomendação do CNSP foi a de que, com os dados disponíveis a 11 de Março, não havia indicação para um encerramento generalizado das escolas – naquelas circunstâncias, o encerramento das escolas devia ser considerado caso a caso, de acordo com a situação epidemiológica local, a determinar pela DGS.

O CNSP optou por responder estritamente às perguntas do Governo. Eventualmente, noutras condições de funcionamento (ver capítulo VI, “Aconselhamento científico”, páginas 39 e 40), o CNSP poderia ter ido mais longe, numa apreciação mais geral relativa à situação pandémica.

De facto, na segunda-feira, 16 de março, duas publicações científicas, permitem-nos começar a configurar um modelo de resposta à pandemia por coronavírus, alternativa ao da gripe

pandémica. Em cinco dias passámos de uma situação de utilização desconfiada do modelo da gripe para um novo modelo que nunca tinha sido antes adotado para uma infeção de transmissão natureza respiratória. Parte das incertezas de Genebra, Estocolmo e Lisboa, podem começar a gora a dissipar-se.

- O primeiro trabalho, foi produzido e publicado pelo *Imperial College*, de Londres. “*Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand*”.

Disse-nos que se adotássemos o modelo da gripe, fazendo a mitigação da infeção, “achatando a curva” o melhor possível, iríamos ter um número intolerável de mortes. Era indispensável, para o evitar, “esmagar a curva” (em vez de a “achatar”), reprimir e reduzir radicalmente a transmissão – conseguir um rácio de transmissibilidade (R_t) inferior a 1.

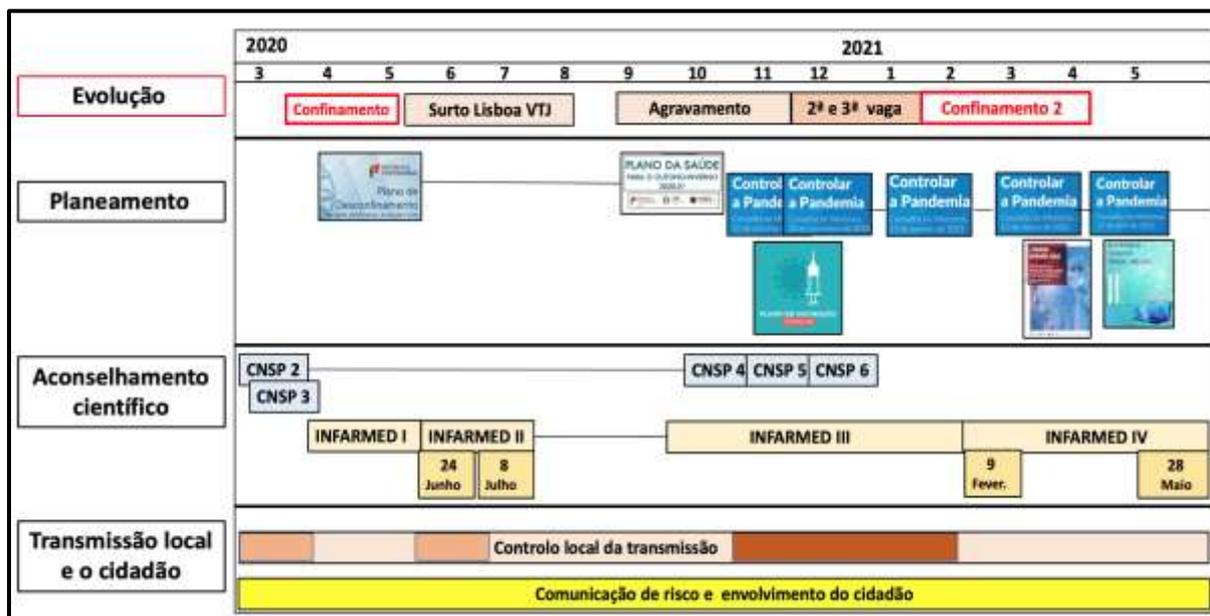
Afastamo-nos agora do modelo da gripe. E o confinamento é a resposta para reduzir drasticamente a infeção e “esmagar” a curva. Nessa altura, os autores não anteviam uma vacina, antes de passados 18 meses. Felizmente, não foi preciso esperar tanto.

- O segundo trabalho, publicado no mesmo dia na revista *Science* e denominado “*Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2)*”, analisando a experiência chinesa, chamava a atenção para o grande número de infetados por identificar (especialmente por assintomáticos), o que explicava em parte as dificuldades em conter a expansão da epidemia.

Nesse mesmo dia, a OMS lança audivelmente um novo elemento na luta contra a pandemia: testar, testar, testar.

E assim, num só dia, entramos num mundo novo naquilo que dizia respeito à gestão da pandemia!

Evolução da pandemia e seus determinantes



Para simplificar a análise do processo pandémico até à data (5 de junho de 2021), optou-se por começar por uma breve descrição da evolução da pandemia até ao presente para, de seguida, aprofundar os principais determinantes da gestão da resposta à pandemia.

Dada a complexidade e extensão do tema e a necessidade de privilegiar a comunicação neste exercício, optou-se por privilegiar um número limitado de “temáticas explicativas”:

- a importância e as dificuldades do planeamento na gestão da pandemia;
- a necessidade de um processo adequado de aconselhamento científico para as decisões política;
- o papel dos serviços de Saúde Pública no controlo da transmissão;
- a importância de uma comunicação de risco de qualidade na diferenciação local da gestão da pandemia e no envolvimento dos cidadãos

Este relato não se debruça sobre o diagnóstico e tratamento dos doentes com COVID-19. Não, porque não tenha sido um aspecto muito importante e muito positivo na resposta à pandemia em curso, mas porque isso alargaria o âmbito desta análise para além do que é comportável neste contexto.

2020								2021						
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Confinamento		Surto Lisboa VTJ			Agravamento			2ª e 3ª vaga		Confinamento 2				

▪ *Primeiro Confinamento*

A 12 de março, o Governo decidiu ordenar o fecho das escolas. Nas declarações, bem medidas, o PM disse que dado não existir "uma consolidação" de um "entendimento técnico nesta matéria, manda o princípio da prudência que se determine, desde já, a suspensão de todas atividades letivas presenciais" até ao início das férias da Páscoa.

A decisão do governo não se limitou ao encerramento das escolas. Abrangeu um amplo número de medidas de controle da pandemia, que resultariam na primeira declaração do Estado de Emergência (18 de março) e no primeiro confinamento.

Ao contrário da recomendação do CNSP, as decisões do governo relativas ao controlo da pandemia foram, de uma forma geral, bem recebidas socialmente e tiveram, a curto prazo, resultados assinaláveis.

O confinamento resultou bem numa rápida e substancial redução da transmissão da doença. Para isso, muito contribui a precocidade das medidas tomadas nesse sentido. Este caráter atempado das medidas de gestão da pandemia por parte das autoridades portuguesas, nessa altura, é bem ilustrada pela análise comparativa internacional, realizada no âmbito do Barómetro Covid-19 da Escola Nacional de Saúde Pública.

	Suspensão de eventos desportivos e culturais				Suspensão das atividades de ensino presencial				Restrições em transportes (aéreos, terrestres, marítimos)				Suspensão de serviços não essenciais				Distanciamento físico nacional			
	Dias desde 50ª	# caso per 1,000 habitantes	# casos	# falecidos	Dias desde 50ª	# caso per 1,000 habitantes	# casos	# falecidos	Dias desde 50ª	# caso per 1,000 habitantes	# casos	# falecidos	Dias desde 50ª	# caso per 1,000 habitantes	# casos	# falecidos	Dias desde 50ª	# caso per 1,000 habitantes	# casos	# falecidos
 PT	2	0,007	78	0	4	0,016	169	0	7	0,043	448	1	12	0,156	1.600	14	12	0,156	1.600	14
 ES	13	0,123	5.753	136	12	0,063	2.965	84	10	0,035	1.639	35	13	0,123	5.753	136	14	0,165	7.753	288
 IT	16	0,121	7.375	366	16	0,122	7.375	366	18	0,168	10.149	631	20	0,249	15.113	1016	18	0,167	10.149	631
 RU	13	0,022	1.543	55	18	0,074	5.018	233	0				20	0,098	6.650	335	20	0,098	6.650	335

Celeridade das medidas de resposta à primeira vaga pandémica. Comparações ente Portugal, Espanha, Itália e Reino Unido. Fonte, ENSP.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) assegurou uma resposta adequada aos doentes com Covid-19 e aos seus contactos de risco. O mesmo já não se pode dizer em relação às pessoas sem Covid-19 que necessitaram de cuidados de saúde. Tanto por contenção dos cidadãos quanto, frequentemente, por falta de resposta atempada ou apropriada dos serviços de saúde.

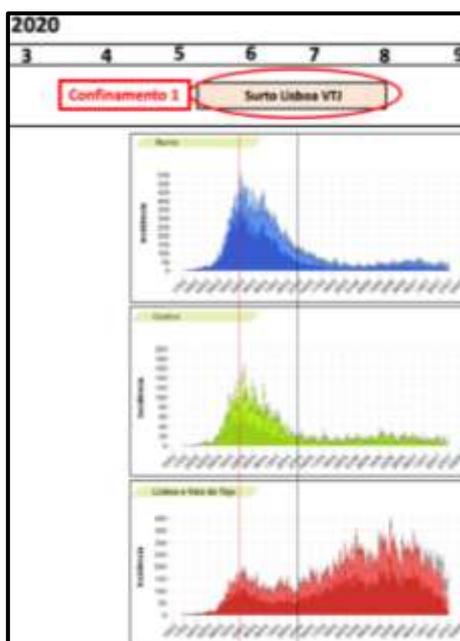
Dados avançados pelo Ministério da Saúde referem que não foram realizadas, entre 16 de março e o final de abril de 2020, face ao mesmo período de 2019, cerca de 540 mil consultas hospitalares, 51 mil cirurgias, 840 mil consultas de Medicina Geral e Familiar e 990 mil consultas de enfermagem. A isso há a acrescentar os efeitos, na saúde física e mental, do confinamento, incluindo aqueles que resultam do encerramento das escolas. Este é ainda um balanço por fazer.

Pode dizer-se que, dada a necessidade imperiosa de controlar a evolução da pandemia e o reduzido espaço de tempo em que isso teve que ser feito, estes efeitos negativos eram praticamente inevitáveis. Os efeitos do confinamento na economia do país foram muito substanciais e evidentes. O Banco de Portugal, projeta que a queda do PIB nacional para 2020 será de 8%.

A OMS definiu seis critérios genéricos para o processo de desconfinamento (13 de abril). O sexto destes critérios propunha que “as comunidades fossem perfeitamente (*fully*) educadas, envolvidas e empoderadas, de forma a se ajustarem ao novo normal”. Apelos participativos que raramente se concretizam e quase nunca são monitorizados e avaliados.

A União Europeia também o fez (15 de abril). Entre esses princípios constava a “coordenação entre os Estados Membros, para evitar efeitos negativos”. Falhou várias vezes.

▪ *Desconfinamento – o surto da Região de Lisboa e Vale do Tejo*

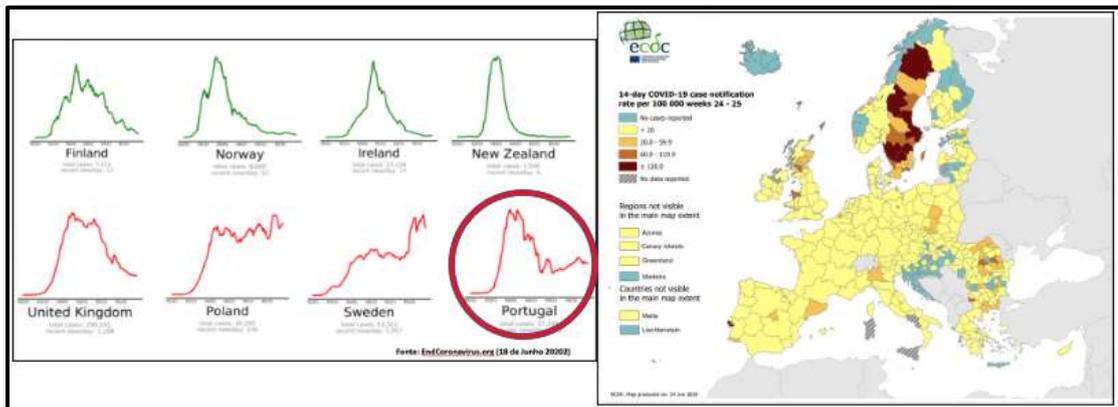


No entanto, a evolução da pandemia, no pós-confinamento, não ocorreu da mesma forma em todas as regiões do país. Na região de Lisboa e Vale Tejo, assistiu-se, no fim da primavera e início do verão de 2020, a um real agravamento da situação.

As diferenças de incidência entre LVT, o Norte e o Centro não podem ser atribuídas a diferentes estratégias de testagem. A crise de Lisboa é real e o agravamento da situação em Lisboa, teve possivelmente importantes repercussões no sul do país. As consequências para a imagem do país internacionalmente, como destino

turístico e em certa medida, como um país de sucesso no controle da pandemia, não foram positivas.

As dificuldades em gerir esse agravamento, não deixaram de chamar a atenção internacional e tiveram como consequência nas dificuldades em tirar proveito do turismo de verão para reanimar a economia do país.



Na primeira quinzena de Agosto, os media deram especial relevância ao impacto da pandemia nos estabelecimentos residências para idosos (“lares”) e às controvérsias daí resultantes.

Os “lares” constituem-se como ecossistemas particulares que conjugam uma densa gama de variáveis todas elas propícias a uma fácil propagação de uma pandemia como esta. De entre estas destacamos:

- uma elevada concentração, num espaço físico limitado e nem sempre adequado, de um elevado número de pessoas de idades muito avançadas (média etária superior a 80 anos), com elevada carga de multimorbilidade e dependência, o que lhes confere uma particular fragilidade e, frequentemente, com algum grau de deterioração cognitiva;
- a isto junta-se uma ausência de modelo de cuidados e um corpo de cuidadores com elevado *turnover*, por vezes com duplo emprego em mais do que um “lar”, e baixa formação para a função exigida.

Para ilustrar esta síntese poderíamos fazer apelo ao paradigmático caso “Reguengos”. Neste mediático episódio destacamos o facto de, no mesmo edifício, existir de um lado um “lar” e do outro uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados. No primeiro, 100% de pessoas infetadas; no segundo 0%.

Não são as características das pessoas internadas que diferem entre um e outro contexto, mas sim a natureza do modelo de cuidados, as características dos cuidadores e as exigências relativas ao espaço.

Face à profusão de notícias sobre contágios em lares, mas principalmente às relativas à elevada letalidade nestes grupos etários, decidiram-se medidas draconianas de autêntico *lockout* que, em muitas situações, chegou ao extremo de encerrar no mesmo espaço idosos e cuidadores por tempos longos. Nestas circunstâncias o isolamento dos idosos face aos outros, mas principalmente face às suas famílias, foi regra. Também foram regra a ignorância da opinião e vontade dos idosos e a inexistência de alternativas para o isolamento imposto.

Eis a mistura ideal para a explosão de todas as consequências não da doença, mas das medidas para a evitar: isolamento, solidão, rápida deterioração cognitiva, depressão, entre outras.

Os lares de idosos foram, assim, um alvo fácil para um vírus altamente contagioso e mortal, porque abrigam as pessoas mais frágeis em condições frequentemente sofríveis. Os lares de idosos provaram ser excepcionalmente perigosos. Uma análise publicada em novembro de 2020 no *Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine* analisou uma dúzia de países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e constatou que a taxa de mortalidade entre os residentes em lares de idosos Covid-19 era mais de 20 vezes superior à dos idosos que vivem fora desses lares.



▪ *Oportunidade perdida para apreender com a experiência?*

Os primeiros meses da pandemia foram difíceis para todos. Para as pessoas e para as famílias, para empregadores e empregados, para os serviços de saúde e os seus profissionais, para as autoridades locais, regionais e centrais, para a comunidade política, para governantes e governados.

