

Estado da publicação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo  
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e403>

# A gestão política da Covid-19 em Portugal: contributos analíticos para o debate internacional

Tiago Correia

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1140>

Submetido em: 2020-08-24

Postado em: 2020-08-24 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

**A gestão política da Covid-19 em Portugal: contributos analíticos para o debate internacional**

*The political management of Covid-19 in Portugal: analytical insights for the international debate*

**Tiago Correia**

Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) – Lisboa, Portugal.

*tiago.correia@ihmt.unl.pt*

<https://orcid.org/0000-0001-6015-3314>

**Resumo** À medida que a pandemia SARS-CoV-2 alcança a escala planetária multiplicam-se as respostas políticas de combate à doença Covid-19. Contudo, não só persiste a falta de evidência sobre os processos de tomada de decisão e os resultados obtidos – incluindo os colaterais –, como a análise de políticas não tem sido capaz de ultrapassar reportes descritivos que pouco acrescentam à compreensão teórica da gestão política desta doença. Partindo do caso português, este ensaio visa contribuir para corrigir essas lacunas, em concreto: contribuir para a melhoria das respostas políticas e para a consolidação do debate teórico a respeito da tomada de decisão política em contexto de crises sanitárias. A reflexão desenvolve-se em torno da necessidade de clarificar os objetivos de gestão dos contágios (se é erradicar, gerir, ignorar ou se há incapacidade na gestão das cadeias de transmissão), sobre a qualidade da monitorização e limites da comparação internacional (diferenças de metodologias e a importância dos rastreios) e sobre aspetos de como viver com a Covid-19 e a procura de normalidade (desafios no acesso à vacinação e relações com desigualdades sociais). A reflexão termina com a indicação de como o caso português ilustra as principais teorias de análise dos ciclos das políticas públicas.

**Palavras-chave** Infecções por Coronavirus. Doenças transmissíveis emergentes. Políticas. Epidemiologia.

**Abstract** *As the SARS-CoV-2 pandemic reaches the entire planet the political responses to deal with the coronavirus disease Covid-19 have flourished. However, not only has the evidence on decision-making and outcomes – including the side effects – lacked, but also the policy analysis has not been able to overcome an overly descriptive nature that brings too little to the theoretical understanding of the political management of Covid-19. Building on the Portuguese case, this essay aims to contribute to fill in such blanks, notably by contributing to the improvement of political responses and consolidation of the theoretical debate about political decision-making in the context of health crises. The reflection expands on the need to clarify the goal of the management of contagions (whether the aim is to eradicate, manage, ignore or if there is an*

*inability to manage the transmission chains), on the quality monitoring and limits of international comparisons (different methodologies and the importance of mass screening), and on aspects of leaving with Covid-19 and quest for normality (challenges in the access to vaccination and links with broader social inequalities). The reflection ends by showing how the Portuguese case resonates on some of the key theories of the analysis of public policies cycles.*

**Keywords** *Coronavirus Infections. Communicable diseases, emerging. Policies. Epidemiology.*

## **1. Introdução**

À entrada do segundo semestre de 2020 o vírus SARS-CoV-2 tornou-se uma realidade em praticamente todos os países, na maioria dos quais afetando as rotinas diárias há largos meses. Não obstante, o debate internacional continua envolto em controvérsia, desde logo a respeito da origem e *timing* da contaminação<sup>1</sup>, passando pela genética do vírus e comorbilidades associadas<sup>2</sup>, já para não falar das muitas opções para mitigar as cadeias de transmissão<sup>3,4</sup>. Em suma, à persistência de dúvidas na pesquisa fundamental acresce a persistência de dúvidas nas abordagens epidemiológicas, o que tem alimentado importantes discussões entre a comunidade científica, mas também conduzido a decisões políticas nem sempre claras ou devidamente fundamentadas.

A esta dupla incerteza científica e política acrescentam duas outras circunstâncias. Uma é a urgência de medidas sanitárias capazes de produzir efeitos imediatos, muitas vezes não sendo possível conferir à decisão política o tempo que esta requer. A outra é a necessidade de perceber até que ponto os processos políticos relacionados com o SARS-CoV-2 desafiam os habituais quadros teóricos de análise da emergência, agendamento, formulação, implementação e avaliação das políticas públicas.

É perante este cenário que trazemos o caso português para o holofote do debate internacional. Além do objetivo mais concreto de explicitar a gestão política do SARS-CoV-2 em Portugal, pretendemos refletir sobre o modo como várias vicissitudes e aspetos específicos da tomada de decisão permitem alimentar o debate através de dois propósitos: contribuir para a progressiva melhoria das respostas políticas nos vários países e para a consolidação do debate teórico a respeito da tomada de decisão política em contexto de crises sanitárias.

