

 <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v1n1a20201>

Pandemia da COVID-19 e políticas públicas de saúde em Portugal: entrevista com Paulo Alexandre Ferreira

The COVID-19 pandemic and health policy in Portugal: an interview with Paulo Alexandre Ferreira

Paulo Alexandre Ferreira¹, Juliana Pereira Machado², Felipe Ziotti Narita³

Paulo Alexandre Carvalho Ferreira é docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) em Portugal. Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, mestre em sociopsicologia da saúde e doutor em novos contextos de intervenção psicológica em saúde, educação e qualidade de vida pela Universidade de Extremadura (Espanha). Pesquisador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UICISA) e na ESEnfC. Membro de duas equipes de projetos de pesquisa internacionais europeus (financiados pelo Erasmus+) e de um projeto de pesquisa europeu proposto à Fundação para a Ciência e Tecnologia de Portugal (FCT). Membro de vários grupos de pesquisa nacionais e de projetos de extensão à comunidade, além de atuar em grupos de desenvolvimento e responsabilidade social. Orientador de vários mestrados e doutorados na área da enfermagem. A entrevista foi organizada por Juliana Pereira Machado e Felipe Ziotti Narita, entre abril e maio de 2020, a partir de sessões de conversa e rodadas de revisão com Paulo Alexandre Ferreira.

Recebimento: 23/05/2020
Aprovação: 10/06/2020

¹ Docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Portugal).

² Doutora em Enfermagem pela USP e docente do Centro Universitário Barão de Mauá.

³ Realizou pós-doutorado em ciências sociais na USP e na UFSCar e doutorado na Unesp. Pesquisador associado da Fapesp e docente do Centro Universitário Barão de Mauá.

O senhor poderia apresentar a cronologia da COVID-19 em Portugal? Como os dados epidemiológicos dependem de amplitude dos testes, qual foi a estratégia para testes em Portugal? Eles foram aplicados apenas aos sintomáticos ou para toda a população?

Paulo Alexandre Ferreira: Julgo que não se sabe ao certo o início ou o primeiro caso de COVID-19. No entanto há a ideia de que no início do mês de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan (na província de Hubei, na China) surgiu um surto infeccioso de um novo coronavírus (designado de 2019-nCoV), causando pneumonias potencialmente graves. Apesar de os primeiros casos de infeção terem sido identificados em pessoas que estiveram num mercado de peixe (Huanan Seafood Wholesale Market), foram detectadas novas infeções em pessoas que não frequentaram este mercado. Com a evolução da infeção, sabe-se agora que este vírus pode ser transmitido entre humanos.

Não se sabe com certeza a data exata em que surgiu a primeira contaminação ou contaminado em Portugal. No entanto há quem diga que teria sido em janeiro, mas sem o conhecimento concreto de que seria este tipo de vírus. A grande fase de contaminação, sem que houvesse consciência das mesmas e das proporções que teria, foi ao longo do mês de fevereiro. No dia 2 de março, a nossa Ministra da Saúde anunciou os dois primeiros casos de pessoas infectadas com o novo coronavírus em Portugal. Países como a Espanha e a Itália já tinham muitos registos de infeção. Até então, já muitos portugueses haviam saído de férias e realizado muitas viagens a trabalho ou a lazer não só a estes países em que a contaminação já estaria em evolução significativa, como em toda a Europa, configurando assim algumas das formas de o vírus chegar a Portugal. No dia seguinte, no dia 3 de março, o nosso governo e a Comissão Nacional de Proteção Civil iniciaram diligências mais efetivas de análise da situação. No dia 4, o número de infectados em Portugal subiu para seis. No dia 9 de março, foram anunciados vários adiamentos e cancelamentos de iniciativas diversas (de feiras, festas locais, congressos e grandes eventos), foram encerrados ou condicionados os acessos a alguns serviços públicos, bem como visitas a hospitais e a lares de idosos. Nas escolas foi anunciada a suspensão das aulas presenciais, incluindo universidades. O número de infectados continuou a subir e no dia 11 de março o número de infetados em Portugal era de 59. Neste mesmo dia, em Genebra, a Organização Mundial de Saúde declarou a doença covid-19 como pandemia. Com a promulgação do Presidente da República (Marcelo Rebelo de Sousa), nos dias 12 e 13 de maio, o Primeiro Ministro (António Costa) anunciou o encerramento de discotecas, a redução da lotação máxima dos restaurantes, a limitação de pessoas em centros comerciais e serviços públicos e a proibição de desembarque de passageiros de cruzeiros. Para além destas medidas, prometeu criar com as entidades patronais um mecanismo para

assegurar a remuneração parcial dos pais que ficassem em casa com os filhos devido ao fechamento das escolas.