As medidas de confinamento foram oportunas e conseguiram bons resultados em termos do controlo da infeção. Mas tudo se passou em muito pouco tempo e mais tempo era mais do que necessário para um bom planeamento e gestão do desconfinamento.

Fez-se o possível, e por vezes até o impossível, mas nem tudo foi suficientemente bem feito, nem tudo correu bem. Como seria de esperar.

Chegou-se a princípios de agosto. Os níveis de incidência da COVID-19 tinham baixado substancialmente. Esta “pausa” era uma oportunidade, para rever o que tinha sido feito, ponderar, avaliar, consultar, reforçar dispositivos de governação e consensos técnico, científicos, associativos e políticos. E começar a preparar o inverno, que se adivinhava difícil.

Não pareceu que isso tenha acontecido.

Para isso pode ter contribuído a tremenda sobrecarga física e emocional que pesou sobre todos aqueles que estiveram mais intensamente envolvidos na gestão da pandemia. E a falta de dispositivos, instrumentos e cultura de análise avaliativa. Mas, possivelmente também, os efeitos do sucesso na contenção da primeira vaga pandémica – o “milagre português” – que poderá emprestando uma confiança excessiva na bondade das abordagens adotadas até aí.

Foi uma oportunidade perdida para preparar melhor o outono e o inverno que se aproximava.

2020												2021				
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5		
Confinamento			Surto Lisboa VTJ			Agravamento			2ª e 3ª vaga		Confinamento 2					

▪ *Segunda e terceira vaga epidémica*

Em Portugal, o pico da segunda vaga ocorreu na segunda metade de novembro, com uma incidência aparente várias vezes superior à da segunda vaga, só em parte atribuível a uma maior capacidade diagnóstica dos assintomáticos. Num primeiro momento, a curva desceu, mas rapidamente estabilizou em valores relativamente altos.

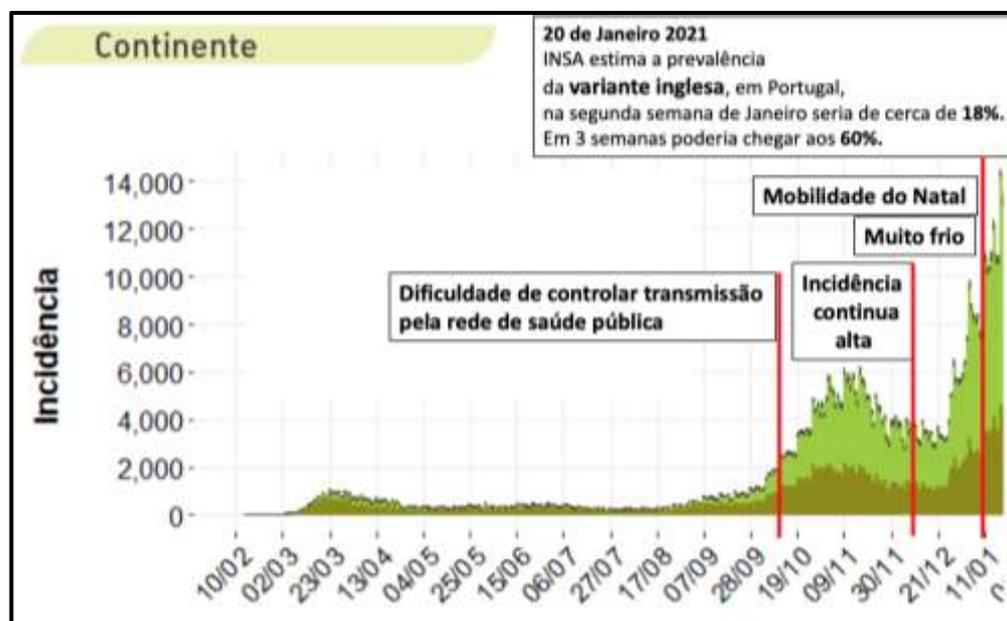
Isto é mais evidente quando se olha para os dados regionais:

- na região Norte, em que a incidência chegou a ser muito elevada, descendo mais notoriamente a partir das medidas tomadas;
- nas regiões Centro, LVT e Algarve, a diminuição da incidência foi muito menos evidente, estabilizando-se a breve trecho;
- no Alentejo, foi subindo continuamente.

A evolução da pandemia em dezembro-janeiro pode resumir-se da seguinte forma:

- a dificuldade crescente da rede de Saúde Pública conseguir localmente o controlo da transmissão, especialmente nos locais de incidência mais elevada;
- nas duas semanas do dezembro, a incidência da doença era alta (e possivelmente subestimada);
- com a aproximação da quadra natalícia observou-se o esperado aumento da mobilidade, por todo o país;

- simultaneamente, verificou-se no país uma considerável diminuição das temperaturas atmosféricas;
- começa a observar-se um progressivo aumento de incidência da variante inglesa (mais transmissível), principalmente em certas áreas metropolitanas.



Não parece que as medidas tomadas a partir de Outubro para conter o contínuo agravamento da situação epidemiológica tenham tido o resultado desejado. Estas dificuldades, podem estar relacionadas, plausivelmente, com a relutância da maior parte dos países europeus, incluindo Portugal, em aceitar a necessidade de um segundo confinamento.

No início de novembro, a situação continua a agravar-se em Portugal e na Europa. Em Portugal o governo não deixa de pôr a hipótese de optar por um confinamento para fins de novembro, princípios de dezembro, mas com óbvias reservas em dar esse passo, face à intenção expressa de evitar ao máximo um novo confinamento.

Costa avisa que Portugal não aguenta novo confinamento. Inverno tem de ser preparado agora

O primeiro-ministro considera que não é possível voltar a impor restrições mais graves. A sociedade, as famílias e as pessoas, diz António Costa, não podem voltar a passar por período de confinamento devido à pandemia.



Em conferência de imprensa, António Costa reconheceu que colocou aos partidos com representação parlamentar, durante as reuniões de sexta-feira, um cenário de confinamento geral na primeira quinzenal de dezembro.

"De facto, foi colocado aos partidos uma hipótese de trabalho, entre várias em equação, sobre um confinamento temporário. Foi um processo de avaliação que fizemos entre várias medidas, mas, de forma mais ou menos generalizada, entendeu-

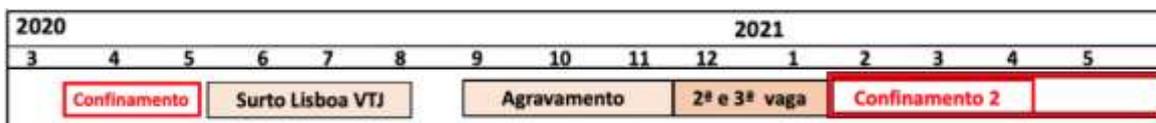
se que era absolutamente extemporâneo pensar-se naquilo que havia para se fazer em dezembro. Temos de nos concentrar naquilo que há para fazer no imediato".

Entretanto, o PR, em princípios de novembro, dá uma importante entrevista sobre a evolução da pandemia:

As medidas "mais radicais" contra a Covid-19, para não serem um fracasso e terem eficácia, têm de ser "aceites, compreendidas e consensualizadas na sociedade portuguesa" ... "Aquilo que todos desejamos é que seja possível, com a aplicação destas medidas restritivas, umas já estão em vigor e outras dependem da aprovação do Parlamento, evitar medidas mais radicais".

Se perguntar agora se as pessoas querem um confinamento vasto, a resposta é: não", "o clima social aconselha que seja isto que deva ser adotado e a economia não aguenta um confinamento que fosse avançado agora e que tivesse de permanecer duradouramente no tempo", justifica o Presidente. "Era uma precipitação e uma impossibilidade social e política adotar um confinamento geral", conclui.

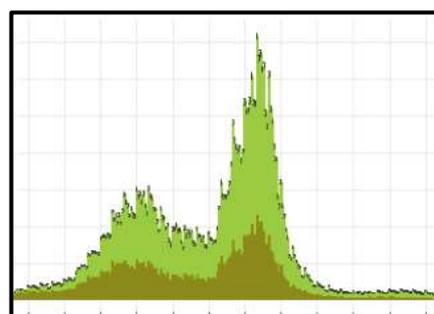
Em 11 de fevereiro 2021 (Lusa), Angela Merkel afirma: a Alemanha não agiu com rapidez suficiente no outono passado.



▪ Confinamento 2

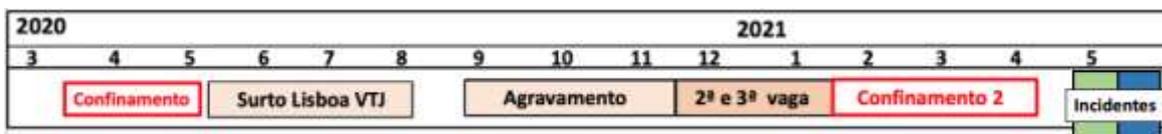
O confinamento em termos de controlo da transmissão, mais uma vez, funciona efetivamente: esmaga a curva epidémica (não "achata"!). O desconfinamento inicia-se, em princípios de abril logo a seguir à Páscoa.

Com valores baixos de incidência a nível nacional, para além da atenção requerida à entrada no país de pessoas provenientes de países de incidência elevada e portadoras de novas variantes do vírus, está-se outra vez, a nível nacional, a tempo de diferenciação local.



Observam-se sinais de agravamento, nuns locais mais do que noutros. O foco está em determinados setores da população, nas suas condições de vida e comportamentos – populações imigrantes em condições precárias de trabalho e alojamento, em certos locais de trabalho, em populações jovens com mobilidade acrescida, alho, no reanimar de celebrações como casamentos e batizados.

Os progressos efetivos do programa de vacinação, protegem os mais idosos de doença grave e isso reflete-se na atividade hospitalar.



▪ *Incidentes*

Em Maio, dois incidentes chamam a atenção da opinião pública.

- a “festa verde”, em Lisboa a 11 de maio, celebrando a conquista do campeonato nacional de futebol pelo Sporting Clube de Portugal;
- a “festa azul”, no Porto a 29 de maio, acompanhando a final da taça dos campeões europeus de futebol.

(Comentários mais adiante)

5

Planeamento



▪ *Pensamento, análise e planeamento estratégico em saúde*

Sem um planeamento profissionalizado e não simplesmente *ad-hoc*, é mais fácil que aconteça o que não queremos. Não basta dizer que é preciso melhor planeamento. É preciso descer aos detalhes.

O Plano Nacional de Saúde foi concebido com um enquadramento necessário, pelo menos a dois níveis de ação:

- o da colaboração entre os distintos setores económicos e sociais na proteção e promoção da saúde;
- o de uma efetiva ação local sob a forma de planos (ou estratégias) locais de saúde.

Esta matriz aplica-se a quaisquer outras circunstâncias de planeamento a mais curto prazo. Como aquele que diz respeito à pandemia em curso.

Haverá no país um *locus* para o pensamento, análise e planeamento estratégico de saúde onde o trabalho de formulação, implementação, monitorização contínua e avaliação dos planos de saúde, terá lugar. Os dispositivos de análise e planeamento do país devem merecer ações contínuas de capacitação, atualização e apoio técnico e tecnológico. Tanto mais quanto mais necessários forem.

Para que o “plano” seja “real” e não simplesmente “formal” terá que ser interiorizado por todos aqueles a que se destina. No caso dos “planos de contingência” das empresas, hospitais ou estabelecimentos residenciais para a terceira idade, terá que ser interiorizado por todos aqueles que se movem nesses espaços. No âmbito do território nacional, os planos terão que ser interiorizados pelos decisores a nível nacional, regional e local, e por aqueles que estão de alguma forma na sua dependência. Se isso não ocorre, torna-se claro que não influencia visivelmente as suas decisões, então o “plano”, de facto, não existe.

Planos formais, de facto “inexistentes”, são frequentes na nossa cultura.

Sabe-se, também, que existem dois grandes obstáculos à realização da lógica de racionalidade que os planos supõem:

- Os poderes políticos não se sentem particularmente cómodos com este tipo de constrangimentos formais às suas decisões e, portanto, tendem a substituí-los por formas de atuação mais voluntaristas, que acomodam melhor as pressões a que estão sujeitos;
- A administração pública concentra os seus recursos numa “primeira linha” de atuação imediatista e raramente investe numa “segunda linha” que pense o país à distância.

Se quisermos dar importância às racionalidades que, melhor e de forma mais equilibrada, defendem o bem-estar da comunidade, então teremos que aceitar que estas tendências terão que ser contrariadas. Tantos mais, quanto maiores forem as ameaças a esse bem-estar. Se assim é, seria de esperar, nas atuais circunstâncias, um importante reforço na capacidade e competências de planeamento de saúde.

Se assim fosse teríamos a elaboração precoce de “Estratégia de Saúde Pública” de médio prazo (2020-2021, o ano transato, agora 2021-2022) que serviria de enquadramento a planos operacionais de curto prazo, diferenciados localmente, acompanhando o evoluir da situação, de um período temporal para o seguinte.

É um facto que não há experiência suficiente de planeamento de saúde em contexto de pandemia. Porque depende, em grande parte, do “grau de realidade” dos cenários que somos capazes de esboçar, e da precisão com que podemos estimar a efetividade dos meios à nossa disposição para atuar nos cenários mais prováveis.

Mas uma coisa é certa: um plano tecnicamente competente no “estado da arte” terá alguma utilidade. Um plano incompetente ou de facto “inexistente”, para além de perda de tempo, arrisca a proporcionar-nos uma falsa segurança.



▪ *Dificuldades na preparação do desconfinamento*

Desconfinar é difícil. Nunca se tinha confinado e desconfinando antes assim, na história moderna da Saúde Pública.

Uma vez atingidos valores baixos de incidência da doença, a pressão social e a necessidade de começar a superar os múltiplos inconvenientes do confinamento, havia que começar a desconfiar progressivamente.

Entre o início do confinamento e o do desconfinamento decorreram pouco mais de seis semanas. Muito pouco tempo, e sob uma grande pressão para o imediato – controlar rapidamente a transmissão do vírus – para preparar um plano suficientemente elaborado para o desconfinamento.

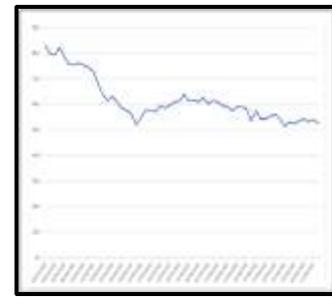
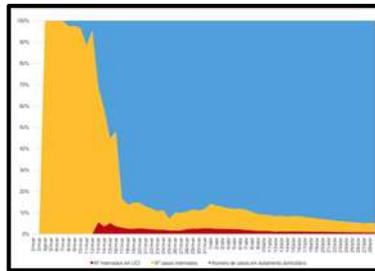
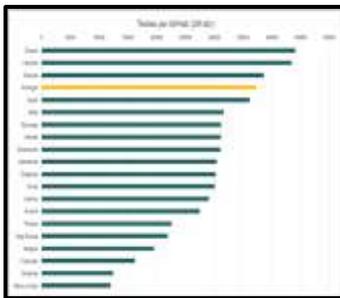
O “Plano de Desconfinamento” de 30 de abril foi bem recebido pela população portuguesa.

O Plano propunha que o acompanhamento do confinamento gradual se fizesse a partir de 3 critérios:

- capacidade de testagem

- distribuição dos doentes entre domicílio, internamento hospitalar não UCI e internamento em UCI

- taxa de ocupação das UCI



▪ *Critérios para o acompanhamento do desconfinamento (30 de abril, 2020)*

É evidente, até pela discussão agora em curso sobre a “matriz de risco”, que estes indicadores eram manifestamente insuficientes. O plano também não contemplava o mapeamento territorial do risco e a necessidade de diferenciar localmente as intervenções necessárias de acordo com os níveis locais de risco. Isso acabou por ser feito tardiamente, parcialmente na Região de Lisboa, e não recorrendo ainda aos indicadores apropriados.