Advogamos que a procura deste tipo de enquadramento analítico constitui um passo fundamental perante a multiplicação de abordagens descritivas. Ainda assim, a novidade, a urgência e a variação das decisões nos vários países não permite ainda consolidar a reflexão sobre a adequação ou

necessidade de revisão dos quadros teóricos de referência. Daí neste contributo procurarmos ensaiar uma primeira abordagem analítica sobre várias vicissitudes e aspetos dos processos de tomada de decisão.

Apresentaremos os traços gerais da realidade epidemiologia e das respostas políticas ao SARS-CoV-2 em Portugal, seguida de uma reflexão sobre três dimensões decorrentes do caso português que têm relevância para uma discussão mais ampla sobre a gestão política desta epidemia. Terminamos analisando em que medida os contornos do caso português ilustram os principais quadros teóricos de análise do ciclo das políticas públicas.

## **2. Uma breve cronologia do SARS-CoV-2 em Portugal**

A contaminação por SARS-CoV-2 em Portugal teve início oficial a 2 de março de 2020 através de dois casos importados de Itália e Espanha. O alarme souou após semanas de alguma expectativa de que o vírus pudesse não chegar ao país e inércia na antecipação de medidas. A terem existido movimentações políticas prévias, estas foram de tal modo pouco consistentes e sistemáticas por parte dos vários atores políticos e do sistema de saúde que acabaram por não ter eco no espaço público.

Os casos de contágio naturalmente multiplicaram-se nos dias seguintes e a 16 de março o governo decretou o encerramento das escolas. Na altura dessa decisão, tomada a 12 de março, a soma de infetados no país era de 78 (prevalência de 7.6 casos por milhão de habitantes). A maior incidência ocorria na região de maior concentração da população (área metropolitana de Lisboa) e na região norte. Em ambos os casos, a maioria das cadeias de transmissão teve proveniência a partir do estrangeiro, quer por via da atividade profissional (a ligação ao setor industrial da moda e do calçado) quer por via do lazer (a circunstância de viagens durante as férias do carnaval). Uma cidade na região centro é colocada sob quarentena obrigatória, o que implicou a restrição das entradas e saídas de pessoas através da monitorização policial. No dia 18 de março é declarado o Estado de Emergência em todo o país, o mecanismo constitucional mais restritivo de direitos, liberdades e garantias individuais e coletivas.

Em termos práticos, as restrições visaram possibilitar o confinamento compulsivo de pessoas no domicílio ou em estabelecimentos de saúde, o estabelecimento de cercas sanitárias, a interdição de deslocações (excluídas as deslocações para o emprego, para assistência à saúde e aquisição de bens de primeira necessidade), a requisição pública da atividade e privada, tanto para

garantir a produção e o abastecimento de bens e serviços necessários ao normal funcionamento do país como para encerrar ou limitar o funcionamento de atividades consideradas prejudiciais à contenção das cadeias de transmissão. A liberdade de reunião e manifestações foi igualmente limitada, incluindo a celebração de atividades coletivas de culto religioso<sup>5</sup>. Os dados disponibilizados pela Google (i.e. Community Mobility Reports) mostram que a população residente aderiu massivamente à redução das deslocações: em abril registaram-se -83% de deslocações para locais de comércio, restauração e lazer; -80% de deslocações para parques; -79% de deslocações em transportes públicos; -59% em deslocações para aquisição de bens essenciais e em farmácias e -53% nas deslocações para o trabalho<sup>6</sup>.

No dia 2 de abril, um mês após os primeiros casos de Covid-19, Portugal tinha registado 9886 casos (prevalência de 961 casos por milhão de habitantes) e 246 mortes (taxa de letalidade de 2.5%)<sup>7</sup>. Apesar deste crescimento, a curva epidemiológica não seguiu o padrão de crescimento exponencial verificado em Itália ou Espanha, mas sim uma tendência que ao longo dos meses seguintes ficou conhecida por “planalto persistente” e que traduz o crescimento marginal de casos diários (a rondar 1%).

Este período obrigou a restrições na mobilidade internacional de pessoas, em particular a suspensão de voos de e para Espanha e Itália, o estabelecimento de um acordo bilateral com Espanha para o encerramento das fronteiras terrestres e a forte redução das deslocações aéreas, quer dentro do espaço Schengen quer com países terceiros. Para se ter noção das implicações económicas e políticas das restrições da mobilidade aérea, somente dentro do espaço Schengen realizam-se cerca de 1.25 mil milhões de voos anuais<sup>8</sup>. Em relação a países terceiros, apenas foram mantidos voos essenciais de e para países com forte presença de comunidades portuguesas, como é o caso do Brasil, da Venezuela, dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) e dos EUA.