Depois de vários acontecimentos, do aumento do número de infetados e de decisões de confinamento global, no dia 18 de março o Presidente da República decretou o estado de emergência por 15 dias (depois de ouvido o Conselho de Estado, do parecer positivo do Governo e da aprovação pela Assembleia da República), prolongando por mais duas vezes o estado de emergência até ao final de abril. Entretanto, o número de casos infetados e de mortalidade foi subindo, ainda que de forma muito controlada, evitando os “picos epidemiológicos”, dando capacidade de resposta do serviço nacional de saúde, salvando e promovendo a vida por um lado, mas prejudicando a economia por outro.

Até o dia de hoje (24 de abril), o número de infectados era de 22.797. O número de recuperados era de 1.228, o de óbitos era 854 e os suspeitos eram 227.393. Sabemos que a testagem é fundamental e determinante para o diagnóstico diferencial e efetivo. Ninguém está infectado até prova em contrário, ou seja, até se fazer o teste e ser positivo. Neste sentido há sempre uma relação entre o número de testes efetuados e o número de pessoas infectadas, sendo que, quanto mais testes se fizerem, mais casos são detectados, reduzindo também a possibilidade de pessoas infectadas assintomáticas infectarem outras involuntariamente.

Em Portugal, no início da pandemia houve dificuldade na aquisição de testes, mas com empenho governamental, esquecendo um pouco a perspectiva economicista, e com o apoio de empresas/centros bioquímicos, farmacêuticos nacionais e internacionais, este processo foi agilizado, promovendo o incremento da capacidade de testagem, favorecendo a detecção de infectados, controlando os focos e diminuindo o contágio. De 1 de março a 24 de abril, foram realizados mais de 320.000 testes em Portugal (55% em laboratórios públicos e 45% privados), fazendo com que seja um dos países onde mais testes foram realizados na Europa.

Sendo impossível fazer testes a toda a população (mais ou menos 10,28 milhões de pessoas), de uma forma geral realizam-se testes a pessoas suspeitas (sintomáticas) e a pessoas que tenham entrado em contato com infectados. Recentemente, começou a ser possível realizar testes de forma mais ou menos individual nos centros de rastreios móveis que se foram criando pelo país (para além do que já se fazia) aumentando assim o rastreamento. Entretanto, o Serviço Nacional de Saúde deu orientações sobre as prioridades: os doentes com critérios de internamento hospitalar, recém-nascidos e grávidas, profissionais de saúde sintomáticos, doentes com comorbidades, nomeadamente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, asma, insuficiência cardíaca, diabetes, doença hepática crónica, doença renal crónica, neoplasia maligna ativa ou estados de imunossupressão, doentes em situações de maior vulnerabilidade, tais como

residência em lares e unidades de convalescença, doentes com contacto próximo com pessoas com as comorbidades já identificadas.

Situações extremas de saúde pública, como uma pandemia, exigem eficiência estatal e coordenação de ações do governo para a articulação de respostas institucionais e práticas às urgências. O novo coronavírus, cuja transmissão é muito fácil e pode levar sistemas de saúde ao colapso, é um dos maiores desafios enfrentados pelos países europeus desde o fim da Segunda Guerra Mundial. Como o governo português estruturou suas respostas à pandemia em relação às medidas de isolamento social?

Paulo Alexandre Ferreira: O processo governamental de respostas estruturadas de ataque à pandemia talvez tenha sido o fator determinante para que Portugal seja um bom exemplo, reconhecido na Europa e no mundo, como já foi referenciado em vários órgãos de comunicação social, nacionais e internacionais. Devo dizer que o governo esteve muito bem desde o início da situação, com o apoio de toda a oposição partidária na assembleia da república. Foi a união nacional e consciencialização da população de forma exemplar que minimizou os danos. Claro que uma morte é sempre de lamentar profundamente, mas num quadro global temos resultados muito bons.

Houve uma estratégia de antecipação, houve uma visão atempada de que viria algo muito grave e logo cedo se determinaram medidas de prevenção com adesão de forma exemplar por todos. O governo, em articulação com as instituições e entidades com responsabilidade ao nível da saúde, com grupos de especialistas na matéria e com os profissionais de saúde, numa fase inicial, elaboraram um conjunto de aconselhamentos e orientações de isolamento social, higienização, deslocamento só o estritamente necessário, etc. No entanto, poucos dias depois, perspectivando que o problema seria mais grave, foi elaborado e colocado em prática, de forma muito determinada e obrigatória, um pacote de medidas no âmbito das limitações aos direitos de mobilização das pessoas; condições a respeitar pelos estabelecimentos abertos; regras para a restauração; fiscalização de produção e análise dos efeitos. Foi criado e atualizado diariamente um site informativo para toda a população com toda a informação útil: “Não Paramos, ESTAMOS ON” (<https://covid19estamoson.gov.pt/faq/>).