Já no início de julho, quando a diferenciação local começou a aplicar-se parcial e tardiamente na Região Lisboa, não há progressos a registar em aspetos essenciais de planeamento: indicadores apropriados para a decisão e monitorização da transmissão, aconselhamento científico apropriado, enquadramento de plano de desconfinamento a curto prazo, numa estratégia de saúde pública de médio prazo (2 anos).

E não deixou de haver propostas nesse sentido, bem a tempo.

- Em fins de abril, o Manual de Boas Práticas para o pós-confinamento geral intitulado “Salvar Vidas, Salvar a Economia, Preparar o Futuro”, um relatório apresentado como uma “reflexão multidisciplinar”, elaborado por dez especialistas, coordenados pelo vice-reitor da

Universidade Nova de Lisboa, contempla cinco eixos estratégicos: Estratégia de reabertura da economia; Estratégia para aconselhamento e acompanhamento de comportamentos e situações de risco; Plano de resposta rápida para teste, isolamento e rastreio de casos suspeitos e grupos de risco; Estratégia para grupos de risco; Um modelo de governação para a gestão da crise (Expresso online 28.04.2020).

- Em fins de maio, o artigo na *Acta Médica Portuguesa* intitulado “Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID-19 em Portugal: Contribuições da Experiência internacional” afirmava o seguinte: “Ao analisar a experiência já acumulada, a caminho do primeiro semestre desta pandemia, parece útil considerar duas fases distintas na sua evolução: a primeira, que culminou com a adoção de medidas de confinamento generalizado; a segunda, a do pós-confinamento, em que a necessidade de uma estratégia de Saúde Pública para o país, fundamentada, integrada e explícita, parece agora mais evidente”.

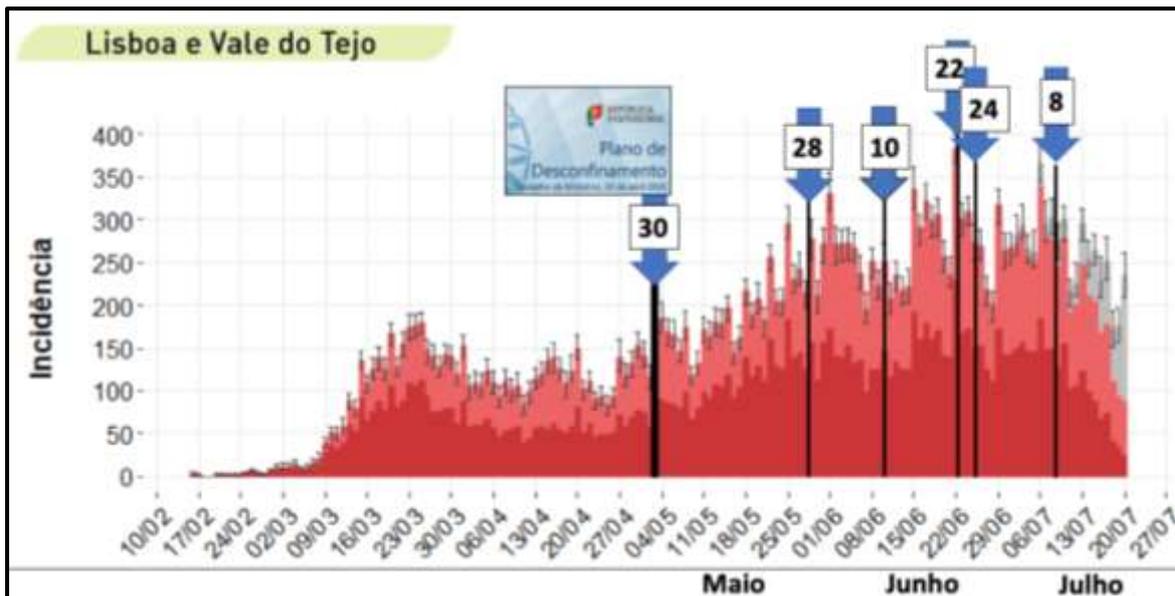
Ou seja, as compreensíveis dificuldades na preparação do primeiro desconfinamento não foram, no entanto, superadas nos meses subsequentes.

Isso teve óbvias consequências: atuar expeditamente face ao agravamento na área metropolitana de Lisboa; responder ao desafio da proteção aos mais idosos, particularmente nos lares de 3ª idade; evitar as anomalias na resposta do SNS às situações não-COVID; prestar atenção aos “movimentos de verão” e ao regresso das férias e às aulas; preparar o Outono e o Inverno.

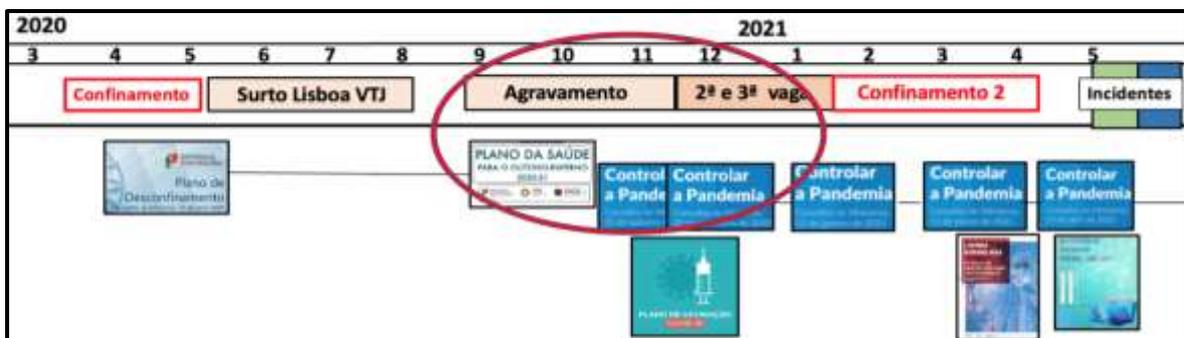
- *Crise na área metropolitana de Lisboa: epidemia “controlada”, “mais controlada”, “descontrolada”?*

A crise pandémica na Região de Lisboa e Vale do Tejo, e muito particularmente na Área Metropolitana de Lisboa (AMT), foi particularmente difícil, porque aconteceu cedo no desconfinamento e, portanto, deu muito pouco tempo para recuperar dos atrasos e limitações de preparação acima mencionadas: as dificuldades em encontrar uma resposta rápida e eficaz ao aumento nítido e prolongado da incidência da doença na AMT aconteceram numa altura em que muitos outros países europeus estavam já em plena fase de recuperação, e teve repercussões danosas no “verão económico” do país.

A cacofonia e o desencontro dos discursos políticos revelam bem essas dificuldades.



28 de Maio: Político A – “não há uma situação de descontrolo na Região de Lisboa”.
 10 de Junho: Governante – alguns dos concelhos “a situação está mais controlada”.
 22 de Junho: Autarca – “em Lisboa não houve controlo das cadeias de transmissão”.
 24 de Junho: Político A – “não há descontrolo na Região de Lisboa”.
 Político B – “observa-se uma transmissão acentuada na comunidade, começou a segunda vaga”



▪ *Plano de Outono e Inverno*



A 14 de julho, a Academia de Ciências Médicas Britânica publica as suas recomendações sobre a resposta à pandemia no próximo Outono/Inverno. Em 27 do mesmo mês, o Conselho Científico COVID-19 francês faz o mesmo. Em Portugal, a 10 de agosto, a Ordem dos Médicos divulga as seis principais preocupações que devem informar aquela resposta.

O Ministério de Saúde convida, para 14 de agosto, 72 profissionais e investigadores para se debruçarem sobre a mesma temática, numa sessão de trabalho de algumas horas, com poucos dias de antecedência, sem distribuição prévia de documentos de trabalho que permitissem a preparação dos participantes.

O Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-2021 é finalmente apresentado a 21 de setembro, já no início do Outono. As insuficiências deste plano são bem patentes quando comparadas pelos seus congéneres britânico e francês.

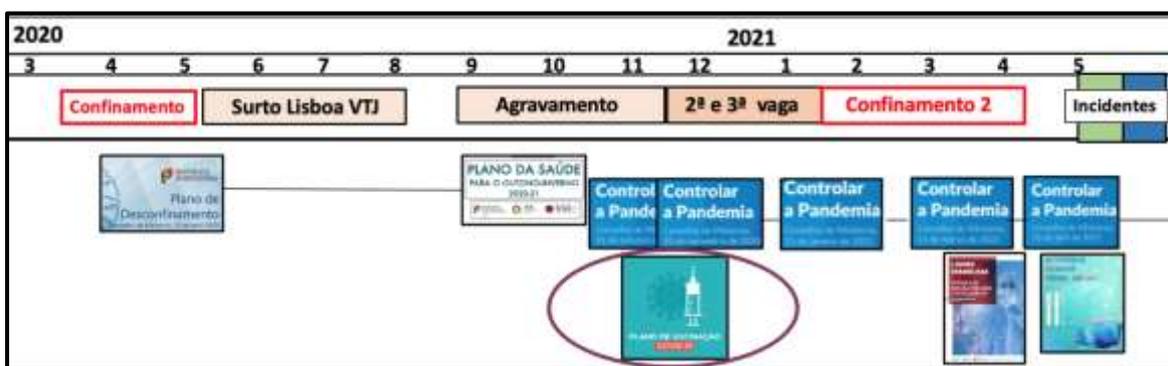
	Reino Unido	Portugal
	Preparing for a challenging winter 2020/21 14 July 2020 The Academy of Medical Sciences	PLANO DA SAÚDE PARA O OUTONO-INVERNO 2020-21 DGS
Enquadramento estratégico	Limitado	Inexistente
Quantificação	Em 2 planos: Situação atual e cenários	Inexistente
Evidência referenciada bibliograficamente	408 referências	Nenhuma
Gestão dos recursos humanos	Incluída	Não incluída
Envolvimento dos cidadãos	Desenvolvida	Insipiente
Data de publicação	14 de Julho	21 de Setembro

Comparação entre os conteúdos de “Planos de Inverno” do Reino Unido e de Portugal

Quando da sua publicação, foram-lhe apontadas numerosas imperfeições técnicas e fizeram-se múltiplas sugestões de melhorias.

O plano, através dos prometidos aperfeiçoamentos contínuos, devidamente monitorizado, seria necessariamente a nossa principal referência nesta difícil caminhada. E, no entanto, desde essa altura até agora, por parte dos decisores nacionais, regionais e locais, das profissões de saúde, dos partidos políticos até à comunicação social, ninguém, mas literalmente ninguém, referiu o “Plano” nos múltiplos debates e decisões que tiveram lugar nos últimos quatro meses para a gestão da pandemia! O Plano falhou? Parece mais justo dizer que, de facto, não existiu.

O “Plano” criou uma “task force” para a resposta à “doença não-covid”, solução algo invulgar para um plano, já de si, de curtíssimo prazo. Disso deveria ter resultado um conjunto de ações concretas, já conhecidas por todos os interessados, no sentido de proporcionar uma resposta para a melhoria do acesso destes doentes aos cuidados de saúde de que necessitam. Aconteceu?



▪ Plano de Vacinação

1. Prioridades para a vacinação

Consideram-se habitualmente 3 eixos principais nas prioridades para esta vacinação:

- Eixo idade: o primeiro eixo tem a ver com a idade, uma vez que este é o fator mais fortemente associado com o risco de mortalidade;
- Eixo profissionais: o segundo eixo refere-se aos profissionais de primeira linha, tanto por estarem em risco como serem indispensáveis;
- Eixo doentes: o terceiro eixo diz respeito às pessoas doentes, primeiro as que têm doenças clinicamente graves e depois os doentes crónicos.

Depois trata-se de conjugar esses três eixos.

No Plano português inicial, foi claramente minorizado o eixo idade – à partida, esqueceu os maiores de 80 anos. Todos os países europeus adotaram, como referência principal, o critério da idade e decidiram que, primeiro, seriam vacinados os idosos nos lares e os seus cuidadores; a seguir, conforme os países, os maiores de 80 ou de 75 anos e os profissionais de primeira linha. E, depois, as pessoas acima dos 70 anos (conforme os países) em conjunto com as pessoas com doença clinicamente grave, e a seguir os maiores de 60 com as pessoas com doenças crónicas.

A “solução portuguesa” era obviamente discrepante com as da maior parte dos países europeus.

Há dois aspetos que se esperam de um plano de vacinação desta natureza:

- a documentação precisa, em termos do conhecimento, das opções feitas;
- a capacidade de assegurar um amplo consenso nos meios académicos e profissionais competentes sobre as prioridades estabelecidas, antes da sua publicação.

Nenhuma dessas condições foi satisfeita.

A discordância com os critérios adotados tornou-se pública e notória.

E, apesar disso, a intransigência para fazer as correções necessárias só cedeu quando, já na segunda metade de fevereiro, a Comissão Europeia fez uma recomendação aos estados membros para que, até ao fim de março, 80% dos maiores de 80 anos, e 80% dos cuidadores de primeira linha, fossem vacinados. Esta recomendação não foi mais do que a lógica consequência dos critérios de prioridades adotadas pela maior parte dos países europeus.

Mas os maiores de 70 anos continuaram esquecidos, por mais algum tempo.



2. Implementar – instituições e pessoas

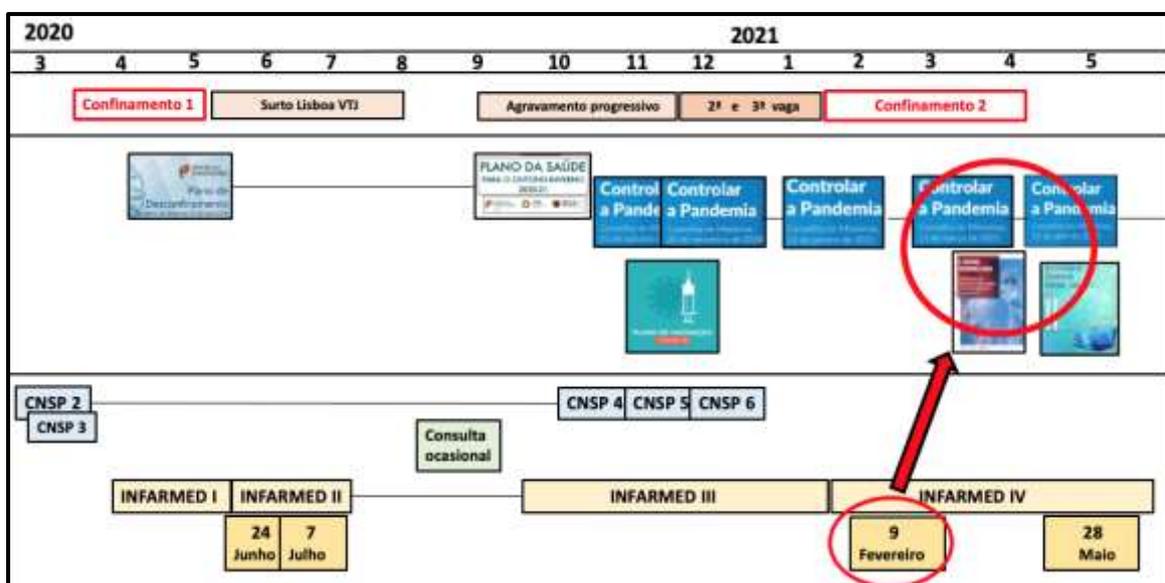
Sabemos que esta vacina é atualmente um bem escasso de importância vital. E também sabemos que nas comunidades humanas os bens escassos não são frequentemente distribuídos equitativamente. Tratando-se de um bem vital haveria que fazer todos os possíveis para que desta vez fosse diferente. Infelizmente, em muitas circunstâncias, os poderes à volta das instituições prevaleceram sobre os interesses legítimos dos que estão em casa ou fora dessas instituições influentes. Aconteceu quase universalmente ...