Nos meses de junho e julho algumas restrições na mobilidade internacional foram revistas e/ou levantadas em função da situação epidemiológica dos países. Esta fase ficou marcada por alguma controvérsia entre os países do espaço Schengen na definição de três listas de restrições: zonas cuja proveniência está vedada, zonas cuja proveniência está condicionada à obrigatoriedade de testes de diagnóstico e/ou de quarentena e zonas cuja proveniência não tem restrições. Num momento de retração económica e de antevisão das férias de verão, a controvérsia prendeu-se com os critérios para a inclusão dos vários países naquelas listas. Cada país adotou os seus próprios

critérios (por exemplo: contabilizar apenas o número de novos casos ou incluir outros indicadores como a capacidade de testagem, o índice de transmissibilidade –  $R_t$  –, ou o grau de localização ou disseminação dos surtos). Além disso, percebeu-se que países que adotaram os mesmos critérios tomaram decisões descoincidentes sobre os países a incluir em cada uma daquelas listas. Por exemplo, os voos provenientes de e com destino a Portugal estiveram incluídos nas três listas dos demais países do espaço Schengen<sup>9</sup>.

Terminada a fase do Estado de Emergência que durou até à primeira semana de maio, Portugal iniciou um processo de regresso à normalidade. Em traços gerais, esse processo correspondeu ao retomar faseado de diversas atividades económicas e ao levantamento de algumas restrições na mobilidade diária das pessoas<sup>10</sup>. Vários surtos foram surgindo, sobretudo ligados a regiões de forte densidade populacional, a grupos de risco (população idosa em lares), a certos setores de atividade (construção civil e fábricas) e associados a questões laborais (trabalhadores precários). Houve também registo de algumas cadeias de transmissão na comunidade que desafiaram a ação política no sentido de rever os planos de monitorização epidemiológica, de garantia de cumprimento do isolamento domiciliário nos casos positivos e de quarentena profilática nos casos suspeitos, de rapidez do diagnóstico e de cumprimento das normas preventivas de distanciamento físico e utilização de meios de proteção individual. Decorrentes destes casos, o entendimento político foi de ir tomando as várias medidas de restrição de mobilidade e de contacto físico entre as pessoas à escala territorial mais baixa possível (ao nível das freguesias).

No dia 15 julho, Portugal tinha 13.610 casos ativos (prevalência de 1322 casos por milhão de habitantes), para um total de 47.765 casos confirmados desde o início dos registos e 1679 óbitos (taxa de letalidade de 3.5%)<sup>11</sup>.

### **3. Dimensões da gestão política da Covid-19**

Traçado um breve retrato da evolução epidemiológica e política da Covid-19 em Portugal, importa refletir sobre três dimensões de gestão política que emergem a partir do caso português e que têm relevância para o debate internacional.

#### **3.1. Objetivos da gestão dos contágios**

Em traço gerais, os países têm seguido quatro objetivos de gestão do SARS-CoV-2: erradicar as cadeias de transmissão (exemplo da Nova Zelândia, Islândia, Tailândia ou algumas províncias da

China), gerir as cadeias de transmissão (exemplo da grande maioria dos países europeus, incluindo Portugal), ignorar as cadeias de transmissão (exemplo do Brasil ou EUA, também do Reino Unido numa fase inicial) e incapacidade de gerir as cadeias de transmissão (exemplo da maioria dos países africanos ou Índia). A respeito destes últimos, importa destacar que estão em causa dificuldades estruturais no rastreio e monitorização do vírus, sobretudo pondo em perspetiva esta doença em relação a outras doenças e a situações de crise humanitária. O distanciamento social, os meios de prevenção individual e o confinamento ocorrem em circunstâncias de fome e pobreza extremas, conflitos cívicos, políticos e religiosos constantes, falta de saneamento básico e de água potável e gestão de outras doenças infetocontagiosas de letalidade superior à Covid-19.

Pondo de parte estes países, enfrentar uma pandemia tendo em vista erradicar a transmissão, geri-la ou ignorá-la, conduz a diferentes políticas e diferentes tipos de mensagens. Uma primeira crítica, portanto, prende-se com a falta de clareza sobre o fim a atingir, e esta falta de clareza é identificável em Portugal e em muitos outros países. Daqui decorrem dificuldades de gestão de expectativas da população e o desgaste dos decisores políticos. Como se compreende, caso a população não esteja preparada para a persistência de surtos, o medo dominará a condução da vida quotidiana e mais facilmente a pandemia torna-se moeda de troca no combate partidário. Em Portugal não tem havido uma mensagem clara sobre se o objetivo seria erradicar ou gerir as cadeias de transmissão. Assim se explica que se tenha entrado num frenesim de contagens diária de casos e de óbitos e os meios de comunicação social tenham passado a ocupar horas da grelha diária a tentar encontrar justificação para variações de indicadores que muitas vezes são circunstanciais ou decorrentes dos processos de recolha de dados.