Uma variável muito importante que contribuiu para o sucesso no nosso país foi falar verdade. O governo sempre falou a verdade aos portugueses sobre toda a situação (com apoio da oposição política), fazendo com que houvesse forte confiança na informação diária e nos processos de dificuldade que iríamos atravessar, aumentando assim a adesão às medidas de isolamento e ao confinamento, como sendo um bem comum, de todos para todos. Há um

sentimento generalizado de que há união entre o governo, entre os ministros, com a oposição política e com os poderes da sociedade, não havendo até à data qualquer conflito que mereça destaque. Todas as informações são passadas diariamente pelos ministros, secretários de Estado, diretora geral da saúde e mesmo o presidente da república, falando todos em conjunto.

Outra nota muito importante é o fato de que o governo, para fazer face às dificuldades das famílias e das empresas, pelo fechamento de escolas com as crianças confinadas no domicílio, pela obrigatoriedade do confinamento generalizado, tendo as pessoas que ficar em casa com perda de rendimentos, desempregos e processos econômicos de *layoff*, implementou apoios monetários e linhas de crédito com condições favoráveis, minimizando as consequências negativas.

A eficiência das políticas depende também da ação da sociedade civil, ou seja, da compreensão e da colaboração da população com as autoridades sanitárias e o governo. Essa correspondência entre aceitação social e ação governamental tem ocorrido em Portugal, tendo em vista a necessidade de mudanças no comportamento social e a adoção de boas práticas preventivas? As autoridades públicas conseguem comunicar à sociedade a importância das medidas adotadas e a gravidade da situação? Quais são esses canais de comunicação?

Paulo Alexandre Ferreira: Há vários anos Portugal decidiu que a escolaridade até a 12º ano (pré-universitário) seria obrigatória. Estou muito convicto que esta medida veio aumentar o conhecimento global, a compreensão da vida, a literacia geral, nomeadamente em saúde, e assim promover uma conscientização mais responsável sobre a vivência em comunidade em todos os setores da sociedade. Isto permitiu também um maior interesse sobre as decisões políticas e, assim, uma maior aproximação e interajuda entre a sociedade, o governo e as autoridades sanitárias, com conseqüente eficácia efetiva na aceitação social das medidas e das orientações propostas e impostas.

Há sempre algumas exceções no respeito e na aceitação destas orientações e imposições sociais. No entanto, felizmente, cada vez são menos frequentes. A pandemia foi controlada e está a ser controlada de forma muito positiva, porque houve uma consciência e uma cultura muito clara de que o vírus é perigoso, é altamente contagioso, provoca doença e mata.

As autoridades públicas desde o início conseguiram comunicar com a sociedade com eficácia, utilizando os mais diversos meios de comunicação social. Todavia, foi privilegiada a via dos jornais diários e semanais e de todas as estações televisivas através de conferências de atualização epidemiológica todos os dias (normalmente entre as 12h e as 13h), pelas entidades responsáveis governamentais, respondendo a todas as questões dos jornalistas. Todas as

semanas há comunicados de imprensa do Primeiro Ministro, Ministra da Saúde, Diretora Geral da Saúde e pontualmente de outros Ministros em áreas pertinentes de análise contextual, como por exemplo da educação, solidariedade, do trabalho, etc.

A internet e as redes sociais também foram utilizadas para comunicação de informações de medidas preventivas, gravidade da situação, atualização epidemiológica diária, etc. Como foi dito na questão anterior, foi criado pelo governo e amplamente divulgado o site “Não Paramos, ESTAMOS ON”, com todas as informações pormenorizadas da evolução da pandemia.

No meio do confinamento, emergiram nas redes sociais movimentos de artistas de várias áreas muito interessantes de aproximação das pessoas, como concertos de música nas varandas dos prédios habitacionais, grupos de reflexão, de humor, etc. Enfim, houve uma mobilização geral da sociedade no sentido de minimizar a gravidade da situação.

Mas também houve e há problemas sérios, paralelamente a estes movimentos positivos. A doença, as mortes, a economia, a paralisação comercial, de atividades culturais, de serviços, de lazer e o desemprego vão fazendo o seu caminho, deixando para trás um rasto de desgraça para muitas famílias, normalmente mais fragilizadas, apesar de várias iniciativas sociais de ajuda.

Mais recentemente, a União Europeia também deu uma resposta, algo insuficiente, mas positiva, com um programa de ajuda econômica a todos os países de forma proporcional, tendo em conta algumas características próprias, como os produtos internos brutos (PIB) de cada país e eventualmente, também, de acordo com alguma particularidade socioeconômica mais técnica. Nesta última semana de abril, a União Europeia, (em que se integra Portugal), decidiu criar um fundo de recuperação econômica para todos os países, com um montante que pode chegar aos 2 bilhões de euros. No entanto, apesar de ainda não haver decisão concreta, estão em discussão questões técnicas relativamente à forma e à operacionalização de distribuição. Neste sentido, e apesar de haver alguma discussão, diferença de opinião política de alguns países sobre este processo complexo, há a sensação de uma solidariedade real e global na Europa.