3. Centros de vacinação – boa resposta

Os centros de vacinação promovidos pelos centros de saúde têm sido um sucesso, praticamente em todo lado, com uma importante colaboração da parte dos municípios, da proteção civil e de muitos jovens eficazes e dedicados voluntários. A informação recebida de vários pontos do país confirma que os atores locais, quando convenientemente mobilizados, são capazes de dar uma resposta competente.

4. Insuficiências na produção e distribuição de vacinas – regulação europeia da sua utilização

Foram constantes os apelos do Secretário Geral da ONU e do Diretor Geral da OMS, até de grupos de cidadãos, para que as vacinas fossem consideradas, atempadamente, um bem comum de interesse público, de forma a que a sua produção pudesse satisfazer as necessidades globais de vacinação. As orientações da Agência Europeia do Medicamento em relação à utilização das vacinas, especialmente em função da informação divulgada em relação a alguns dos seus efeitos colaterais, nem sempre foram seguidas por alguns estados membros, incluindo Portugal.



- *Planeamento para o desconfinamento*

Na sessão de 9 de fevereiro das audições do INFARMED, um dos peritos, participante habitual destas reuniões, apreciou a gestão da pandemia como estando “a correr atrás do prejuízo”. Atribuiu a isso a falta de uma estratégia de testagem.

Nessa mesma tarde, a Ministra da Saúde garantiu aos deputados na Assembleia da República que tinha já pedido à Direção Geral de Saúde para rever as orientações técnicas sobre esta matéria.

Foi então constituída outra *task-force*, esta com o propósito de elaborar uma estratégia para a testagem. O documento “Da Estratégia de Testagem para Portugal”, foi já ultimada e publicada em abril, já depois de iniciado o desconfinamento.

A mesma sessão de 9 de fevereiro das audições do INFARMED foi particularmente significativa para o processo de desconfinamento.

Dois aspetos da posição do Governo merecem especial relevo.

- Primeira: peritos, uni-vos!

O governo pede aos especialistas que se reúnem no INFARMED para trabalharem em conjunto para chegarem a um entendimento sobre as “linhas vermelhas” a considerar no processo de desconfinamento.

O PM deixa um recado aos especialistas:

“As divergências entre os especialistas são saudáveis, mas esses debates geram por vezes confusão entre as pessoas”.

Esta mensagem tem grande repercussão nos “media”.



E, no entanto, trata-se do reconhecimento (não explícito) de que a simples audição individual de peritos qualificados, como até aí tinha sido feita, não constitui forma útil de aconselhamento científico. Aconselhamento que possa ser vertido em planos de

ação concretos, esses sim, suscetíveis de discussão, ajustamento e aprovação política.

Este apelo à auto-organização dos participantes das audições do INFARMED é tanto sumamente original como necessariamente disfuncional. Os peritos trabalharam e produziram um documento que resume os principais indicadores a utilizar no planeamento do desconfinamento (Linhas Vermelhas, março 2021).

Em termos rigorosos de planeamento pode dizer-se que este exercício indispensável vem com cerca de um ano de atraso.



De seguida, o Governo decide nomear um grupo *ad-hoc* (duas pessoas) para produzir um plano para o desconfinamento, dando origem, imediatamente, a “planos” de muita curta duração. Desta forma ignora-se, em vez de reforçar, a inserção institucional do planeamento em saúde, acentuando abordagem excessivamente voluntarista na gestão da pandemia.

Os resultados tornam-se rapidamente evidentes.

A propósito dos incidentes no Porto, relativos à final europeia de futebol, uma das pessoas indicadas para elaborar o planeamento do desconfinamento declara a um semanário, a 4 de Junho:

“Nas últimas semanas houve um certo vazio que pode ter sido favorável a contradições. O atual plano de desconfinamento esgotou-se e ficamos sem saber o que vem depois. Correu tudo um pouco mais rápido do que se estava à espera, e isso contribuiu para um vazio temporal. Foi uma etapa que não foi tão bem pensada”.

E acrescentou, agora referindo especificamente à final da Champions:

“O executivo foi pressionado pelas circunstâncias ... foram decisões que não passaram por nós (peritos), parecem ter sido tomadas um pouco à pressão, e resultou numa flexibilização de viagens que não estava programada”.

- Segunda: atenção aos comportamentos

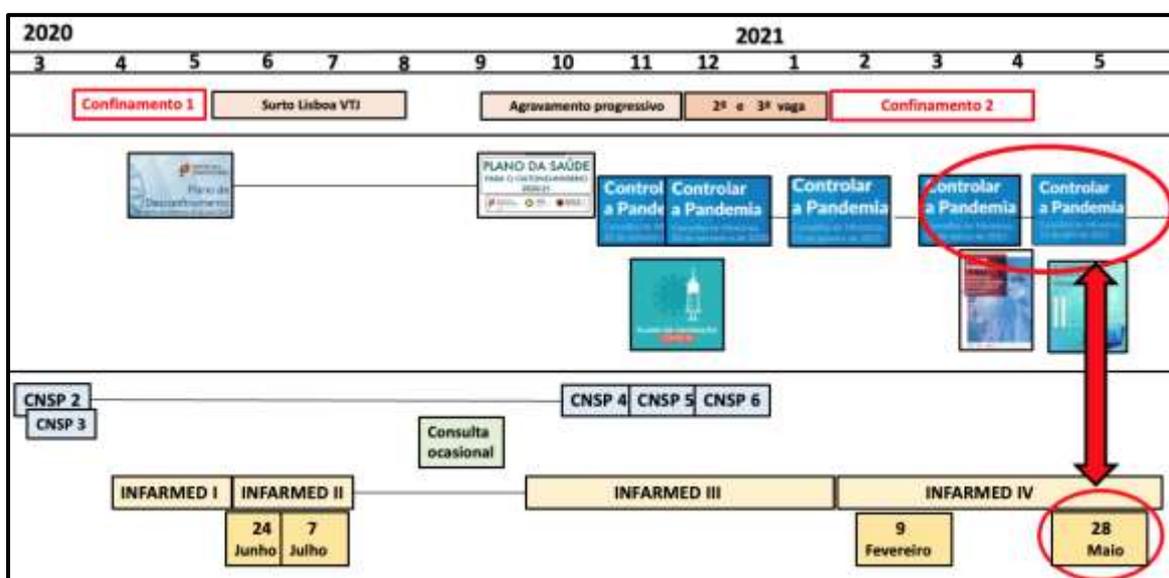
O governo manifesta a necessidade de um maior envolvimento das ciências comportamentais neste processo, e cria um grupo de trabalho para o efeito. Investir no estudo dos comportamentos em tempo de crise pandémica, mobilizando pessoas competentes para o efeito, é sempre uma ideia altamente recomendável.

Mas convém que isso aconteça de forma a reforçar o facto de que o comportamento humano constitui um elemento essencial e estreitamente associado à prática da Saúde Pública do nosso tempo. De facto, os comportamentos humanos face à saúde e à doença constituem o principal foco da prática de saúde pública de todos-os-dias no país.

Nos anos 60 e 70 a “Moderna Saúde Pública” de Gonçalves Ferreira incorporava os benefícios de nova disciplina de “epidemiologia” e das suas metodologias específicas para o estudo da distribuição da doença na comunidade. Em meados da década seguinte, a moderna saúde pública pôs o foco nos comportamentos humanos através de uma renovada conceção de promoção da saúde (carta de Ottawa, 1986). Atualmente, a saúde pública moderna acrescenta a tudo isso a gestão da informação, do conhecimento de comunicação, no sentido de promover melhor inteligência colaborativa nas comunidades humanas.

- “Linhas vermelhas” para o desconfinação

Do apelo do PM para um trabalho conjunto para tratar da gestão mais apropriada do desconfinação, resultou o documento “Linhas Vermelhas – Epidemia de Infeção por SARS-CoV-2/COVID-19. Este trabalho meritório propõe um conjunto de indicadores para a tomada de decisões no processo de desconfinação, baseados na experiência internacional revista. Deve acrescentar-se que em termos de planeamento seria de esperar que tal documento fosse produzido, o mais tarde no verão de 2020, inserido num adequado processo formal de planeamento de saúde.



- Desconfinação

Com o avançar do desconfinação no decurso dos meses de abril e maio de 2021, e a evolução positiva do processo de vacinação, as exigências para uma racionalidade mais explícita entre os objetivos da saúde, da economia e do bem-estar social tornam-se mais evidentes.

É exatamente para isso que servem o planeamento de saúde e o aconselhamento científico – proporcionar um racional explícito sobre a qual o poder político decide, de uma forma ou outra, assumindo a responsabilidade por essas decisões.

Mas não se espera que isso ocorra no sentido contrário. O poder político não deve pressionar os peritos para que estes lhes apresentem as propostas que lhe podem parecer mais convenientes. Como aconteceu em relação à audição do INFARMED do dia 28 de Maio.



Liliana Borges
28 de Maio de 2021, 21:03



Não há, de facto, uma realidade a meio caminho entre o Presidente da República e os peritos.

Nas suas intervenções recentes (fins de maio, primeira quinzena de junho) o Presidente da República parece querer dizer o seguinte:

- Primeiro: A evolução da situação pandémica, gerida com os indicadores adotados para o efeito, vai resultar, a breve trecho, no recuo do desconfinamento.
- Segundo: Esse recuo é indesejável e desnecessário e resulta da não adoção dos indicadores adequados.

Os “peritos” não “parecem convergir” com este ponto de vista.

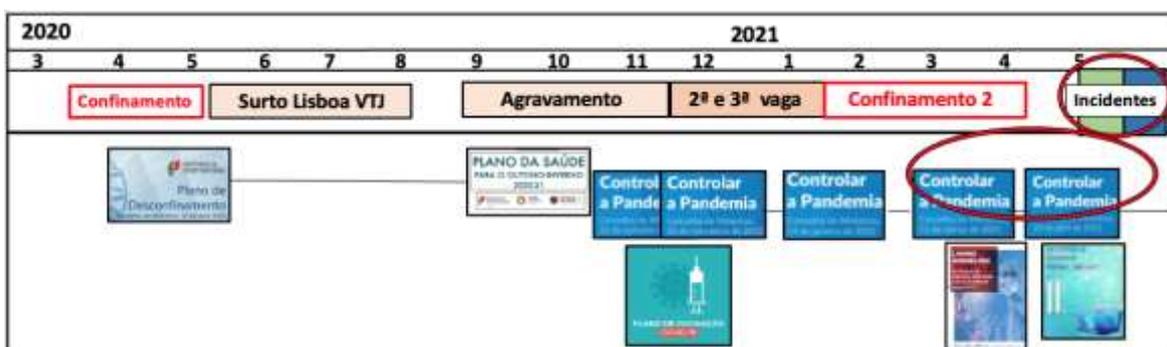
A 17 de junho, o Governo decide tomar medidas que limitam a circulação de e para a área metropolitana de Lisboa, para o fim de semana seguinte: Comunica o Governo:

*“Obviamente, que é **difícil a explicação** e a tomada destas medidas que **nos pareceu fundamental ...**” (o carregado é nosso).*

Qual é o fundamento técnico destas decisões? Onde é que esses fundamentos podem ser consultados? A que “estratégia” ou “plano” para a gestão da pandemia correspondem?

Diz-se nos media que o “governo assustado com o contágio do resto do país, impõe cerco à região de Lisboa” e que “a pressão dos peritos para não protelar novas medidas é muita”.

A experiência do último Outono-Inverno deixou claro que, nas circunstâncias atuais, nenhum poder político pode, *a priori*, prometer ou excluir medidas, que só o conhecimento concreto da evolução dos acontecimentos pode determinar. E muito menos pressionar para que o conhecimento sobre os factos se molde às perceções políticas.



- *“Festa verde”, por ocasião da vitória do Sporting Clube de Portugal no campeonato nacional de futebol (Lisboa, 11 de maio, 2021). “Festa azul”, por ocasião da final da Champions europeia (Porto, 29 de maio de 2021).*

Os festejos populares dos sucessos desportivos de Maio são provavelmente inevitáveis. Mas como são previsíveis, um esforço organizado para minimizar os seus efeitos mais preocupantes, em termos de planeamento de saúde, é obrigatório.

Tal iniciativa, não foi aparente que tenha acontecido de facto, e as explicações públicas apresentadas como justificação para o que aconteceu em Lisboa e no Porto expuseram uma preocupante falta de aprendizagem com aquilo que efetivamente correu mal.

Aconselhamento científico



Precisamos de uma governação mais sensível ao conhecimento – um processo de aconselhamento científico contínuo, transparente e independente dos poderes, capaz de fazer uma síntese do estado da arte e vertê-la em propostas de ação, comunicadas ao conjunto da comunidade. Esta é uma questão que há muito preocupa quem se interessa pela qualidade das políticas públicas, por outras palavras, como assegurar que as decisões políticas sobre aquilo que interessa ao conjunto dos cidadãos são tomadas com base no conhecimento disponível.

É evidente que a existência de uma cultura de relacionamento regular, contínuo e transparente entre a “comunidade científica” e o “sistema político” facilitaria em muito o aconselhamento científico das decisões políticas em tempo de crise.

As relações entre o conhecimento e as decisões políticas são complexas, frequentemente tensas, requerem um esforço mútuo de aprendizagem e aculturação. Investir nessas relações é indispensável se quisermos boas decisões para o bem-estar das pessoas.

▪ *Experiência internacional*

Na saúde, e mais precisamente em situação de “emergência de saúde pública”, os diferentes países têm adotado diferentes formas de aconselhamento científico. A experiência internacional revela essencialmente dois modelos de aconselhamento científico nesta circunstância, que podem coexistir e/ou evoluir de um para o outro.

1. Aconselhamento através de comissões ou conselhos presididos por pessoas dependentes do poder político

- Reino Unido

No Reino Unido existe uma Comissão Científica para as Emergências de Saúde Pública (SAGE), assessorada por um conjunto de comissões técnicas. De entre estas há que salientar aquela que se dedica à “modelação matemática” e aquela que faz a análise dos comportamentos humanos.

No espaço público e académico o desempenho do SAGE tem sido analisado e criticado de várias formas: que não é suficientemente independente do poder político; que na sua

GOV.UK

The Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE) provides scientific and technical advice to support government decision makers during emergencies.

Narrow scientific view

How did a country with an international reputation for public health get it so wrong? The UK's response to covid-19 is centrally coordinated through a series of scientific advisory groups led by Whitty and Vallance. Critical to this is the Scientific Pandemic Influenza Group on Modelling (SPI-M), which models the future epidemic and feeds into SAGE. SPI-M and SAGE are dominated by modellers and epidemiologists. None of the members were experts in developing and implementing a public health response, and other relevant groups such as communicable disease experts, women, and ethnic minorities are under-represented.¹⁹

Public health approach

The UK government's decimation of public health during years of austerity, and its impact on vulnerable groups, is for a public inquiry to investigate, although any inquiry report will be hollow without legislative change. The system failings are being exposed brutally by covid-19. For now, the focus must be on a strategy to minimise harm from ill advised relaxation of physical distancing in ways that will trigger further epidemic spikes with prospects of a vaccine or treatment still distant.

Firstly, SAGE must exclude political advisers and recruit more public health experts. Secondly, a clear population strategy based on case finding, testing, contact tracing, and isolation is required for each of the four nations to inform and justify future decisions about how the lockdown can be safely relaxed. The plans for case finding, testing, and community contact tracing must be adequately resourced, decentralised, and led by local public health teams who know their communities and the nature of the outbreaks in their localities. Public Health England and the NHS must fully support these plans. And implementation of testing, data monitoring, and reporting must be optimised from all sources: hospital, primary, and social care.

constituição a componente não científica é demasiado extensa; que nessa composição



estão representadas muitas disciplinas científicas, mas poucas pessoas capazes de contribuir para uma síntese de saúde pública; que comunica nada ou mal com o público.

Como resultado dessas críticas, um grupo prestigiado de académicos e profissionais de saúde decidiu constituir o SAGE-independente.