Além do facto de Portugal ser um Estado-membro da União Europeia e do Espaço Schengen, o que influencia a gestão das fronteiras com outros Estados-membros e com países terceiros, diversas características sociodemográficas da população residente tornam mais verossímil a gestão das cadeias de transmissão do que a tentativa da sua erradicação. Essas características incluem a estrutura demográfica envelhecida e a elevada carga de doença da população mais velha<sup>12</sup>, a existência de aglomerados populacionais de elevada concentração de grupos sociais em condição socioeconómica desfavorecida<sup>13</sup>, e a ausência de uma verdadeira estratégia de saúde pública e de promoção da saúde capaz de garantir à generalidade da população os recursos cognitivos e de infraestruturas necessários à gestão autónoma do bem-estar e prevenção da doença<sup>14</sup>.

Uma segunda crítica prende-se com a opção política de ignorar as cadeias de transmissão. Ao contrário dos países que optam por erradicar ou gerir as cadeias de transmissão, neste caso a mensagem tende a ser mais clara no sentido de justificar este caminho (veja-se as diversas declarações públicas dos presidentes Trump e Bolsonaro). Aqui a questão prende-se com a falta de evidência das implicações de deixar o vírus circular livremente como se essa opção não compromettesse também o desempenho económico, não conduzisse ao colapso dos serviços de saúde e, conseqüentemente, ao número de mortes evitáveis e não expusesse os profissionais de saúde a fatores acrescidos de risco. Invariavelmente foi isso que encontramos em todos os países em que os surtos estiveram fora de controlo (pense-se na China, Itália, Espanha, Paquistão, EUA, Brasil, África do Sul, México ou Índia).

Argumenta-se que a letalidade deste vírus é baixa e que a severidade da doença ocorre mais entre pessoas de idade avançada e já vulneráveis a outras doenças para justificar evitar estratégias de erradicação ou controlo das cadeias de transmissão. Contudo, convirá constatar que a opção por ignorar as cadeias de transmissão tem vindo a perder adesão na política internacional e tal facto, por si só, é revelador do consenso sobre o “efeito dominó” de deixar o vírus em circulação. É verdade que as medidas para conter a transmissão também provocam “efeitos dominó”, sobretudo na atividade económica, na gestão das outras doenças e conseqüentemente na mortalidade “não Covid-19”. O aumento da mortalidade ao longo dos meses de 2020 tem sido reportada em diversos países<sup>15</sup> e isso não pode ser ignorado nesta discussão, aliás como já se sabia na gestão de epidemias anteriores, como o SARS no Canadá<sup>16</sup>. O facto de haver “efeitos dominó” qualquer que seja a opção leva-nos a recordar que as epidemias não se gerem mas devem (e podem) ser antecipadas<sup>3</sup>.

Além do colapso dos sistemas de saúde, do aumento de mortes evitáveis e da exposição dos profissionais de saúde a fatores acrescidos de risco, a crítica à opção por deixar o vírus em circulação passa pelo facto de se tratar de um vírus novo, a respeito do qual persistem importantes dúvidas na pesquisa fundamental. Em primeiro lugar, as implicações clínicas da doença continuam a não ser inteiramente claras e tem havido discussão sobre a dimensão sistémica da COVID-19 além das implicações respiratórias<sup>17,18</sup>. Em segundo, não se percebe ao certo como funcionará a imunidade de grupo<sup>19,20</sup>, sobretudo a sua duração. Em terceiro lugar, porque a história da saúde pública mostra que a incidência das doenças e da mortalidade aproveita-se de desigualdades sociais mais amplas<sup>12</sup>. Em suma, deve um país ignorar estes factos e não acompanhar o consenso internacional na prudência de gerir a Covid-19?

Devido à atual falta de evidência sobre os efeitos das várias opções políticas, Ferrinho e colegas<sup>4</sup> argumentam que a tomada de decisão deve ser norteada pelo respeito dos seguintes princípios: 1) menor prejuízo, 2) menor restrição ou coerção, 3) reciprocidade, 4) transparência, 5) precaução, 6) equidade, e 7) evidência científica.

### 3.2. Qualidade da monitorização e limites da comparação internacional

Um dos grandes desafios e pontos que tem gerado maior discórdia entre os países tem sido a monitorização da doença. Nuns casos, devido à opção política de ignorar as cadeias de transmissão. Não por acaso, países como o Brasil não reportam de forma consistente a testagem ao longo dos meses<sup>21</sup> e isso ajuda a legitimar a suposta baixa incidência da doença. Noutros casos, devido a critérios não consensuais sobre os indicadores a considerar e as metodologias de recolha de dados. Estas diferenças tornam a comparação internacional nesta fase pouco relevante e pouco rigorosa, ainda que seja utilizada para fundamentar importantes opções políticas, tais como a definição dos critérios de permissão ou restrição da circulação internacional das pessoas. Somente dentro de vários anos será possível perceber com nitidez os contornos que têm estado na base dos reportes dos vários países. Ainda assim, tem sido possível perceber que vários países têm revisto as contagens referentes a novos casos ou à mortalidade (por exemplo, China, Reino Unido ou Espanha). Também tem sido possível perceber que algumas diferenças metodológicas não são menosprezáveis para a comparação internacional, daí o argumento da falta de relevância e de rigor dessa comparação na fase em que nos encontramos. Por exemplo, no caso da mortalidade, certos países contabilizam os óbitos por Covid-19, enquanto outros associam também os óbitos com Covid-19. Nuns casos, o reporte de óbitos é feito apenas nas organizações de saúde, enquanto noutros inclui lares, domicílios e espaços públicos.