Sobre os recursos humanos em saúde, como foi estruturada a demanda por profissionais de saúde? Houve convocação de profissionais da saúde em caráter emergencial? Como foi a repercussão da atuação profissional de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e equipes de apoio nesse contexto?

Paulo Alexandre Ferreira: No início da pandemia houve grande preocupação, até pela situação difícil de outros países europeus vizinhos, devido à incerteza de como iria chegar ao nosso país, se seria um forte e rápido contágio ou não.

A questão que mais se fazia era se o nosso serviço nacional de saúde (SNS) daria resposta adequada em termos de recursos humanos e materiais, até porque nunca se tinha passado por uma situação e exigência como essa.

Graças às medidas preventivas atempadas, aliada à adesão pela sociedade ao confinamento e à união entre as autoridades sanitárias, políticas e governamentais, nunca houve, até agora, um “pico” epidemiológico que colocasse em perigo real a resposta dos serviços de saúde. Contudo, nos grandes centros urbanos e em alguns locais do país houve dias de dificuldade pelo grande número de doentes que iam chegando às urgências. De uma forma geral, as instituições hospitalares reorganizaram os serviços, de forma a separar os doentes COVID-19 de outros doentes, em unidades de internamento isoladas (salas específicas nas urgências, serviços de medicina/internamento e cuidados intensivos), mobilizando profissionais de saúde (médicos e enfermeiros e equipas de apoio) para os serviços que ficaram com estes doentes. Houve convocação/contratação de enfermeiros e médicos para as instituições de maior necessidade, mas não em número elevado como se estaria à espera no início da pandemia, porque o contágio foi de certa forma controlado em valores normais neste contexto.

Todas as equipas de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de imagiologia, auxiliares, farmacêuticos e psicólogos, etc.) se mobilizaram com coragem e sentido de responsabilidade no combate ao vírus, da forma e na área de cada um. Muitos profissionais, ficaram impedidos de ir para casa junto de suas famílias, vivendo em caravanas, em casas desocupadas de amigos, em quartos isolados e em hotéis cedidos para proteger as famílias. Organizaram-se em equipas separadas para diminuir o contato entre eles, prevenindo assim o contágio, trabalhando também um maior número de horas seguidas para ficarem depois mais tempo em repouso, evitando assim o meio de transmissão.

Estes procedimentos de reorganização aconteceram em muitos centros hospitalares do país, mas não em todos. Cada instituição adotou a reorganização que mais necessitou, sempre com o apoio das autoridades locais e centrais. Entretanto emergiram movimentos de voluntariado na sociedade, aos quais aderiram muito profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, estudantes de medicina, de enfermagem, de fisioterapia, professores, etc.), pessoas fora do âmbito da saúde, que gostariam de ajudar no que fosse preciso. Estes movimentos também ajudaram no controlo da situação. A integração de voluntários nos serviços hospitalares, nos lares de idosos e/ou hospitais de campanha, teve em conta a experiência e o nível de conhecimentos teóricos e práticos em cuidados de saúde, sendo orientados pelos profissionais do próprio serviço nas atividades necessárias.

Gostaria de dar nota de uma preocupação importante e crescente, que é o contágio de profissionais de saúde, colocando alguns serviços em dificuldade pela diminuição da proporção de profissionais por pacientes, aumentando o

número de horas de trabalho e, em alguns casos, chegando a 16 ou 24 horas contínuas. Sendo, por este motivo, importante os emergentes movimentos de voluntariado.

O senhor, por gentileza, poderia comentar sobre a organização do sistema de saúde em relação a leitos hospitalares e leitos de retaguarda, hospitais de campanha, insumos, medicamentos e EPI (equipamentos de proteção individual)? Como se deu a cadeia logística de abastecimento desses insumos?

Paulo Alexandre Ferreira: Desde o início da pandemia, o sistema de saúde e as instituições hospitalares, sempre que possível, reorganizaram-se, no sentido de selecionar, por um lado as instituições que ficariam com e sem doentes COVID-19, e por outro lado, também dividiram os serviços/internamentos/leitos, com e sem doentes COVID-19. Desta forma, houve uma maior separação e diminuição do risco de contágio. Por exemplo, aqui em Coimbra o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) é composto por vários edifícios/unidades hospitalares, sendo que todos os doentes com suspeita ou já infectados foram canalizados para um único edifício (antigo hospital dos Covões). Os hospitais de campanha que emergiram deram grande apoio para controlar os doentes com suspeita a aguardar resultados dos testes e/ou positivos assintomáticos ou com sintomatologia ligeira/moderada.