Para além de várias publicações, o Indie-SAGE promove, todas as sextas-feiras, às 13:30, uma sessão de esclarecimento público sobre a pandemia.

Tem havido fortes tensões entre as recomendações do SAGE e as decisões políticas no Reino Unido. Mas, ao mesmo tempo, há no país um debate sobre a importância de um aconselhamento científico de qualidade para as decisões políticas.

- França

Em França existe um Conselho Científico para a COVID-19, com 13 membros.

Como se pode observar, no exemplo à direita, na capa do relatório constata a data em que foi entregue às autoridades nacionais e significativa observação “este relatório tem a vocação de ser do conhecimento público”.

Avis n°8 du Conseil scientifique COVID-19

27 juillet 2020

Se préparer maintenant pour anticiper un retour du virus à l'automne

Membres du Conseil scientifique associés à cet avis :

Jean-François Delfraissy, Président
 Laetitia Atlani Duault, Anthropologue
 Daniel Benamouzig, Sociologue
 Lila Bouadma, Réanimatrice
 Simon Cauchemez, Modélisateur
 Franck Chauvin, Médecin de santé publique
 Pierre Louis Druais, Médecin de Ville
 Arnaud Fontanet, Epidémiologiste
 Marie-Aleth Grard, Milieu associatif
 Aymeril Hoang, Spécialiste des nouvelles technologies
 Bruno Lina, Virologue
 Denis Malvy, Infectiologue
 Yazdan Yazdanpanah, Infectiologue

Cet avis a été transmis aux autorités nationales le 27 juillet 2020 à 13H30.
 Comme les autres avis du Conseil scientifique, cet avis a vocation à être rendu public.

O Presidente do Conselho Científico Consultivo francês para a COVID-19, Jean-François Delfraissy, manifesta, em 27 de Outubro de 2020, o seu desconforto pela dificuldade evidente em estimar com maior precisão a incidência da COVID-19 no país:

“Provavelmente existem mais de 50 mil casos diariamente. A nossa estimativa no Conselho Científico é de cerca de 100 mil. Isto significa que o vírus está a espalhar-se muito rapidamente”.

- Nova Zelândia

Na Nova Zelândia foi também criado um “Grupo Consultivo Técnico para a COVID-19”, constituído por 14 pessoas.

O governo do país faz questão que este grupo técnico consultivo seja conhecido no país. As relações entre o grupo de aconselhamento científico e os decisores políticos parece estar a correr positivamente.



2. Aconselhamento através de dispositivos próprios da administração de saúde

- Espanha

Em Espanha, o órgão central que acompanha o governo na gestão da pandemia é o Centro de Coordenação de Alertas e Emergências em Saúde do Ministério da Saúde, dirigido pelo epidemiologista Fernando Simon.

Miguel Sebastián, economista, ex-Ministro da Indústria no governo de Zapatero, que pelos seus antecedentes familiares – perdeu o avô em 1918 na pandemia pneumónica e a mãe em 1987 por SIDA – tornou-se particularmente interessado em fenómenos epidémicos, declarou ao jornal El País (12 de julho de 2020):



“Teria gostado que, sobretudo ao princípio, o governo tivesse feito melhor, mas creio que o governo confiou num conjunto de pessoas que se equivocaram. A grande diferença é que o governo pediu perdão, mas aqueles que se equivocaram não... Sim, creio que Fernando Simón como elemento visível de todo esse grupo, deveria pedir perdão”.

- Suécia

O aconselhamento científico ao governo sueco tem sido proporcionado pelo Departamento de Epidemiologia do Ministério da Saúde, dirigido pelo epidemiologista Anders Tegnell.



O governo projetava constituir uma comissão científica independente para avaliar a gestão da pandemia pelas autoridades, no fim da pandemia.

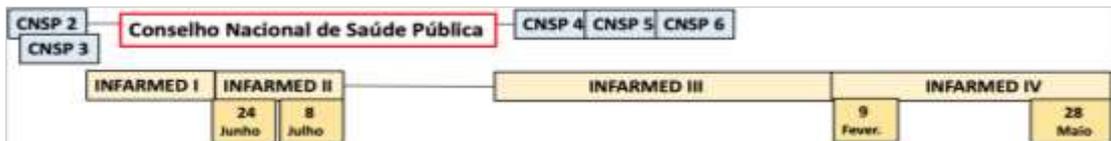
No entanto, a situação pandémica na Suécia, na primeira metade de 2020, não correu bem, pelo que o governo sueco decidiu antecipar a criação dessa comissão para Junho deste ano. Esta

emitiu, em Dezembro, o seu primeiro relatório que foi severo para a atuação das autoridades suecas. Mas mais importante do que isso, fez claras recomendações sobre aquilo que era necessário mudar.

▪ *Situação portuguesa*

A situação portuguesa em termos de aconselhamento científico tem sido particularmente atípica. Será aqui abordada em termos daquilo que tem ocorrido no âmbito do Conselho Nacional de Saúde Pública (CNSP) e das Audições que têm tido lugar no INFARMED.

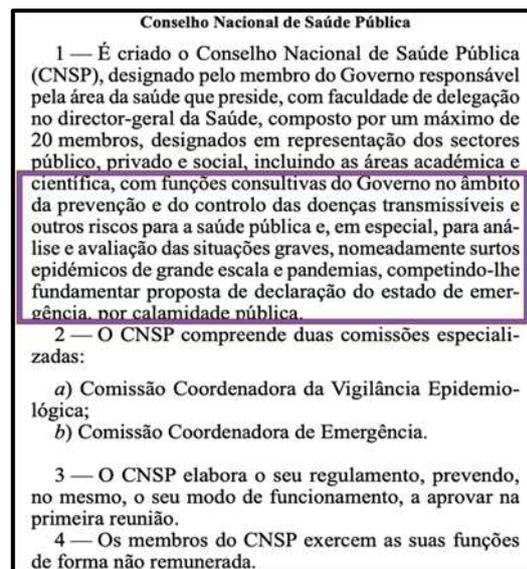
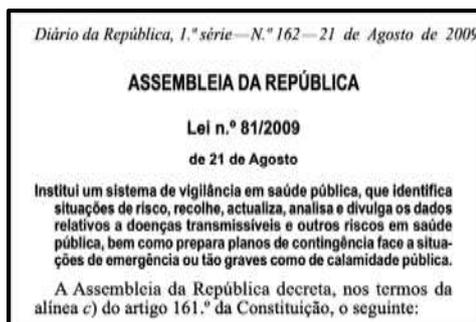
1. Conselho Nacional de Saúde Pública (CNSP)



O CNSP designado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde que preside, com faculdade de delegação no Diretor-geral da Saúde.

Para além dos membros do governo e do Diretor-geral da saúde, o CNSP reúne 20 membros designados em representação dos sectores publico, privado e social, incluindo as áreas académica e científica.

As funções do CNSP são de carácter consultivo do Governo no âmbito da prevenção e do controlo das doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública e, em especial, para análise e avaliação das situações graves, nomeadamente surtos epidémicos de grande escala e pandemias, competindo-lhe fundamentar proposta de declaração do estado de emergência por calamidade pública.



Dadas as características do CNSP, de composição alargada e multivariada – com uma componente técnico-científica e outra representativa de setores privados e sociais relevantes para essa missão, o seu processo de decisão terá que basear-se em trabalho preparatório e propostas prévias.

Por isso, a lei prevê um conjunto de dispositivos de apoio técnico que permitem ao CNSP a base trabalho indispensável para, no conjunto das competências e representação que o compõem, emitir juízos úteis à governação.

Assim, o CNSP compreende duas comissões especializadas:

- Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica (CCVE)

A CCVE apresenta ao CNSP relatórios anuais de atividade e procede a uma avaliação da rede de informação de cinco em cinco anos, conferindo especial atenção à sua capacidade estrutural e funcional, bem como à utilização efetiva dos recursos disponíveis;

- Comissão Coordenadora de Emergência (CCE).

Compete à CCE elaborar relatórios de análise a submeter ao CNSP, em casos de calamidade pública que justifiquem declaração do estado de emergência.

- O CNSP elabora o seu regulamento, prevendo, no mesmo, o seu modo de funcionamento, a aprovar na primeira reunião.
- O CNSP aprova (como enquadramento da sua ação) o Plano de Ação Nacional de Contingência para as Epidemias, elaborado e atualizado pelo diretor-geral de saúde.

Nenhum destes dispositivos de apoio e enquadramento foram até agora ativados.

Contudo, há que acrescentar que, alguns deles, não parecem fáceis de viabilizar tal como a lei os propõe.

O CNSP reuniu, pela primeira vez, com uma composição renovada a 4 de fevereiro de 2020. A segunda reunião teve lugar a 11 de março de 2020, já com a COVID-19 em Portugal, para apreciar o pedido do Governo sobre a necessidade de um eventual encerramento das escolas, face à situação epidemiológica de então (ver referência acima).

No fim desta reunião, ficou decidido que, face à situação, o Conselho devia prosseguir os trabalhos, dois dias depois, a 13 de março. No entanto, nessa altura o Governo já tinha tomado as decisões que lhe competiam, pelo que a reunião serviu para uma breve apreciação do que tinha acontecido nos últimos dois dias.

Depois disso, o Governo só convocou o CNSP em 18 de outubro. Seguiram-se mais duas reuniões, a 30 de outubro e a 18 novembro de 2020, a última até à data. Em nenhuma destas reuniões foi apresentado qualquer relatório ou comunicação da parte do Conselho.

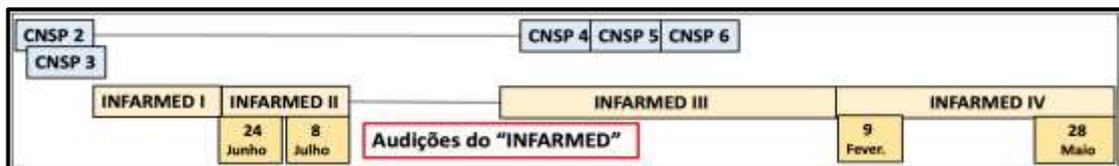
Sendo o CNSP, por lei, o órgão consultivo do Governo em matéria de saúde pública, particularmente em situações de emergência sanitária, seria de esperar do Governo uma análise objetiva das precárias condições de funcionamento do CNSP na reunião de 11 de Março e nas reuniões subseqüentes, procedendo a uma rápida correção das anomalias observadas:

- Não sendo possível pôr a funcionar as “comissões coordenadoras” previstas na lei – elas são de grande, e talvez desnecessária complexidade – haveria que agilizar um dispositivo mais simples, que preparasse a reuniões do Conselho, preparando propostas tecnicamente fundamentadas, que este pudesse discutir, reajustar e validar.

- Assegurar um mínimo de continuidade do trabalho, para permitir que um Conselho com a composição e extensão do CNSP adquirisse o conhecimento mútuo e as rotinas de comunicação e decisão conjunto indispensáveis, e que no impedimento da Ministra da Saúde, o fizesse sob a presidência da vice-presidente, a Diretora-Geral da Saúde.

Esta normalização do CNSP (e adesão à letra da lei que o criou) permitiria criar a experiência necessária neste tipo de aconselhamento formal à decisão política (por parte de todos os seus intervenientes), aprender com a experiência internacional neste domínio e fazer progressivamente evoluir este processo consultivo, nos múltiplos aspetos que encerra.

2. Reuniões do INFARMED (INFARMED I)



A 24 de março de 2020, o Governo instituiu reuniões regulares no INFARMED em que participaram técnicos e investigadores em domínios associados à pandemia, por um lado, e os principais atores políticos do país, por outro. Estas sessões, tiveram aspetos muito meritórios, mas também suscitaram questões problemáticas.

- Aspetos meritórios:

A partilha de informação que essas sessões, a partir de apresentações profissionais e académicas de elevada qualidade, contribuíram, substancialmente, para o alinhamento e coesão, observada em grande parte do sistema político português, face à ameaça pandémica. Ao mesmo tempo constituiu um estímulo importante para os investigadores

portugueses apresentarem, diretamente aos decisores políticos, os resultados dos seus trabalhos.

Nestes aspetos, esta foi uma iniciativa muito meritória da parte do Governo, e com já foi afirmado, positivamente original em termos europeus.

- Questão muito problemática:

Com estas reuniões, no entanto, o Governo criou a ilusão de que audição individual de peritos, sem o benefício de uma síntese científica qualificada, através de processo de trabalho regular, transparente e independente, por parte de um conjunto de competências técnico-científicas complementares, explicitamente formulada e comunicada, constituía uma forma real e idónea de aconselhamento científico para as decisões políticas.

O Governo preferiu fazer a sua própria síntese, uma síntese política, de contributos técnico-científicos individuais ouvidos. Esta não é uma originalidade positiva.

À saída das reuniões, os atores políticos presentes começaram a oferecer as suas próprias conclusões e sínteses em relação a aquilo que tinham ouvido. Não só tais sínteses não são uma arte própria da política, como elas começaram a ser claramente discrepantes.

Daqui evoluiu-se naturalmente para a rarefação do processo de aconselhamento – os peritos “não estão de acordo”, “cada um tem a sua opinião”, “estão cada vez mais de acordo”, “as suas apresentações convergem”, “estão de acordo” – isso da parte dos media e das próprias autoridades; além disso foram posturas pouco razoáveis sobre quem (e como) se decide sobre a pandemia.

Controlo da transmissão – os Serviços de Saúde Pública



▪ Importância do desempenho da rede de Saúde Pública

Fala-se muito no “grau de controlo” da pandemia. Esta noção está diretamente associada à capacidade de evitar a transmissão entre pessoas por parte da rede de saúde pública (identificar, testar e isolar). É sabido que a partir de um determinado número de casos, a rede de Saúde Pública deixa de ser capaz de controlar a transmissão. Quando isso acontece, de uma forma suficientemente generalizada, a incidência reportada passa a ser subestimada e pouco tempo depois os doentes começam a encher os hospitais. E logo a seguir o número de óbitos aumenta. Ao não se reportarem sistematicamente os níveis de desempenho da rede de Saúde Pública a nível local e regional, como tem acontecido, é difícil saber se as medidas tomadas são acertadas e a tempo.

E existem suficientes relatos fidedignos, do terreno, que confirmam o esperado – em muitas localidades do país, em determinadas alturas, o controlo da transmissão pela rede de Saúde Pública deixou de ser possível.

A 15 de Outubro, um médico do ACES do Grande Porto Santo Tirso/Trofa disse aos “media” que nessa quarta-feira faltava rastrear 50 doentes:

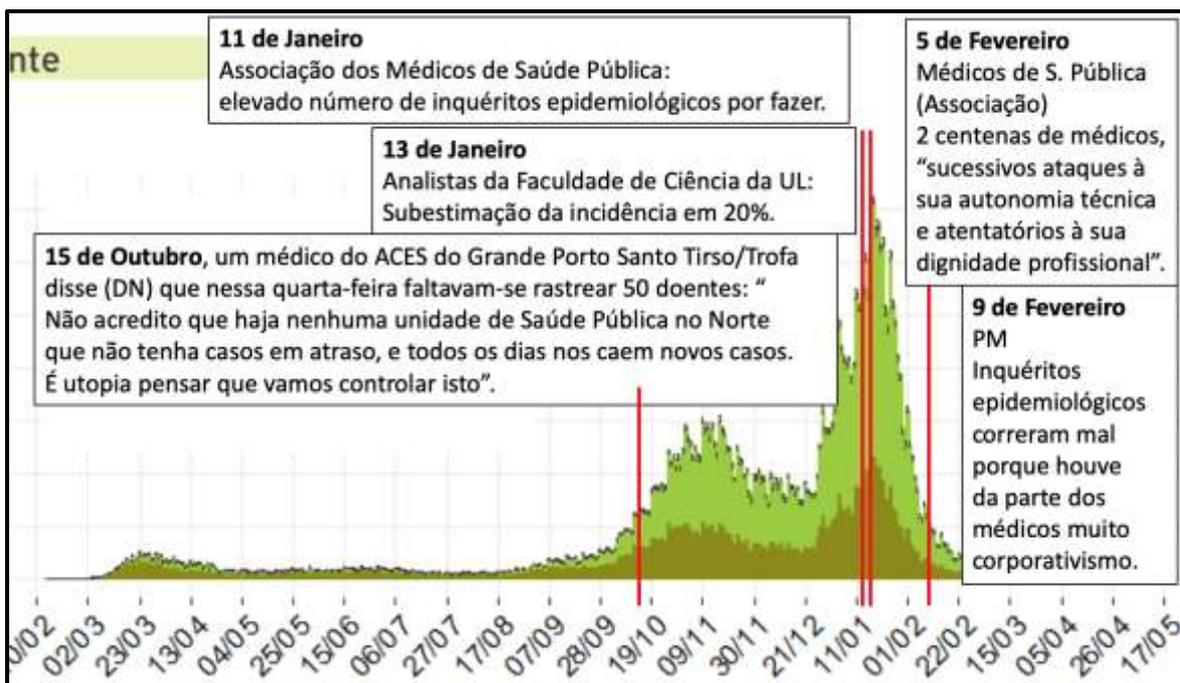
“Não acredito que haja nenhuma unidade de Saúde Pública no Norte que não tenha casos em atraso, e todos os dias nos caem novos casos. É utopia pensar que vamos controlar isto”..

