

COVID-19 E SEGURANÇA SANITÁRIA: O QUE MUDA?

Helena Carreiras

A pandemia COVID-19 veio colocar a Segurança Sanitária no centro da agenda política dos Estados e das Organizações Internacionais. As políticas de prevenção, deteção e resposta a este tipo de risco, têm sido objeto de debate e controvérsia. Neste IDN Brief convidámos diferentes especialistas a refletir sobre as implicações da pandemia em termos da segurança sanitária, da gestão e governação do sistema de saúde pública global, do seu nexos com a defesa nacional e da sua articulação com outras dimensões da segurança.

COVID-19: WHY HEALTH IS ALSO A SECURITY ISSUE

Anja Opitz

SEGURANÇA SANITÁRIA, SAÚDE E DEMOCRACIA

Céu Mateus

PANDEMIA, CONHECIMENTO E DECISÃO POLÍTICA

Constantino Sakellarides

TEMPOS INESPERADOS

Francisco George

SEGURANÇA SANITÁRIA, CIBERSEGURANÇA E SOBERANIA

Henrique Martins

A ESTRATÉGIA LABORATORIAL NA COVID-19

Inês Lavado Gomes

SEGURANÇA SANITÁRIA, SEGURANÇA NACIONAL

Jorge Félix Cardoso

INTERFACE SAÚDE SEGURANÇA

Júlio Gouveia-Carvalho

SAÚDE DIGITAL: INOVAÇÃO EM REDE COMO RESPOSTA À CRISE PANDÉMICA

Luís Velez Lapão

AMEAÇA GLOBAL, RESPOSTA NACIONAL

Ricardo Mexia

COVID-19: UMA ÉTICA GLOBAL PARA UMA SAÚDE GLOBAL

Rui Nunes

COVID-19 E SEGURANÇA SANITÁRIA: O QUE MUDA?

COVID-19: Why health is also a security issue

Anja Opitz

Diretora de Relações Internacionais do Think Tank APB Tutzing

Membro fundador do MEIA Research e do Global Health Security Alliance (GloHSA)

The current COVID-19 pandemic simultaneously challenges states and societies on every continent. The pandemic does not only affect health systems. The complex effects of COVID-19 unfold in all areas of state and social coexistence. Security policy's access to the topic of health focusses on precise questions based on a comprehensive understanding of security: about fifty percent of the "health goals not achieved" arise in fragile contexts, in states and societies that are affected by conflicts and wars. The latter contribute fundamentally to worsening general living conditions and e.g. demanding access to clean drinking water. Statistically, only a fraction of people succumbs to the effects of direct fatal malicious acts. Instead fatalities occur because no or hardly any emergency treatment can be carried out where it is desperately needed because there is a lack of medical personnel, medication, equipment, and hospitals in general. Another example for a strategically intended weakening of a health system happened during the 2018-2020 Ebola

epidemic in the northern provinces of Kivu and Ituri in the Democratic Republic of the Congo. Although an Ebola vaccine was available for the first time in 2018, vaccination programs were challenging to be implemented. Due to the state's inability to enforce leadership, the lack of political will to undertake necessary security sector reforms, and the lack of local ownership that is committed to the people, the violent conflict in these provinces led to assaults on aid and health workers who were carrying out medical measures. The attacks were politically motivated to keep the central government in Kinshasa out of the region, and a lack of trust among the population fueled the spread of disinformation and undermined institutions. The viral disease COVID-19 triggered by the SARS-CoV 2 coronavirus fueled the concern about similar effects in conflict-affected states. Therefore, the World Health Organization (WHO) announced on 30 January 2020 a public health emergency of international concern (PHEIC). The PHEIC allows the WHO to immediately release temporary recommendations for the mitigation and prevention of the cross-border spread of the respiratory disease COVID-19. Although it is understandable that affected states are currently primarily involved in mitigation COVID-19 at national level, these interdependencies at the global level must already be taken into account. A multilateral global community – states and relevant

international bodies – must extend their view beyond national borders towards these potential dangers in order to create a system that helps to avoid a situation that may get out of control.