A fase em que nos encontramos é tão inicial que tampouco é possível perceber se a doença estará a ser subrepresentada (por conta da ausência de diagnóstico, da necessidade de mais investigação sobre as múltiplas implicações clínicas da doença e dos doentes assintomáticos) ou sobrerepresentada (por conta da falta de sistematicidade da política de testagem dos vários países e da metodologia de contabilização dos óbitos).

Relativamente a Portugal, depois de nos meses iniciais ter havido dificuldade na aquisição de reagentes e da necessidade de instalação de laboratórios pelo território, com consequências ao nível de elevados casos diários a aguardar a confirmação de diagnóstico, tornou-se num dos países

européus que mais testa e produz diagnósticos com maior rapidez<sup>10</sup>. Sendo possível afirmar que o país tem seguido uma estratégia de transparência dos dados e dos critérios usados, também é possível afirmar que tem havido dificuldade de uniformizar as contagens nacionais.

Um outro aspeto da monitorização diz respeito ao conhecimento das cadeias de transmissão. À testagem e produção de diagnóstico associa-se ainda a capacidade de manter em situação de quarentena profilática a população que aguarda diagnóstico ou que manteve contacto com casos positivos, ou em manter em confinamento domiciliário a população infetada (quando não há necessidade de internamento). O contexto de precariedade laboral e baixos rendimentos das famílias, associado a alguma descoordenação das equipas locais levou a que o acompanhamento dos casos sob monitorização nem sempre fosse concretizado e, por conseguinte, à manutenção dos surtos ativos. Ainda assim, no decorrer do processo de retoma da atividade económica e de maior mobilidade da população, as cadeias de transmissão mantiveram-se relativamente bem delimitadas entre áreas geográficas e grupos sociais, o que contudo colocou Portugal, a par da Suécia, entre os países europeus com maior incidência entre meados de junho e julho.

### 3.3. Viver com a Covid-19 e a procura de normalidade

Parece relativamente óbvio que a Covid-19 terá que fazer parte da normalidade imediata, pelo menos enquanto uma ou várias vacinas aguardam, primeiro, por produção laboratorial e, depois, por produção industrial. E o desfasamento de tempo entre a produção laboratorial e industrial não é menosprezável nesta questão, sobretudo no caso de uma pandemia de expressão planetária. Ousamos dizer mais: a descoberta de uma vacina ou cura exporá de imediato as bem conhecidas geografias injustas que dominam a geopolítica internacional<sup>22</sup> e que novos desafios se colocarão à gestão política desta doença. Uma coisa é gerir a transmissão perante a ausência de cura. Outra bem diferente será gerir a transmissão perante a impossibilidade de disponibilizar a cura à população. A secretária regional da OMS para África, Dr. Moeti, já alertou para esta questão de forma inequívoca<sup>23</sup>.

Até lá teremos que saber como retomar a normalidade possível perante a circunstância da doença. Países de todos os quadrantes do mundo que já iniciaram processos de desconfinamento (o jargão que define a reabertura da atividade económica e da mobilidade das pessoas) tiveram em algum momento que interrompê-lo ou recuar perante a reemergência de surtos – chamemos-lhe por isso a fase ioiô.

Isto prova que tal vai-e-vem não é específico a um país, logo, à exceção dos países que têm ignorado as cadeias de transmissão como principal estratégia de gestão dos contágios, tal não pode ser imputado à qualidade das decisões políticas. Em certo sentido, é a melhor forma de gerir a atual situação<sup>24</sup>. Pelo menos em Portugal tem havido essa tentativa de colagem política depois de vários meses em que os diversos atores políticos compreenderam que este tema devia estar acima dos habituais *fait divers* que caracterizam a *realpolitik*. Não está em causa advogar o unanimismo político, mas compreender o quanto as dificuldades de gestão política e epidemiológica desta doença são transversais a países de maior ou menor dimensão e de baixa ou alta renda.

Falar na retoma da normalidade significa compreender que por muito que as rotinas se alterem, o novo acabará por ser interiorizado como normal no funcionamento das instituições e nos comportamentos. As dúvidas estão em perceber qual a duração desta “nova normalidade”, o quanto este “novo” normal levará à alteração de normas e valores anteriores e quais as consequências que novas formas de manter relações humanas e entre países terão sobre a dimensão cognitiva e afetiva dos indivíduos e na gestão económica e política.