▪ Relatos “informais” e públicos desta situação repetem-se nas semanas e meses que se seguem

Era previsível, já em meados de 2020, que os profissionais de saúde pública, nas unidades de saúde pública locais, seriam insuficientes para as ações de controlo da transmissão naqueles locais onde a incidência da COVID-19 atingisse valores muito elevados.

Não sendo possível multiplicar o número desses profissionais a curto prazo, haveria necessariamente de encontrar formas de complementar a capacidade de ação dos profissionais de saúde pública, com recursos humanos de outra proveniência.

Sabendo-se da delicadeza que constitui sempre transferir esses apoios complementares à execução de tarefas para as quais não estão formalmente habilitados (menorizando a especificidade dessas competências), sendo necessário face à emergência de saúde pública em curso, teria sido importante começar, na altura própria e com tempo suficiente, a desenvolver um processo de consertar modelos de colaboração aceitáveis por todos os envolvidos.



Isso teria eventualmente evitado, na fase mais grave do processo pandémico (início de fevereiro de 2021) que médicos de saúde pública (sucessivos ataques à sua autonomia técnica, atentatórios à sua dignidade profissional) e o Governo (muito corporativismo da parte dos médicos) trocassem publicamente esse tipo de acusações mútuas.

Em vez disso, precisamos de reconhecer, finalmente, que a rede de Saúde Pública do país precisa de um forte investimento ao seu desenvolvimento, que lhe tem sido negado há décadas.

Diferenciação local, comunicação de risco e o papel do cidadão



As epidemias são fenómenos locais que, se não controlados localmente, podem confluir e expandir-se, regional, nacional ou globalmente, dando origem a pandemias.

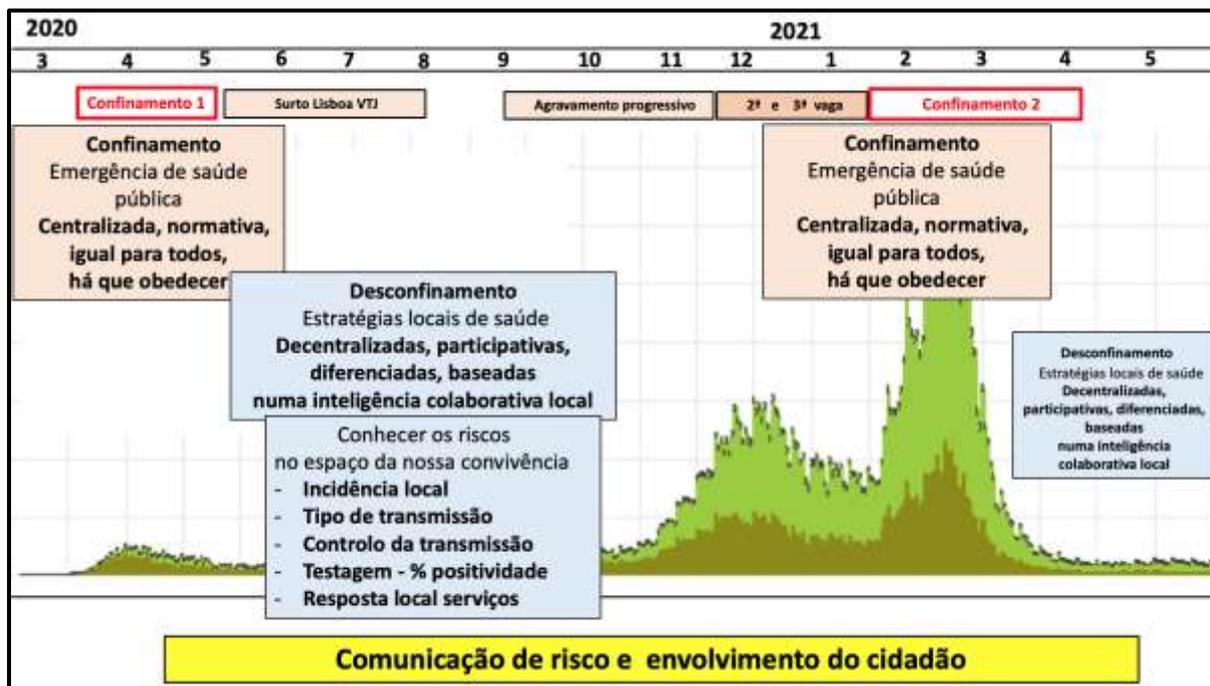
Na fase mais expansiva e intensa da pandemia, quando ela cobre uma parte considerável do território nacional, os descritivos nacionais são significativos e uma resposta nacional uniforme faz sentido. No entanto, fora desses períodos, quando existe uma clara diferenciação local no processo pandémico, então a diferenciação local das ações é indispensável. Os descritivos nacionais como a incidência e o rácio de transmissibilidade, entre outros, deixam então de ter a mesma utilidade e passam a dar um retrato demasiado imperfeito da situação.

Para diferenciar localmente é preciso informar localmente com a informação relevante para que cada uma possa ajuizar os riscos a que está exposto e atuar nos espaços da sua convivência.

Assim, pode dizer-se que é útil distinguir dois registos complementares na Saúde Pública.

- O primeiro desses registos pode caracterizar-se como centralista, normativo e autoritário, igual para todos, apelando à obediência. Diz respeito a uma ameaça imediata, séria e excecional à saúde da comunidade – a uma “emergência de Saúde Pública”, na sua fase mais aguda.
- O segundo desses registos da Saúde Pública é particularmente contrastante com o primeiro. Está centrado na capacidade e na oportunidade de cada pessoa tomar decisões informadas sobre a sua saúde, e a dos seus concidadãos, na vida de todos-os-dias. Ao contrário da primeira, esta face da Saúde Pública descentraliza e privilegia a proximidade, a gestão do conhecimento e a promoção de arquiteturas e instrumentos colaborativos. Não se trata já de obedecer, mas de saber decidir.

É necessário gerir a transição entre estes dois registos.



A diferenciação local na gestão da pandemia fez-se relativamente tarde no país, e a partilha de informação epidemiológica de interesse local ainda está em grande parte por fazer.



Título de notícia do DN, a 18 de Maio de 2021

Ao DN a DGS justificou que nunca divulgam informação por freguesia, apenas só por concelho. Esta é uma prática que também se deve à privacidade face aos infetados.

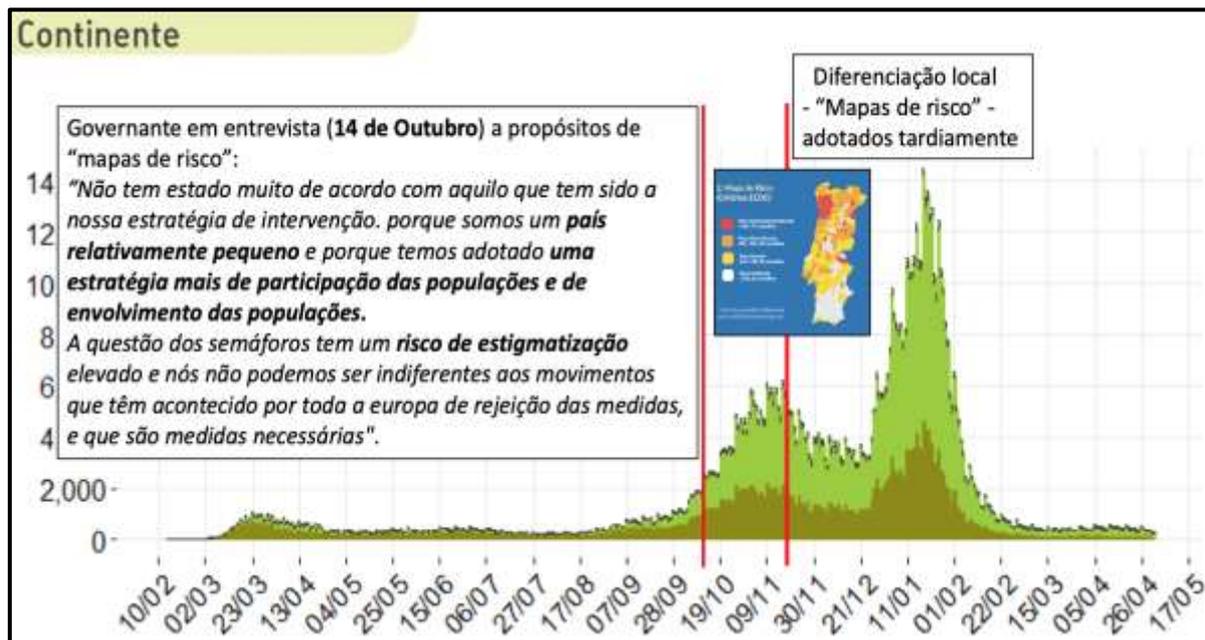
... “Grande privacidade. Tivemos a cerca sanitária há duas semanas, todo aquele filme, o circo mediático, as pessoas a serem levadas de um lado para o outro e a população sem conhecer a realidade”, critica o autarca.

Dois fatores parecem contribuir para esta situação.

- O primeiro, tem a ver com algumas resistências em aceitar a criação de mapas de risco, com respostas pré-estabelecidas para cada nível de risco. Esta preocupação com uma pré-codificação das intervenções locais da saúde pública é ultrapassável reconhecendo que dentro das regras gerais da codificação dos níveis de risco será possível às autoridades locais densificar os detalhes da intervenção à luz das múltiplas especificidades locais.
- O segundo desses fatores prende-se com a preocupação de que informação de risco, mais precisamente localizada, pode levar a fenómenos de estigmatização dos mais afetados, para além de reações de alarme por parte destes, em contraste com o risco de atitudes mais negligentes pelas comunidades menos afetadas.

A solução não pode ser a omissão da informação de risco a que as pessoas têm direito para melhor saberem como proteger-se, mas sim uma melhoria na qualidade da comunicação de risco. As

hesitações manifestadas pelos governantes nesta matéria não refletem necessariamente uma posição política, mas podem ser o reflexo de controvérsias que percorrem os serviços que tutelam.



9 Considerações finais

Reconhecer tudo o que de bem foi feito e aprender, em tempo útil, com as limitações observadas



1. Desafio extraordinário

A pandemia em curso, no último ano e meio, resultou em sérios danos ao bem-estar das sociedades humanas, nas suas múltiplas facetas.

Durante este período de tempo registaram-se progressos extraordinários em diversos domínios do conhecimento e do desenvolvimento tecnológico. A rapidez na disponibilização de um conjunto de vacinas, eficazes e seguras, contra a COVID-19, são disso um exemplo marcante.

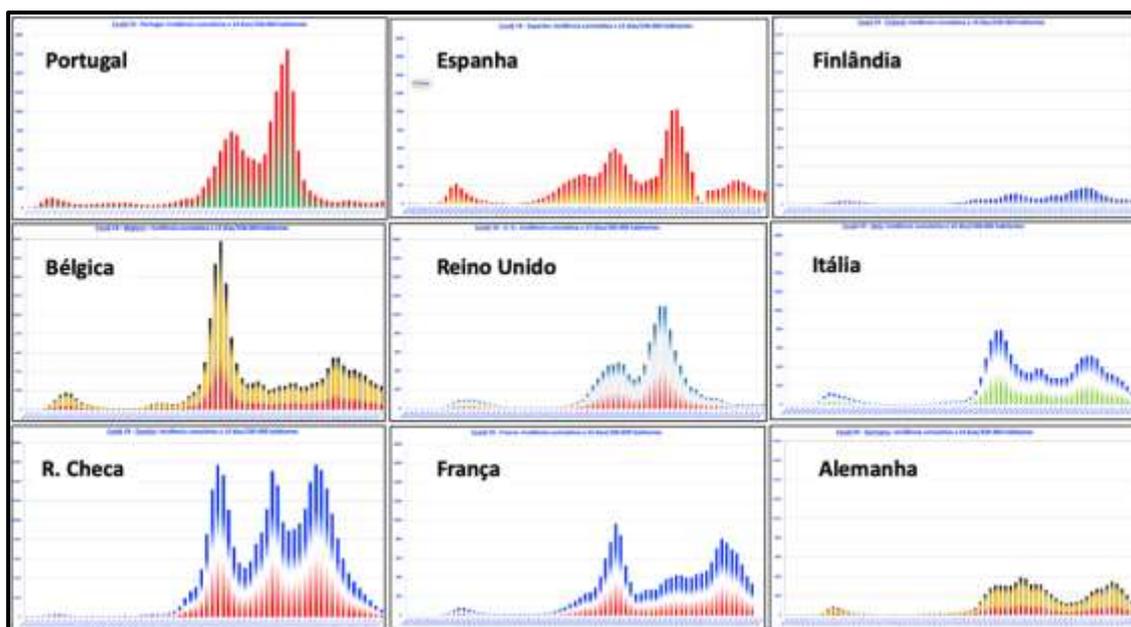
Mais difícil tem sido assegurar que, face à natureza da emergência em causa, os processos de decisão das diversas comunidades humanas, a nível nacional e supranacional, adotassem o grau de racionalidade – sanitária, económica e social – necessário para uma gestão efetiva do desafio pandémico.

2. Dificuldades universais

Países houve, poucos e com um conjunto de atributos muito específicos, que conseguiram bons resultados na gestão da pandemia (Nova Zelândia, Taiwan, Finlândia e Noruega, como exemplos).

No outro extremo, também é possível identificar países onde se observaram disfunções sérias e muito evidentes na gestão da pandemia, como é o caso dos Estados Unidos, Brasil e Índia.

Em grande parte dos países europeus, incluindo Portugal, a gestão da pandemia foi problemática, pelo menos nalguns períodos do processo pandémico, situando-se, assim, entre as situações muito positivas ou muito negativas, acima assinaladas.



Mortalidade cumulativa a 14 dias por 100.000 habitantes, entre março de 2020 e maio de 2021, num número selecionado de países europeus. (Fonte ECDC; autoria Manuel Schiappa Mendes) .

Obs: As cores representam simplesmente as nacionalidades em causa.

3. Experiência portuguesa

Em Portugal, há que assinalar de forma particularmente positiva:

- *Alinhamento político*

O considerável grau de alinhamento da comunidade política (Presidente da República, Parlamento e Governo) nas decisões mais críticas relativas à gestão da pandemia. Para isso contribuíram a frequente partilha de informação entre os agentes políticos (a qualidade das audições no INFARMED contribuíram muito para isso), a abertura com que os debates se desenrolaram, e a contribuição da comunicação social para esse fim.

- *Liderança e empenhamento*

A liderança, empenhamento e constante atenção quer da parte da magistratura de influência do Presidente da República quer da condução do Governo, proporcionada à gestão da pandemia, em circunstâncias particularmente difíceis de incerteza e de emergência de Saúde Pública.