Em Portugal, existe a linha de emergência “Saúde24”, em atendimento 24h por dia, para o qual as pessoas podem e devem ligar, a referenciar as suas preocupações e/ou dúvidas do seu estado de saúde. São atendidas por uma equipa de enfermeiros que vão registando, esclarecendo, encaminhando e orientando qual o melhor procedimento a adotar de acordo com as orientações da Direção Geral da Saúde (DGS). Desta forma há um acompanhamento controlando de todas as pessoas/doentes. Esta linha de emergência, teve que ser reforçada com profissionais de saúde, devido ao enorme acréscimo de solicitações. É claro que em todos estes procedimentos e reorganizações houve circunstâncias e instituições em que nem tudo correu bem e de forma ágil como se desejaria.

Numa fase inicial, a aquisição e a distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI) não correu como desejado, pelo elevado número necessário. Algumas instituições hospitalares, lares de idosos e a comunidade em geral não tinham estes equipamentos em quantidade suficiente, fato que preocupou muito toda a comunidade profissional de saúde. O governo e algumas instituições privadas procuraram resolver esta situação com solicitações no mercado internacional, agilizando a compra destes equipamentos em enormes quantidades, tal como ventiladores e outros materiais técnicos necessários aos cuidados de saúde, que têm chegado ao país de forma faseada e contínua.

Algumas empresas nacionais de produção têxtil converteram a sua produção de vestuário em produção massiva de máscaras e batas protetoras, respondendo assim às necessidades urgentes. Outras empresas de produção de bebidas alcoólicas converteram, por exemplo, o Gin em álcool em grandes quantidades para desinfecção das mãos e de superfícies.

Este problema tem sido resolvido de forma gradual, sendo que é percepção geral que ainda há dificuldades na quantidade destes EPI. Sabemos que, com esta iniciativa das empresas têxteis portuguesas e com a contínua compra internacional de mascarar, viseiras e luvas, haverá quantidade suficiente para responder às necessidades hospitalares e sociais.

Qual a situação dos serviços de saúde em relação a número de leitos ocupados e leitos de terapia intensiva por demanda da COVID-19 e equipamentos disponíveis? Fale, por gentileza, sobre as taxas de ocupação geral de leitos e da ocupação por COVID-19 nas UTIs, bem como a articulação política para a eficácia dessas medidas em âmbito nacional.

Paulo Alexandre Ferreira: Houve uma reorganização dos serviços hospitalares, no sentido de dar resposta aos casos COVID-19. A melhor informação que poderei dar sobre as taxas de ocupação hospitalares em UTIs é partilhar os dados da Direção Geral da Saúde (DGS) disponíveis nos links aqui indicados.⁴ Hoje, no dia 28 de maio de 2020, Portugal tem números totais de 31.596 infectados e 1.369 mortes. Estamos com 512 internações, sendo que 65 pessoas estão em cuidados intensivos. Os números são um sucesso europeu. O serviço nacional de saúde respondeu de forma magnífica a essa situação. Em termos de testes para infecção, temos 778.000 testes realizados. Um fator fundamental em Portugal foi a coordenação política: assistimos a um fenómeno não muito comum na Europa e em outros países, como o Brasil, que foi a aproximação entre governo e oposição. Todos sustentaram medidas comuns e não houve conflito político a respeito. Os planos estratégicos de confinamento e restrições foram feitos a partir da aproximação das entidades governamentais dos diversos níveis. Basicamente, as instituições hospitalares criaram serviços específicos e agora estão começando a retornar à normalidade, ainda que pese a incerteza, pois há a discussão de uma eventual “segunda onda” de contágios – não agora, mas no inverno (a partir de setembro e outubro). Outros virologistas, contudo, afirmam que a imunização da população ajuda a conter uma nova onda. De todo modo, qualquer retorno à normalidade passa sempre pelo distanciamento, pelo uso de máscaras e pela higienização com álcool em gel nos locais de grande concentração de público.

⁴ <https://covid19estamoson.gov.pt/estatisticas/> | <https://covid19estamoson.gov.pt/>

Ainda em relação à demanda nos serviços de saúde, alguns estudos sobre a COVID-19 mencionam a mudança de perfil de atendimento de urgências, sobretudo em condições clínicas de alta morbimortalidade, como o IAM/AVC. No cenário português, houve alguma mudança perceptível na demanda de pacientes graves nos serviços de emergências (por exemplo, doenças cardíacas, trauma e doenças cardiovasculares)?

Paulo Alexandre Ferreira: Sim, houve mudança de perfil no atendimento nas urgências hospitalares. Neste período de pandemia há um decréscimo significativo na procura dos serviços de emergência de condições clínicas de média e elevada gravidade, como por exemplo AVCs e IAM, etc. Estes indicadores preocupam, na medida em que se sabe que as pessoas têm receio de procurar as urgências e de serem infectadas com COVID-19. Neste sentido, há dúvidas se as pessoas estarão a protelar ou minimizar sintomatologia que mais tarde poderá configurar situações de doença mais complicadas. Efetivamente houve decréscimo de consultas de acompanhamento em todas as áreas de doença, no sentido de diminuir a probabilidade de contágio. A oncologia é uma área de grande preocupação, pela diminuição da procura médica em relação aos meses anteriores e em períodos homólogos, tendo em conta as suas características de evolução. Assim, neste contexto de pandemia, há uma diminuição no atendimento aos doentes de forma generalizada, que só o futuro dirá se haverá problemas ou não a este nível.