Tomando uma vez mais Portugal como exemplo e recordando a sobreposição entre doenças e desigualdades sociais, nem a prevalência da doença tem sido democrática nem a intensidade dos efeitos negativos do confinamento. Este novo normal parece estar a cavar diferenças sociais de âmbito sanitário e de rendimento traduzido na dificuldade de aquisição de bens de proteção individual, no acesso a serviços de saúde e na perda de salário ou do emprego<sup>25</sup>.

Os sinais que a distribuição da Covid-19 decorre de desigualdades sociais e que adensa desigualdades sociais são claros, daí sabermos o quanto os vários grupos sociais não estão em pé de igualdade na compreensão e na mobilização de recursos materiais para minimizar os fatores de risco a que estão sujeitos. A questão é que no caso de uma doença contagiosa e sem cura, percebe-se o quanto a minimização de fatores de risco é determinante para a retoma de alguma normalidade. Caso contrário, as cadeias de transmissão multiplicam-se e depressa recuos no desconfinamento têm que ser decretados. O paradoxo é, por isso, bem evidente: por um lado, é essencial retomar a normalidade para minimizar o aumento das desigualdades sanitárias e de rendimento; por outro lado, o retomar da normalidade está limitado por conta das desigualdades sanitárias e de rendimento criarem obstáculos à minimização dos fatores de risco (havendo evidência que os grupos sociais e económicos mais vulneráveis estão também mais expostos à doença).

Sendo pouco plausível que a curto prazo seja possível esbater diferenças na compreensão e na mobilização de recursos materiais para minimizar fatores de risco, algumas alternativas imediatas passam por assegurar a grupos sociais vulneráveis: a disponibilização de bens de proteção individual, o acompanhamento comunitário para a gestão do novo normal (o que fazer e o que não fazer) ou de situações de quarentena profilática e isolamento social, apoios de compensação financeira perante a perda de rendimento, fiscalização da saúde ocupacional dado que maioritariamente são trabalhadores cujas atividades não se adequam ao teletrabalho (ou trabalho à distância) e garantia de procedimentos de segurança em espaços coletivos fechados (como o caso dos transportes públicos, que pode passar pelo aumento da oferta ou descoincidência na circulação de passageiros).

#### **4. Considerações finais**

Este ensaio procurou contribuir para a evolução do debate acerca das respostas políticas à pandemia SARS-CoV-2 dada a preponderância de evidências descritivas que pouco acrescentam à formulação de políticas e à discussão teórico-conceitual sobre a tomada de decisão em contexto de crises sanitárias. Um aspeto fundamental que o debate deverá ser capaz de responder é em que medida a gestão desta pandemia requer a revisitação dos principais quadros teóricos de análise da emergência, agendamento, formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Esta resposta somente será possível com o acumular de evidência analítica a partir de experiências empíricas concretas.

A reflexão a partir do caso português parece mostrar que a emergência das respostas políticas decorreu do medo de evitar aquilo que se verificou noutros países onde os surtos estiveram fora de controlo. A cobertura mediática imediata e global deu um forte impulso para a movimentação política e para o consenso suficientemente alargado na sociedade portuguesa da necessidade de aplicar medidas adotadas noutros países. Um aspeto relevante é que as opções políticas não só foram pensadas pela primeira vez – não havendo precedente sobre a adequação do desenho das políticas, o modo de implementação e os resultados expectáveis –, como a nível internacional também não havia consenso sobre a magnitude do “efeito dominó” que tais respostas iriam provocar na economia, no funcionamento das instituições, e na gestão de outras doenças<sup>26</sup>.

A dificuldade da gestão política desta pandemia é, por isso, bem evidente: as consequências negativas de deixar o vírus em circulação eram demasiado bem conhecidas (pense-se no caso de

Itália, Espanha, EUA, ou Brasil); a opção por medidas restritivas da movimentação e contacto físico entre as pessoas eram a única solução imediata e com consequências não inteiramente conhecidas.

Do ponto de vista do agendamento político, é verdade que houve a confluência da percepção de um problema que precisava ser resolvido e do ambiente político propício a essa resolução<sup>27</sup>. Deve ser destacada a relativa facilidade com que medidas severas e novas no panorama político português foram aprovadas pela generalidade dos atores políticos e adotadas pela população. A esta distância começa a perceber-se a influência do conflito político na menor adesão da população às respostas políticas: quanto mais a oposição política se torna visível, mais facilmente os comportamentos individuais desafiam as normas. O que isto significa é a necessidade de alinhamento político como meio pró-ativo e não repressivo de influenciar comportamentos individuais.