- *Resposta do SNS à doença aguda*

A qualidade da resposta do Serviço Nacional de Saúde às pessoas com suspeitas de infeção por SARS-CoV-2 e aos doentes com COVID-19 e do desempenho dos profissionais de saúde nesse contexto.

- *Comportamento dos portugueses*

A adesão de uma parte substancial da população portuguesa aos comportamentos protetivos necessários – nomeadamente o distanciamento físico, na utilização de máscaras e na adesão à vacinação – comparando-se favoravelmente ao que ocorreu em muitos outros países europeus.

No entanto, existem muitos outros aspetos que merecem agora especial atenção e que devem ser objeto de uma necessária aprendizagem, a curto prazo:

- *Racionalidade e voluntarismo excessivo*

É essencial não continuar a adiar a aprendizagem indispensável que a experiência com a pandemia tem vindo a proporcionar.

É evidente que os poderes políticos se sentem constringidos por processos formais de planeamento e aconselhamento que limitam o seu espaço de decisão e tendem a substituí-los por formas de atuação mais voluntaristas, suscetíveis de acomodar melhor as pressões a que estão sujeitos. Também não investem o suficiente numa administração pública capaz acrescentar às respostas ao imediato, uma “segunda linha” que pense o país à distância.

Estas tendências têm que ser ativamente contrariadas. É preciso rever e reforçar, em tempo útil, os dispositivos de racionalidade necessários para assegurar a qualidade dos processos de decisão política, e desta forma recalibrar as abordagens voluntaristas que, quando excessivas, dificultam a aprendizagem necessária.

- *Insuficiências no planeamento de saúde*

Rever e capacitar os dispositivos de planeamento em saúde – nas circunstâncias atuais o país precisa de uma Estratégia de Saúde Pública a médio prazo (2 anos), dentro do enquadramento de um Plano Nacional de Saúde (em revisão), onde se venham a inserir planos de curto prazo descentralizados, com as indispensáveis quantificações de “partida” (situação atual) e

“chegada” (resultados). Neste contexto, é necessário preparar, desde já, um Plano detalhado para o próximo Outono-Inverno, aprendendo com as severas limitações da versão 2000-2001.

- *Necessidade de adotar um processo adequado de aconselhamento científico*

Assumir, desde já, a necessidade de o país adotar um processo de aconselhamento científico para as decisões políticas, adequado ao nosso tempo, beneficiando das experiências internacionais mais relevantes e de uma análise crítica das insuficiências evidentes na experiência portuguesa recente. Isso deverá incluir a revisão da legislação em vigor, desde 2009, sobre emergências de saúde pública, revendo a configuração e funcionamento do Conselho Nacional de Saúde Pública.

- *Investir nos Serviços de Saúde Pública*

Superar, definitivamente, o longo período de desinvestimento na requalificação técnica e tecnológica dos serviços de saúde pública do país, especialmente na sua vertente local (as unidades de saúde pública), tornando-as também mais atraentes para os recursos humanos de que necessitam. É a “Reforma da Saúde Pública” há muito reclamada sem sucesso.

Estas devem ser capazes de adotar formas atualizadas de gestão da informação do conhecimento e de comunicação que permitam às pessoas decidir mais inteligentemente sobre a proteção e promoção da sua saúde.

A ausência de investimento na Saúde Pública do país, no PRR, não é compreensível.

- *Um SNS para os desafios do nosso tempo*

É absolutamente indispensável recuperar a resposta do SNS aos “doentes não-COVID”. Mas isso deve ocorrer no contexto de serviços públicos favorecidos por um processo transformativo, há muito adiado, tornando-os mais capazes de responder aos extraordinários desafios do envelhecimento.

E também proporcionando, finalmente, o nível de continuidade e integração de cuidados que pessoas com múltiplos problemas de saúde de evolução prolongada necessariamente requerem. Essa continuidade não deve esquecer a indispensável articulação com o setor social e privado e não deixar de fora a resposta em cuidados de saúde aos “lares”.

O previsto investimento do PRR nestas estruturas é apenas uma diminuta parte da solução.

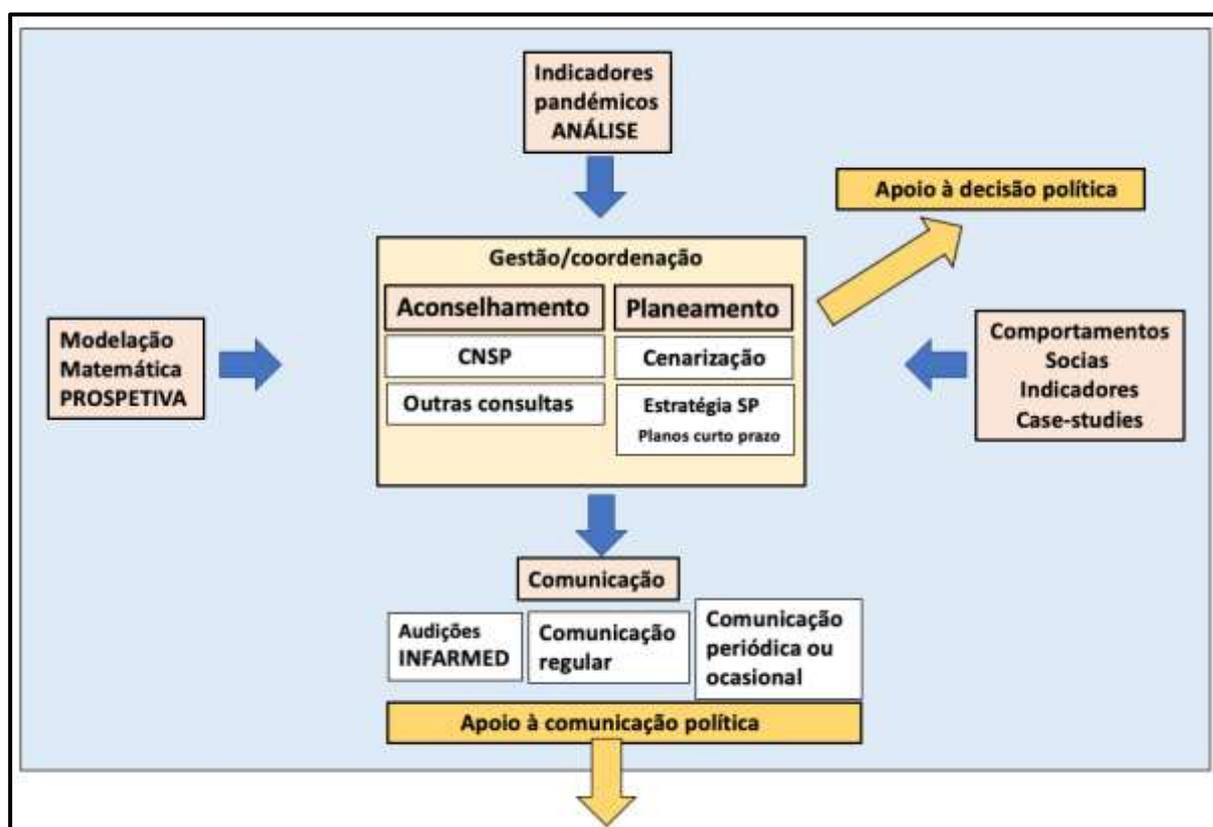
4. Passado, presente e futuro

A evolução imediata da pandemia parece estar dependente da relação entre

- a evolução das variantes do vírus pandémico (associada à intensidade global da transmissão do mesmo) e
- os progressos conseguidos na vacina (incluindo na sua efetividade face à evolução do vírus e na persistência da imunidade pós-vacinal) e da sua distribuição e acesso.

Mas está também dependente, e de uma forma marcante, da qualidade das decisões internacionais, nacionais, locais e individuais na resposta ao desafio pandémico.

Para tal, é indispensável começar, finalmente, a articular as várias componentes que permitem uma gestão eficaz da pandemia: a análise, nas suas múltiplas dimensões, o aconselhamento científico, o planeamento e a comunicação, como fundamentos das decisões individuais e coletivas.



É razoável pensar que o país, as pessoas, as organizações públicas e privadas, as instituições e os poderes políticos, face a uma situação de carácter tão excepcional, fizeram o melhor que lhes foi possível, tendo em conta as capacidades disponíveis, as limitações reconhecidas na forma em que habitualmente nos organizamos e decidimos, e nos atributos culturais que nos caracterizam.

Mas há um aspeto em que a análise factual aqui resumida é particularmente reveladora: não estamos a aprender ainda, com esta a experiência, aquilo que seria necessário fazer melhor agora e no futuro.

PARTE III



Futuro do Sistema de Saúde Português e do SNS

Oportunidades abertas pelo PRR

A análise desta parte é baseada no documento produzido pelo Conselho de Administração da Fundação para a Saúde – SNS (FSNS) sobre o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR).

1 Introdução

A finalidade do presente texto é a de contribuir para prospetivar um Serviço Nacional de Saúde (SNS) atento aos desafios atuais e futuros, centrado no cidadão, nos seus percursos de vida e de saúde, nas comunidades, na saúde pública.

Estamos convictos de que é necessário e possível construir um processo inteligente colaborativo, aprendente, de transformação e por isso é importante acompanhar e contribuir para otimizar a execução do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) enquanto instrumento que pode ser suporte ao processo que se deseja, na medida em que estabelece objetivos, metas e financiamentos para o período de 2021 a 2026.

Contudo, ao longo das 131 páginas que o Programa dedica à Saúde e ao SNS, apesar de contemplar algumas linhas orientadoras que procuram cruzar os vários elementos estruturais nas reformas apontadas, importa referir a dificuldade em identificar nele um fio condutor de coerência estratégica e de abrangência sistémica. Espera-se que, a governação para a sua execução tenha a adequada visão conhecedora, abrangente, estratégica e integradora que permita superar as suas fragilidades de base. As principais fragilidades residem na dispersão, fragmentação e desconexão de muitos dos investimentos previstos.

A FSNS teve oportunidade de dar contributos no breve período em que o PRR esteve em consulta pública. Alguns destes contributos foram, pontualmente, tidos em conta o que nos merece um comentário positivo. Porém, um insistente alerta que devemos sublinhar refere-se à necessidade de investir fortemente na reabilitação e no desenvolvimento da rede de saúde pública, em meios humanos, técnicos e de infraestruturas. As fragilidades desta rede, decorrem de décadas de descuido e de desinvestimento e ficaram chocantemente patentes ao longo da pandemia COVID-19.

Importa ainda destacar a importância e necessidade de uma abordagem prospetiva que tenha por base eixos estruturantes e, simultaneamente, alicerces e linhas de desenvolvimento que confirmem consistência e coerência ao processo de transformação que se deseja, e que se entende poderem ser sintetizados nos pontos seguintes:

- *Identidade, arquitetura e cultura organizacional -*
... visando consolidar e desenvolver um SNS assente nos valores da solidariedade, da equidade e da coesão, que determinem a definição dos seus elementos e dos modos da sua interligação e relações de interdependência;

- *Integração de cuidados centrados na pessoa*
... de onde decorrem múltiplas implicações de organização, de desenvolvimento de recursos humanos, de governação clínica e de saúde, de gestão e de infraestrutura tecnológica;

- *Necessidade de desenvolver redes locais de serviços de proximidade*
... integrando estreitamente as vertentes social e da Saúde e promovendo e facilitando dinâmicas participativas nas comunidades;

- *Valorizar o papel da rede de saúde pública*
... requalificando e apetrechando as suas equipas e os seus meios técnicos de intervenção nos níveis local, regional e nacional;

- *Desenvolver dispositivos de governação clínica e de saúde, de liderança e de gestão dos serviços do SNS*
... orientados para a saúde das comunidades e da população e que possibilitem atrair, promover e aproveitar ao máximo as potencialidades, competências e talentos presentes e futuros do SNS.

2 Algumas ideias de partida

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), apesar dos maltratos de que tem sido alvo, é inquestionavelmente reconhecido como uma estrutura pública essencial do Estado social e da democracia portuguesa constituindo o garante tanto da saúde individual como da saúde coletiva.

Após a aprovação da nova Lei de Bases da Saúde, em 2019, pela Assembleia da República, haverá que prosseguir com o processo de transformação estrutural e funcional do SNS, alinhados com os princípios, valores, inovações e inflexões consagrados na nova Lei de Bases.

A necessidade de reforçar e de transformar o SNS é urgente face às fragilidades, insuficiências e inadequações identificadas no SNS, sobretudo nos últimos 20 anos, tendo a pandemia acentuado essas fragilidades.

Para a população, os principais problemas sentidos e reportados estão associados a dificuldades de acesso a vários tipos de cuidados, a iniquidades (no acesso, na utilização e nos resultados de saúde obtidos), quer nacionais, regionais e até locais, e à inadequação crescente dos cuidados disponíveis face às novas realidades demográficas e epidemiológicas – em especial as das pessoas mais idosas, com morbilidade múltipla, dependências físicas e funcionais e situações de grande fragilidade e complexidade social e de saúde.

Diversas organizações de cidadãos, setores profissionais e analistas académicos têm identificado fragilidades estruturais e organizacionais, designadamente ausência de governação estratégica prospetiva e estável, alicerçada numa gestão de conhecimento que propicie memória institucional e, portanto, inteligência organizacional que favoreça aprendizagens e mudanças adaptativas.

Haverá que evitar discontinuidades na linha de rumo – com zigzagues frequentes na política de saúde, por vezes contraditórios, suborçamentação ostensiva e fracos investimentos face às necessidades.

A coesão institucional deverá atenuar e corrigir a pulverização de modelos, de estatutos institucionais, e de lógicas de gestão e de liderança, para que o SNS deixe de ser um agregado inorgânico de instituições e de serviços muito desligados e desconexos, com redundâncias, ineficiências e hiatos assistenciais.

A componente de saúde pública – na perspetiva de saúde populacional, de intervenção epidemiológica e de interação intersectorial quanto às múltiplas determinantes da saúde, deve superar o nível de fragilidade atual, patente ao longo da pandemia COVID-19.

3 Desafios identificados no PRR

Tendo como referência os pontos de partida atrás referidos, podemos dizer que o PRR os acompanha globalmente na identificação dos desafios que se colocam na Saúde.

O Programa insere-se no capítulo das respostas às vulnerabilidades sociais, e aponta para que os serviços públicos de saúde possam dar respostas mais céleres, mais organizadas, mais efetivas e de melhor qualidade assinalando os principais desafios para a Saúde que estão associados à evolução das necessidades em saúde e ao aumento das exigências e expetativas da população, destacando os seguintes:

- Transição demográfica, caracterizada pelo aumento acelerado da população idosa e pela redução da população jovem;
- Alteração dos padrões de doença, com peso crescente das doenças crónicas e degenerativas (Portugal é o 3.º país da OCDE com maior percentagem de pessoas com mais de 65 anos a viver com duas ou mais doenças crónicas, segundo o relatório *Health at a Glance 2019*);
- Elevada mortalidade evitável, nomeadamente a que ocorre antes dos 70 anos de idade;
- Baixos níveis de bem-estar e qualidade de vida, essencialmente na população com mais de 65 anos. Os problemas de saúde mental são uma das principais causas da deterioração da qualidade de vida;
- Fraca aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença, dois aspetos decisivos para responder pró-ativamente à evolução das necessidades em saúde da população e para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde e de proteção social. A percentagem da despesa em saúde dedicada a atividades de promoção da saúde em Portugal é de 1,8%, representando quase metade da média de 27 países da OCDE (2,8%);
- Fragmentação dos cuidados prestados, com elevada predominância de intervenções episódicas, descontinuadas, reativas e centradas no tratamento da doença;

- Peso elevado de pagamentos diretos na saúde (*out of pocket*), que representam 29,5% da despesa total em saúde em Portugal, valor mais elevado do que a média da UE (20,1%).