Qual a posição e conduta das universidades frente à pandemia? Há políticas de articulação entre universidade e governo para sustentação do sistema de saúde?

Paulo Alexandre Ferreira: As universidades responderam prontamente à situação, no cancelamento de todas aulas presenciais, incluindo ensinamentos clínicos e estágios. Todas as instituições de ensino superior (e secundário) mantiveram aulas à distância, online, com utilização de plataformas próprias para o efeito. Existe uma forte e positiva adesão por parte dos professores e estudantes, mantendo assim, e apesar dos constrangimentos inerentes da ausência da presença do professor, o desenvolvimento dos programas formativos com avaliação adequada em cada unidade curricular.

Devo reforçar a ideia de que a avaliação vai ser sempre realizada, ou seja, todos os estudantes vão ter avaliação no final dos semestres em todas as unidades curriculares. As universidades e as faculdades da área de saúde, bioquímica, farmácia, etc. colocaram seus serviços e conhecimentos à disposição do governo e da comunidade, além dos laboratórios para a realização de testes laboratoriais, consultas de apoio psicológico, investigações a nível das ciências sociais, estudantes de medicina e enfermagem a serviço de voluntariado, etc.

Salvo raras exceções, em geral houve uma articulação positiva e eficaz entre as universidades e as autoridades sanitárias e governamentais.

As alterações dos períodos letivos e da dinâmica no sistema escolar certamente foram significativas. Qual o impacto da pandemia do sistema educacional português? Como ficaram os professores nesse contexto, tendo em vista a necessidade de adaptação a tecnologias de acesso remoto?

Paulo Alexandre Ferreira: Sim, houve alterações nos períodos letivos. Existem variadíssimas realidades reorganizativas adaptadas às circunstâncias de cada área, de cada universidade, de cada tipologia de ensino de norte a sul do país. No entanto, em geral, o término dos períodos letivos foi prolongado em 2, 3 ou 4 semanas, consoante as realidades. No ensino superior, há algumas unidades curriculares que transitaram para setembro, por dificuldades logísticas, nomeadamente os ensinamentos clínicos em instituições de saúde que cancelaram a presença de estudantes. A dinâmica, sim, alterou todo o processo letivo, que passou a ser realizado à distância, através de plataformas próprias (Colibri, etc.). O impacto da pandemia no sistema educacional português foi negativo, pois obrigou a alterações mais ou menos profundas em todos os níveis. No entanto, com algumas exceções pontuais a nível de país, houve uma resposta muito positiva, na reformulação do sistema de ensino por parte dos professores e funcionários educacionais, com a aceitação compreensiva dos estudantes e dos encarregados de educação. O Ministério da Educação, para manter as aulas do ensino até ao 9º ano, criou a tele-escola num canal televisivo público com acesso global, mantendo a interação aluno e docente e minimizando o fator não-presencial.

Mereceu especial atenção a problemática dos exames do 12º ano e o ingresso na universidade. O Ministério da Educação, em articulação com todas as entidades nacionais com responsabilidade direta ou indireta no ensino, elaborou um plano equilibrado na resolução do problema (com discussão pública), que no final teve a aceitação generalizada da comunidade escolar e social, procurando não prejudicar os estudantes e mantendo a equidade possível.

Foi importante também, a identificação de estudantes que tinham dificuldades económicas, sem acesso a computadores e/ou sem internet para acompanhar as aulas, por parte do governo e de várias iniciativas privadas, resolvendo esta dificuldade com dádivas destas ferramentas, minimizando o impacto negativo. Por exemplo, a nossa escola, a ESEnC, identificou 5 estudantes nestas condições e logo agilizou processos com a disponibilização de computadores para que possam acompanhar as atividades letivas à distância. Para além destas medidas, a instituição incrementou muitas outras iniciativas internas e externas

no sentido de minimizar a probabilidade de contágio, problemas psicológicos, financeiros, etc.

Em relação às perspectivas futuras da pandemia sobre a sociedade, especialmente em relação ao sistema de saúde e à educação, como o senhor avalia os desdobramentos?

Paulo Alexandre Ferreira: Bom, este é um dos pontos essenciais. Estamos no final de abril, já passaram várias semanas de pandemia, sempre como pano de fundo a incerteza do que vem a seguir e se os números epidemiológicos iriam subir ou descer. Ainda hoje há uma incerteza irritante sobre o futuro. É por isso que tomar decisões é extremamente difícil neste quadro.