Longe de se postular o unanimismo político, está em causa combater os mecanismos políticos mais repressivos e atentatórios das liberdades e garantias individuais<sup>4</sup>. Por outras palavras: tais mecanismos serão menos necessários quanto maior for o consenso político. Nesse sentido, parece que a gestão desta pandemia tem estado numa circunstância de equilíbrio decorrente da falta de disputa política<sup>28</sup>, ainda que sinais recentes estejam a mostrar o aumento dessa disputa.

Um aspeto que parece novo do ponto de vista teórico é que a confluência entre a percepção dos problemas e do ambiente político propício à sua resolução não foi acompanhado pela existência de respostas políticas claras<sup>27</sup>. O vai-e-vem de medidas, as mensagens contraditórias e a sucessiva correção de orientações – decorrente da novidade e magnitude do problema – parece não ter comprometido o alinhamento político, o que é ainda mais relevante de constatar dada a ausência de evidência sobre os “efeitos dominó” destas respostas políticas. Uma vez mais, o principal motivo parece ter sido o medo provocado pela situação vivida noutros países, para o qual a cobertura mediática teve obviamente um importante papel<sup>29</sup>. O medo a par da situação sociodemográfica da população residente em Portugal colocava o país como fortemente vulnerável à severidade da Covid-19. Um dos exemplos mais claros da falta de clareza das respostas políticas encontra-se na omissão sobre se o objetivo da gestão dos contágios passava pela erradicação ou gestão das cadeias de transmissão. A realidade social, demográfica, territorial e económica de Portugal, a par da gestão partilhada de fronteiras no contexto da União Europeia e do espaço Schengen, tornam difícil pensar que a solução pudesse passar pela erradicação das cadeias de transmissão.

A respeito da formulação política, embora maior atenção seja necessária sobre os processos de tomada de decisão, parece relativamente clara a perspectiva da dependência da trajetória<sup>30</sup>. Isto significa que os processos políticos estão ancorados a características e dinâmicas institucionais prévias. Alguns exemplos incluem a dificuldade de monitorização da quarentena profilática e do isolamento social na comunidade e, desde logo, a enorme preocupação com a vulnerabilidade da população a esta doença. Porventura perante uma realidade social, económica e demográfica menos desfavorável, a formulação de políticas poderia ter seguido outras opções menos restritivas da mobilidade que sabemos terem tido influência no adensar de desigualdades sociais e no menor acompanhamento das doenças não-Covid.

Se numa primeira fase foi inequívoco o papel das organizações internacionais e de outros países na difusão de políticas<sup>31</sup>, incluindo nalguns vai-e-vem das orientações, importa equacionar em que medida poderá estar a ocorrer uma maior preponderância de atores nacionais na formulação política. Pelo menos esta parece ser uma consequência do aumento das disputas no agendamento político<sup>32</sup>. Resta saber quais serão as implicações na implementação das políticas, dado que a expectativa é que quanto maior as disputas na fase de formulação, maior também serão as dificuldades de implementação aos diferentes níveis da tomada de decisão e na apropriação por parte das pessoas.

A fase de avaliação é determinante no ciclo das políticas públicas. Mais ainda no caso desta pandemia por se saber que a maioria das respostas políticas foram adotadas sem a devida evidência de efeitos e porque resultados preliminares apontam o aumento das desigualdades sociais e dificuldades de gestão das doenças não-covid, com consequências no aumento da mortalidade, como resultados colaterais que precisam de ser melhor conhecidos.

## **Referências**

1. Magenta M. Coronavírus em esgoto de 4 países antes de surto na China aumenta mistério sobre origem do vírus [internet]. BBC News Brasil em Londres. 2020 jul. 9 [acesso em 2020 jul. 10]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-53347211>
2. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? The Lancet. 2020; 8(4):E21-E21.