Em consequência podemos afirmar que a identificação dos desafios implica desenvolver um processo de mudança que transforme e fortaleça o SNS.

4 Modos de ver e de conduzir o necessário processo de mudança

A concretização das mudanças necessárias e desejadas depende certamente da cultura e das competências de gestão e de governação institucional dominantes. Admite-se, no entanto, que possam evoluir e modificar-se. Embora correndo o risco de simplificação abusiva, destacam-se em seguida três modos de ver e de agir quanto ao processo de mudança:

- *Modelo centrado nas instituições e na hierarquia centralista*

Tende a ver a realidade de “cima para baixo”, ficando o contexto e as finalidades bastante desfocados. Segue, geralmente, lógicas institucionais internas e rígidas – parte do “topo” e privilegia a hierarquia de comando-controlo em cascata. Adota predominantemente pontos de vista internos, em especial os dos administradores e outros dirigentes. Habitualmente, fragmenta o seu campo de ação por “níveis” ou áreas desligadas. Por exemplo, entre 2016 e 2018, existiram no Ministério da Saúde cinco grupos distintos e desligados entre si: um para os cuidados de saúde primários; outro para os hospitais; outro para os cuidados continuados integrados; um quarto para a integração de cuidados; e a saúde pública completamente à parte.

O discurso formal da “centralidade do cidadão” está em clara dissonância cognitiva com as práticas adotadas.

- *Modelo focalizado na “base” da pirâmide e na interface com a sociedade*

Esforça-se por ver a realidade de “baixo para cima” e “de fora (contexto) para dentro”. Procura focalizar-se nas necessidades e nas expectativas dos cidadãos, das famílias e das comunidades. Acredita que a organização do trabalho profissional deve ser determinada pelo que acontece na interface dos cidadãos com os serviços de saúde. Elege como valores dominantes os da equidade e da qualidade, visando traduzi-los na prática por:

- Acesso aos cuidados necessários em cada situação e momento;
- Respostas de proximidade com a máxima qualidade possível;
- Resolutividade com aproximação a cada pessoa das competências profissionais e dos meios técnicos necessários à sua situação de saúde. São estes que devem aproximar-se da pessoa, em vez de esta ser “referenciada”. Só em situações excecionais específicas será a pessoa a andar de um lado para o outro;

- Adequação, por exemplo, reforçando o princípio e as práticas do “Cuidar em casa” – em especial para as pessoas mais frágeis, mais vulneráveis, com disponibilização dos cuidados adequados, permanecendo no seu “universo” pessoal.

- *Aprendizagem adaptativa e desenvolvimento de competências institucionais*

O sistema de saúde é um sistema social de alta complexidade: com elevado número de componentes; com interações com grande imprevisibilidade; influenciado por múltiplas determinantes, com uma teia de interdependências marcadas por fenómenos de recursividade; com entrechoques de interesses; com muitas dependências de fatores externos; com elevada incerteza.

Neste contexto torna-se indispensável clarificar uma visão, definir finalidades e prosseguir grandes objetivos – mas é no percurso que se vão descobrindo modos de fazer e afinando a estratégia transformativa. Haverá que desenvolver lógicas e métodos de organização complexa aberta, aprendente e adaptativa.

Não é possível antever e desenhar mecanicamente o “sistema ideal” e, depois, planejar antecipada e detalhadamente os passos e os tempos para lá chegar. Isto é, a transformação adaptativa desejada decorrerá de processos atentos de aprendizagem na ação, ao fazer o percurso – ainda que com visão e propósitos a prosseguir, claros.

5 Como avançar?

Entende-se que a abordagem mais sensível e sensata seja uma combinação doseada, ainda que em frações com peso desigual, dos modelos atrás enunciados. Porém, haverá que reconhecer que o primeiro padece de grandes insuficiências e limitações restringindo-o ao papel útil que pode ter na garantia da estabilidade organizacional básica, que permita aos outros dois otimizar as suas potencialidades.

Assim, parece desejável consensualizar alguns princípios operacionais tais como:

- Os dispositivos de gestão devem posicionar-se na retaguarda e em apoio - a sua organização será a que melhor responda às necessidades da “linha da frente”;
- As abordagens devem ser primordialmente centradas nas pessoas (utentes e profissionais);
- A integração de cuidados requererá uma base de informação e de conhecimento comum, partilhada por todos os que forem mobilizados para atuar em resposta às necessidades de saúde de cada pessoa;
- A transformação do SNS deve ser feita tendo em conta o cumprimento da Constituição da República Portuguesa (Artigo 64.º) – organização e gestão descentralizada e participada;
- A transformação adaptativa a fazer visará proporcionar o amplo leque de respostas necessárias à saúde das pessoas, das famílias e das comunidades e, para isso, o SNS deve ser visto como um TODO. Isto é como uma organização de organizações e serviços que prosseguem propósitos e finalidades específicas comuns.

6 Integração de cuidados centrada nas pessoas – o que significa? O que implica?

A expressão integração de cuidados centrada na pessoa tem sido largamente utilizada, embora com fraca concretização sistémica. No entanto, a nível de alguns projetos locais já em curso e da ação de equipas de saúde no cuidado a pessoas concretas, é possível identificar processos, procedimentos e práticas alinhadas e ilustrativas daquele conceito.

A pessoa, o doente, o cidadão é uma entidade infinitamente heterogénea. Essa imensa diversidade e heterogeneidade diz respeito a: fase de vida, circunstâncias biológicas e funcionais, psicossociais, familiares, socioeconómicas, sócio ocupacionais, socioculturais, existenciais e de condição de saúde e bem-estar.

- *Conceito e prática de “gestão de caso”*

Associa-se, por vezes, o conceito / função “gestão de caso” em saúde a uma figura profissional específica. Um relatório do Ministério da Saúde de 2014 intitulado “Definição de proposta de metodologia de integração de níveis de cuidados em saúde para Portugal Continental” mencionava a necessidade de 7500 “gestores de caso” para Portugal Continental.

As experiências vividas em serviços e unidades com equipas multiprofissionais dedicadamente pró-ativas, evidenciam atitudes e práticas complexas e variáveis para mobilizar meios e cuidados necessários para cada doente num dado momento e situação – com colaboração e passagens de testemunho na transição entre equipas, serviços e unidades. O problema essencial é que se deparam com barreiras e obstáculos ao adequado cumprimento da sua missão. Os casos bem sucedidos, onde foi possível “remover montanhas”, ilustram que a função de “gestão de caso” é, naturalmente, móvel, dinâmica, flexível e profundamente entranhada no núcleo de competências de cada profissional e equipa. Emerge da qualidade técnico-científica e organizacional de cada equipa. Não é suscetível de ser fixada rigidamente num profissional. Cabe aos decisores e aos organizadores sistémicos facilitar a vida dos profissionais e das equipas, em vez de lhes dificultar a ação e de lhes limitar a efetividade.

- *Papel decisivo dos sistemas de informação e dos modos de financiamento*

O processo clínico eletrónico pessoal único, centrado no cidadão e controlado por este, é um elemento chave para a gestão dos percursos de saúde de forma integrada e coordenada. Este conceito ultrapassa a atual conceção de Registo de Saúde Eletrónico (RSE), que funciona como repositório de informação clínica, de várias fontes, fragmentada, sem acessibilidade ao cidadão.

Uma componente essencial do processo clínico eletrônico pessoal único é o resumo clínico eletrônico (atualizado quanto possível e imediatamente disponível sempre que necessário). Por sua vez este Resumo conterá o plano assistencial integrado ou plano individual de cuidados (PIC). O novo processo deverá ser acessível ao próprio cidadão, e em todos os pontos da rede de prestação, sempre com autorização deste (ou com acesso autorizado em caso de alterações do estado de consciência ou de cognição deste).

Existe larga evidência de que os modos de financiamento e de pagamento de serviços determinam diferentes atitudes e comportamentos nos prestadores. Tanto podem favorecer a saúde, a promoção da saúde e a eficiência com qualidade, como induzir uso inadequado e desperdício de recursos, por vezes pondo em risco a saúde e bem-estar dos doentes e dos cidadãos em geral.

- *Figura, papel e funções de provedoria de saúde no nível local*

Uma possibilidade a considerar no âmbito da implementação dos sistemas locais de saúde, previstos na Lei de Bases da Saúde, de 2019 poderia ser a de desenvolver a função de provedoria de saúde do cidadão e das comunidades. A definição e desenvolvimento desta função pode beneficiar das diversas experiências de provedoria já existentes . Genericamente, haveria que atuar preventivamente, seguindo as disposições constitucionais e regulamentares em vigor sobre proteção e promoção da saúde, tanto individual como coletiva. Haveria que atuar também, sempre que necessário, nos casos de sonegação ou violação dos direitos dos pacientes e também dos profissionais de saúde.

- *Conceito e práticas de participação em saúde*

A participação das populações e das diversas organizações de cidadãos é importante para identificar necessidades e potenciais respostas, mas é também fundamental reconhecer que o motor da transformação reside nos profissionais e na sua determinação para implementar as melhores práticas no cuidado às pessoas e famílias e para incrementar a saúde coletiva.

7 Oportunidades abertas pelo PRR

Oficial: Comissão Europeia já aprovou o PRR português

 O Jornal Económico

Portugal vai receber 13,9 mil milhões de euros em subvenções e 2,7 mil milhões de euros em empréstimos ao abrigo do Mecanismo de Recuperação e Resiliência (MRR), ao longo do período 2021-2026. (16/06/2021)

O Programa foi aprovado pela Comissão Europeia e o PRR pode e deve ser um instrumento facilitador e potenciador da transformação do SNS para responder mais e melhor às necessidades atuais e futuras dos cidadãos. Apesar de a componente Saúde, apresentar fragilidades quanto a uma visão estratégica integradora, abre importantes oportunidades para o futuro do SNS.

A prioridade que é dada à promoção da saúde no âmbito do contexto das vulnerabilidades sociais e das reformas e investimentos que têm de ser realizados para lhes dar resposta, é o reconhecimento de que aquela dimensão da política de saúde representa a importância que ela tem para que qualquer política de saúde consiga obter os melhores resultados, ou seja, pessoas e comunidades mais saudáveis, que o mesmo é dizer mais ganhos em saúde traduzidos em maior esperança de vida saudável.

O PRR aprovado em junho de 2021, cuja concretização será faseada ao longo de 5 anos (2021-2026), acolhe conceitos e formas de fazer aqui realçados pelo que se entende poder ser um importante contributo para projetar e assegurar o suporte necessário às transformações estruturais indispensáveis para uma recuperação mais integrada do tecido social, económico e dos sistemas públicos de proteção e promoção social. Sobre estes últimos, insiste-se que as principais mudanças a assegurar deverão ser adaptativas e de proximidade.

Reafirma-se a importância de que os investimentos devem estar claramente associados a eixos estratégicos orientadores, tais como os da concretização da acessibilidade, da centralidade das pessoas, designadamente uso de tecnologias para tal; reorganização de instituições e serviços para a integração e continuidade de cuidados, abrangendo todo o continuum dos percursos. O processo clínico eletrónico pessoal deve incluir a componente fundamental que é o resumo clínico pessoal estruturado, do qual decorre cada plano individual de cuidados o que, tal como referido anteriormente, não é perceptível o seu cruzamento podendo conduzir a falhas ou redundâncias por ausência de coordenação global em torno dos eixos estratégicos aqui referidos.

A digitalização é focada em várias vertentes contudo entende-se como crucial que esteja ligada a uma visão abrangente e integradora que contribua para facilitar os percursos e os cuidados aos cidadãos, agilizando e melhorando o acesso, a continuidade e a integração de cuidados. A digitalização tem de

servir como instrumento transformador de práticas e facilitador da aproximação entre os cidadãos e os serviços de saúde e destes entre si, em torno dos seus percursos e dos processos de cuidados.

Para além do já referido importa relevar que não é atendível no programa a necessidade de reforço e desenvolvimento da rede de serviços de saúde pública – uma das componentes mais frágeis e mais depauperadas do SNS e do sistema de saúde, como ficou dramaticamente patente durante a pandemia.

Globalmente, o PRR para o SNS procura capacitar e habilitar os CSP, os cuidados continuados e a saúde mental para dar respostas mais integradas e mais próximas da população. Perspetiva que os CSP fiquem melhor equipados e com maior capacidade resolutive e de diagnóstico precoce, razão pela qual lhe são atribuídos 39% da verba consignada à saúde. Porém, ao incluir as autarquias na gestão de todas as áreas que não digam respeito à gestão clínica, é criada uma figura gestonária em que passam a existir duas linhas de comando numa única estrutura com todos os riscos que isso acarreta, nomeadamente conflito de poderes dentro da sua estrutura, em que a cooperação, complementaridade e partilha da mesma cultura entre as várias funcionalidades são essenciais para que o ambiente laboral seja suficientemente compreensivo e útil para os cidadãos. Embora se queira chamar a esta dicotomia de funções descentralização, ela representa sobretudo um risco para a criação de elevados graus de entropia organizacional e de relações de dependência executiva indesejáveis. É, no final de contas, um ensaio para a municipalização fragmentária dos serviços públicos de saúde, com agravamento potencial de mais iniquidades.

Entende-se que seria importante, para garantir mais proximidade, mais participação e melhores respostas às necessidades de saúde dos cidadãos que fosse tido em conta no financiamento, o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde (SLS) previstos na Lei de Bases da Saúde. Estes poderão ser um importante instrumento de gestão e coordenação de recursos ao serviço das necessidades das populações a nível loco-regional.

Não sendo matéria do Programa, chama-se a atenção para a necessidade de se investir na área das profissões e dos profissionais de saúde do SNS, sendo identificada a necessidade da sua valorização. Serão necessários investimentos que alavanquem programas de formação pós-graduada dos profissionais visando desenvolver investigação e translação para aplicação de novos conhecimentos no SNS. Um programa de apoio a doutoramentos com finalidades específicas assumiria aqui particular relevância.

Não há reformas que possam dispensar o valor do capital humano do SNS pelo que é imperativo uma atenção especial e uma estratégia explícita de investimento. Nele deverão incluir-se o lançamento de bases estruturais para a formação contínua, a revalorização multidimensional das carreiras

profissionais, visando uma maior capacidade de atração e de retenção no SNS. Ainda decisiva será a formação sistemática dos dirigentes do SNS de todos os níveis, designadamente sobre estratégias de saúde, governança clínica e de saúde e liderança organizacional e de equipas.

Os investimentos que o PRR prevê atribuir à saúde só cumprirão plenamente os seus objetivos se, simultaneamente, forem promovidas mudanças de relacionamento com as comunidades, abrindo-se e deixando-se influenciar por elas. É uma cultura de partilha e de cooperação que está em causa e que é necessário criar e desenvolver. É adotando, pois, este espírito que com os 7% se conseguirá um retorno em melhoria da saúde muito superior àquele que tem sido obtido com o modelo tradicional de prestação de cuidados.

8 Notas finais

- É necessário e possível construir um processo colaborativo inteligente, aprendente, de transformação e por isso é importante acompanhar e contribuir para otimizar a execução do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR);
- No total Portugal pode contar com 16,6 mil milhões de euros entre 2021 e 2026;
- Para o sector da saúde foram atribuídos cerca de 7% daquele montante destinados a recuperar estruturas e a tornar o SNS mais resiliente, querendo dizer mais habilitado a responder às situações de maior risco e reafirmando a importância do SNS como serviço público e de garantia de acesso universal aos cuidados de saúde que os cidadãos necessitam;
- O faseamento dos investimentos exige clarificação baseada na visão estratégica para os próximos anos;
- As reformas só serão alcançadas com a participação e motivação efetiva dos profissionais e, também, com o envolvimento e participação ativa das comunidades.

O PRR é um instrumento e não um fim em si. Por isso, exige-se que não sejam desperdiçadas as oportunidades o que só será conseguido com a assunção da verdadeira dimensão política, económica e social que a área da saúde em geral e o SNS em particular assumem no reforço da coesão territorial e social e da promoção da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar de todos.