Estamos a entrar numa fase de desconfinamento controlado, com abertura a algumas atividades sociais e econômicas bem definidas, esperando a manutenção do respeito pelas orientações, como tem acontecido até agora. Não podemos dissociar a economia deste contexto, porque estamos a sofrer uma contração econômica e uma quebra no PIB como nunca tivemos no país e talvez na história da humanidade (se o problema persistir). Neste sentido, começa a ser insustentável em termos financeiros manter esta situação de paralisação econômica (felizmente ainda temos a União Europeia para nos ajudar nos momentos difíceis).

Na sociedade, começa a haver a percepção de saturação das pessoas ao confinamento, que, aliado à necessidade de voltar à normalidade por questões econômicas e de sustentabilidade, poderá ser perigoso e colocar em causa todo o esforço feito até agora no controle da pandemia, e assim facilitar o surgimento de uma segunda vaga.

Alguns especialistas na matéria e comentadores das televisões manifestam a ideia de que, mais tarde ou mais cedo, e pela necessidade de reanimar a economia, uma grande percentagem da comunidade irá ser contaminada, tendo em conta que há muita gente assintomática que poderá estar infectada e assim transmitir o vírus involuntariamente a outros. Sendo certo que tivemos uma grande vitória até agora em controlar o contágio e em certa medida a mortalidade, sem que nunca os serviços de internamento, nomeadamente as unidades de cuidados intensivos, entrassem em colapso, tal como foi referido pelas autoridades governamentais diariamente, pelos colegas da prática clínica e pelos dados estatísticos da DGS.

Se por ventura tal acontecer, ou seja, se houver um incremento de casos da COVID-19 no futuro, estamos a crer que haverá um monitoramento controlado e eficaz para que os serviços de saúde possam dar resposta. Este problema e este risco vão persistir durante muitos meses, porque só uma vacina virá resolver esta situação. A vacina, como sabemos, pelas exigências processuais, científicas e

controle de pesquisa, só surgirá com segurança em meados de 2021. Há também a possibilidade de desenvolvermos uma imunidade comunitária, ou seja, haver um conjunto enorme de pessoas que desenvolveram anticorpos para este vírus (por contato).

Esta problemática, veio alterar a forma como olhamos a vida, mudando mentalidades, dando importância a profissões que não eram muito reconhecidas até então, como por exemplo os pescadores, agricultores, entregadores de mercadorias, segurança pública, etc., que mantiveram a sociedade em segurança e em atividade sem que faltassem bens essenciais. Fica também a certeza de que precisamos todos uns dos outros, ninguém consegue persistir/viver sozinho por muito tempo. A informática solidificou a sua utilidade na sociedade, pela sua utilização massiva na manutenção das atividades profissionais a distância, promovendo o aumento “obrigatório” da literacia informática global. Ao longo deste tempo de pandemia, foram várias as manifestações de reconhecimento social e governamental do valor, eficácia e utilidade da nossa profissão de enfermagem e dos restantes profissionais de saúde.

Como o senhor avalia o resultado das políticas de confinamento?

Paulo Alexandre Ferreira: Todas as estratégias foram concebidas para a proteção da vida e, sobretudo, do serviço nacional de saúde. A ideia foi evitar os “picos”, pois eles colocam em risco os serviços de saúde, tal como ocorreu em diversos países da Europa como Itália, Espanha e agora o Reino Unido. Nesses casos, os serviços de saúde não conseguiram dar uma resposta adequada em função dos “picos”, chegando a situações dramáticas de a equipe médica ter que optar por quais doentes seriam atendidos. Portugal conseguiu controlar muito bem a situação, evitando essa situação. Defendemos a vida, mas sem dúvida há prejuízos para a economia, porque as restrições e o confinamento foram prolongados. Muitas empresas foram fechadas, mas estamos conseguindo resistir de forma eficaz a partir do já mencionado sistema de *layoff*, ou seja, o sacrifício econômico foi partilhado entre o governo, a segurança social, o empregador e o próprio funcionário. As empresas, assim, ficam obrigadas a manter os empregos. Antes da pandemia, tínhamos uma taxa de desemprego em torno de 6,5%. Após a pandemia, estima-se que a taxa ficará na casa dos 9%. Muitas empresas colaboraram com essa política, respeitando-a. No entanto, algumas (uma minoria, sem dúvida) não cumpriram exatamente estes acordos. Obviamente, o déficit público do PIB português irá crescer em função da duração da pandemia.