3. Correia T. SARS-CoV -2 pandemics: The lack of critical reflection addressing short- and long-term challenges. *International Journal of Health Planning and Management*. 2020; 35(3): 669-672.
4. Ferrinho P, Sidat M, Leiras G, et al. Principalism in public health decision making in the context of the COVID -19 pandemic. *International Journal of Health Planning and Management*, no prelo, 2020.
5. Portugal. Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020. Lisboa: Presidente da República; 2020.
6. Barómetro Covid-19: Mobilidade em Portugal em tempos de pandemia por COVID-19 [internet]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública [acesso em 1 Jul. 2020]. Disponível em: <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2020/04/mobilitytrends-portugal-covid-barometro-politicas-08.04.2020.pdf>
7. Portugal. Relatório de Situação de 3 de abril. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2020. [acesso em 1 jul. 2020]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/32\\_DGS\\_boletim\\_20200403.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/32_DGS_boletim_20200403.pdf)
8. Comissão Europeia. Europa sem fronteiras: o espaço Schengen. Bruxelas: Comissão Europeia. [acesso em 30 jun. 2020]. Disponível em: [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/docs/schengen\\_brochure/schengen\\_brochure\\_dr3111126\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/docs/schengen_brochure/schengen_brochure_dr3111126_pt.pdf)
9. União Europeia: Re-open EU [internet]. Bruxelas: União Europeia. [acesso em 2 Jul. 2020]. Disponível em: <https://reopen.europa.eu/pt/>
10. Fronteira I, Augusto GF. Portugal. Covid-19 Health System Response Monitor [internet]. European Observatory on Health Systems and Policies [acesso em 2020 jul. 23]. Disponível em: <https://www.covid19healthsystem.org/countries/portugal/countrypage.aspx>
11. Portugal. Relatório de Situação de 16 de julho. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2020. [acesso em 17 jul. 2020]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/07/i026477.pdf>
12. Correia T, Carapinheiro G, Raposo H. Desigualdades Sociais na Saúde: um olhar comparativo e compreensivo. In: Carmo RM, et al., coordenadores. *Desigualdades Sociais: Portugal e a Europa*. Lisboa: Mundos Sociais; 2018. P. 23-39.
13. Pato I, Pereira M. Habitação Social na Área Metropolitana de Lisboa: Tendências da gestão municipal contemporânea. *Cidades, Comunidades e Territórios*, 2013; (26): 1-15.

14. Justo C. La valse à quatre temps. Escritos políticos sobre política de saúde. Lisboa: Letras Paralelas; 2018.
15. Nogueira PJ, Nobre MA, Nicola PJ, et al. Excess Mortality Estimation During the COVID-19 Pandemic: Preliminary Data from Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 33(6): 376-383.
16. Shantz J. Capitalism is making us sick: poverty, illness and the SARS crisis in Toronto. In: Mukherjea A, editor. *Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited; 2010. P. 3-18.
17. Ellul MA, Benjamin L, Singh B, et al. Neurological associations of COVID-19. *The Lancet Neurology* [internet]. 2020 July [acesso 2020 Jul 17]. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1474-4422%2820%2930221-0>
18. O'Riordan M. Thrombus Burden Greater in STEMI Patients With COVID-19 [internet]. *TCTMD*. 2020 Jul.20 [acesso em 2020 Jul. 20]. Disponível em: <https://www.tctmd.com/news/thrombus-burden-greater-stemi-patients-covid-19>
19. Gallagher J. Coronavírus: o que a Ciência já sabe sobre imunidade pós-covid [internet]. *BBC News Brasil em Londres*. 2020 Jul. 13 [acesso em 2020 Jul. 15]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-53396107>.
20. Long Q-X, Tang X-J, Shi Q-L, et al. Clinical and immunological assessment of asymptomatic SARS-CoV-2 infections. *Nature Medicine*, no prelo, 2020.
21. Our World in Data: Coronavirus (COVID-19) Testing [internet]. Oxford: Global Change Data Lab [acesso em 2020 Jul 1]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>
22. Carapinheiro G. Territórios, Direitos e Justiça na Saúde. In: *I Seminário Internacional Territórios Sustentáveis e Saudáveis*. Porto: Rede Ibero Americana de Territórios Sustentáveis, Desenvolvimento e Saúde; 2014.
23. WHO Africa: WHO calls for equitable access to future COVID-19 vaccines in Africa [internet]. Brazzaville: WHO Africa. [acesso em 2020 Jul 17]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/node/12992>
24. Sakellarides C, Araújo F. A Public Health Strategy for the COVID-19 Pandemic in Portugal: Learning from International Experience. *Acta Médica Portuguesa*, 33(7-8):456-458.
25. Barómetro Covid-19: Opinião Social: Pandemia aumenta fosso das desigualdades [internet]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública [acesso em 10 Jul. 2020]. Disponível em:

<https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/opiniao-social-pandemia-aumenta-fosso-das-desigualdades/>

26. Roth S. Weak evidence for strong pandemic interventions: a 2019 WHO warning for the current COVID-19 crisis. *Kybernetes*, no prelo, 2020.
27. Kingdom J. *Agendas, alternatives, and public policies*. New York: Longman; 2003.
28. Baumgartner F, Breunig C, Green-Pedersen C, et al. Punctuated equilibrium in comparative perspective. *Am J Polit Sci*. 2009; 53(3):602-19.
29. Hogwood B, Peters BG. *Policy dynamics*. New York: St. Martin's Press; 1983.
30. Pierson P. Increasing returns, path dependence and the study of politics. *Am Polit Sci Rev*. 2000; 94(2):251-267.
31. Dolowitz D, Marsh D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*. 2000; 13(1):5-24.
32. Dye T. *Understanding public policy*. Boston: Longman; 2012.

Recebido em 24/07/2020

Aprovado em 13/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), por meio de financiamento ao Global Health and Tropical Medicine (GHTM) - UID/04413/2020