No âmbito europeu, felizmente a Europa está unida. Claro que há muita discussão e há países europeus reticentes à colaboração gratuita com milhões

de euros a países em dificuldades. Mas a maioria concorda com a existência de ajuda, nomeadamente com verbas a fundo perdido para países que enfrentam maiores dificuldades. A pandemia e a situação econômica não ocorreram porque os países foram imprudentes ou incorretos, mas porque é uma crise global que trouxe malefícios a todos (involuntariamente). Ontem, 27 de maio de 2020, a Comissão Europeia determinou uma ajuda de 750 bilhões de euros aos países europeus. Portugal deve receber 15 bilhões de euros a fundo perdido. Esse montante, naturalmente, implica compromissos: Portugal e os demais países têm algumas semanas para elaborar um programa de reestruturação para aplicação desses valores. Aqui há algumas áreas prioritárias, como: reforço do serviço nacional de saúde, apoio ao letramento digital (uma ótima oportunidade de informatização dos serviços e da sociedade), ecologia e ajuda a pequenas e médias empresas. Além desse valor, ainda há a possibilidade de mais 10 bilhões de euros via empréstimos com condições mais favoráveis.

A respeito das fases do processo de desconfinamento, como a implementação dessa política está ocorrendo?

Paulo Alexandre Ferreira: O desconfinamento em Portugal começou no início de maio e hoje, no fim de maio, estamos na fase 2. Uma medida foi fundamental: a política de desconfinamento foi conduzida pelo governo, mas a oposição e a direção geral de saúde foram ouvidas, tendo em vista a estabilização dos números epidemiológicos. Ouso dizer, portanto, que a estratégia não é do governo, mas do país. Por isso, a sociedade aderiu com muito mais facilidade às medidas e isso tem sido muito importante.

Na primeira fase, sintetizada em um documento de algumas dezenas de páginas, as pessoas puderam sair do confinamento para pequenos passeios higiênicos perto de suas casas e para fazer compras com mais assiduidade. As empresas começaram a retomar atividades físicas com 20% ou 30% do pessoal, dependendo do tipo e da atividade desempenhada. As máscaras, o distanciamento e a higienização das mãos com álcool foram mantidos em todos os lugares.

Na fase 2, restaurantes, cafés e bares puderam ser reabertos com distanciamento, álcool em gel e máscara. É sem dúvida estranho conviver com as pessoas utilizando máscaras, pois muitas vezes não as reconhecemos. A economia tem sofrido muito, pois a atividade foi parada e está sendo retomada gradativamente. Os setores mais penalizados até a fase 2, sem dúvida, são os setores da cultura (artistas e espetáculos estão paralisados) e hotelaria/turismo. No setor educacional, a partir da fase 2 de desconfinamento, os estudantes do 11º ano e do 12º ano (que se preparam para ingressar no ensino superior) iniciaram aulas presenciais, pois necessitam de disciplinas específicas e

unidades curriculares para ingressar nas universidades. Eles correspondem a mais ou menos 5% da população de toda as escolas secundárias portuguesas. As aulas foram retomadas nas disciplinas destinadas aos cursos escolhidos por cada estudante e que envolvem atividades práticas. O retorno desses estudantes aos cursos presenciais ocorreu com máscaras e distanciamento: as turmas, por exemplo, foram divididas em duas – os professores, portanto, ministram duas aulas iguais, assegurando o distanciamento físico dos alunos. As demais disciplinas ainda estão contando com aulas online.

Nas universidades, no fim de maio tiveram início as aulas presenciais de práticas laboratoriais, pois são fundamentais, bem como as avaliações. No caso da ESEnfC, temos muitas salas: eu, por exemplo, ministro anatomia e fisiologia e tenho mais ou menos 350 estudantes anualmente. Em tempos normais, 12 ou 15 salas bastavam para dividir as turmas. Hoje, como temos que respeitar o distanciamento de 2 metros entre os estudantes, precisaremos ocupar praticamente todas as salas dos dois polos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. As demais turmas – mestrado, outros anos da licenciatura, etc. – continuam online. Estamos prevendo que essa prática deve permanecer, pelo menos, até o final de julho de 2020 nas universidades. Poucas instituições estão empurrando o início para setembro ou outubro de 2020, atrasando o início de aulas do ano letivo seguinte – elas estão tentando condensar/conciliar as atividades letivas entre setembro e dezembro a fim de otimizar as atividades e os recursos. No caso da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra tivemos que deslocar apenas os ensinamentos clínicos, pois as instituições hospitalares ainda não estão aceitando estudantes e os estágios nos hospitais e centros de saúde não são viáveis agora. Em relação à pós-graduação, os cursos também foram deslocados para setembro, mas esses são cursos com características próprias de flexibilidade que podem ser conciliados no próximo ano letivo. Obviamente, professores e estudantes terão excesso de carga de trabalho no fim do ano (no semestre seguinte, a partir de setembro de 2020 até fevereiro de 2021).

Enfim, apesar da queda de renda e das dificuldades – especialmente dos trabalhadores em *layoff* –, vale destacar a proliferação de redes de voluntários e apoio comunitário. Há muitos esforços, por exemplo, de apoio alimentar para que ninguém passe fome. Mesmo nas praias, o governo implementou medidas de distanciamento e de bloqueio de aglomerações, com controle policial e fiscalização. Então, essa junção de fatores contribui para que as políticas portuguesas de combate à pandemia e à crise sejam bem-sucedidas.