Segurança Sanitária, Saúde e Democracia

Céu Mateus

Professora Catedrática de Economia da Saúde, Universidade de Lancaster, Reino Unido

Presidente da Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

A COVID-19 trouxe-nos desafios até há pouco inimagináveis. É uma doença e, por isso, os primeiros efeitos sentiram-se na área dos serviços de saúde. Contudo, devido às características de transmissão da doença, aos impactos da mesma, e à globalização existente em todas as áreas das nossas vidas, os efeitos sentem-se em muitos outros sectores. A questão do acesso aos dados da saúde, e a outros, por parte dos governos e de entidades privadas, de forma a controlar a transmissão da doença coloca-nos perante questões éticas e morais que devem ser discutidas. Os ganhos em segurança sanitária não podem ser feitos às custas de direitos adquiridos em sociedades democráticas. Qualquer *smartphone* está equipado com GPS e *bluetooth* permitindo um controle

bastante fiável do seu proprietário. A disponibilização dos COVID-19 *Community Mobility Reports* por parte da Google trouxe para o domínio público a informação que já é recolhida e sintetizada a partir dos nossos telemóveis. Tem sido também defendido a utilização dos dados de localização dos telemóveis para otimizar estratégias de rastreamento de pessoas infetadas e dos seus contactos, de forma a limitar mais rapidamente a propagação da doença. Mais recentemente, a Google e a Apple anunciaram uma parceria para criar um sistema que recorre aos dados do *bluetooth* dos telemóveis para permitir que reconheçam quando estão próximos uns dos outros. Se o dono de um telemóvel testar positivo para a COVID-19 poderão informar-se todos os donos de todos os outros telemóveis que estiveram próximos deste que estiveram expostos ao coronavírus. O objetivo é, naturalmente, contribuir para aumentar a segurança sanitária dos cidadãos. Quer a Google, quer a Apple, referem que a utilização desta aplicação é voluntária. No entanto, será que podemos esperar que não sejam os próprios cidadãos a exigir aos seus governos que torne obrigatório a utilização desta aplicação por quem tem *smartphones*? As possibilidades de controlo que a tecnologia já nos oferece são muito atrativas quando pretendemos reduzir faseadamente o isolamento social e permitir que as pessoas retornem aos seus locais de trabalho minimizando os riscos de propagação da doença. Contudo, estamos a abrir uma caixa de Pandora ao abdicar da nossa privacidade, um dos direitos fundamentais de qualquer democracia.

Pandemia, Conhecimento e Decisão Política

Constantino Sakellarides

Professor Catedrático Jubilado da Escola Nacional de Saúde Pública

Ex-Diretor-Geral de Saúde

O novo coronavírus pôs-se a percorrer o mundo mais rapidamente do que o conhecimento que sobre ele tínhamos. Sendo um vírus de porta de entrada e expressão clínica respiratória, adotou-se, logo de início, o modelo de resposta relativo à gripe pandémica – primeiro “contenção” e logo (circulando já o vírus na comunidade), “mitigação”, com as medidas de distanciamento social que se impõem.

Na última quinzena de fevereiro a epidemia irrompe dramaticamente em Itália e, no princípio de março, há já sinais preocupantes em França, Espanha e Alemanha. A partir de 9 de março a situação evolui rapidamente na Europa. O modelo de resposta próprio da “gripe pandémica” começa a ser posto em causa, mesmo antes de se configurar um modelo de ação alternativo. Nas comunicações da OMS, a partir do dia 9 de março, diz-se que já não se trata de “contenção” ou “mitigação”, mas sim de “contenção” e “mitigação”. E que é necessário estar atento à evolução da situação e inovar na ação. A Itália põe em quarentena cerca de 16 milhões de pessoas das províncias do Norte. A 11 do mesmo mês, face à rápida evolução da situação na Europa, a OMS declara formalmente a pandemia. No dia 12 o relatório do Centro Europeu para Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) sugere também a antecipação das medidas de mitigação, sem, no entanto, explicitar um modelo de resposta alternativo ao da gripe.

Este quadro de referência teórico só evolui efetivamente com duas

publicações no dia 16 de Março. Neil Ferguson e colb., do Imperial College de Londres, propõem que já não se trata de “conter” e depois “mitigar” (manter a transmissão o mais baixa possível), mas sim “conter” e “suprimir” (acabar com a transmissão). Isto começa por proporcionar a base teórica necessária para passar do “distanciamento” habitual para formas mais rigorosas de “isolamento” (ficar em casa). Afastamos, assim, da referência da gripe e aproximamo-nos do modelo do “ébola”. Face a isso, o governo inglês muda de estratégia e assume a necessidade de suprimir a transmissão.

Num segundo trabalho, publicado por Li Ruiyun e colb. na revista *Science*, estima-se que, no início da epidemia chinesa, os infetados não diagnosticados foram responsáveis pela infeção de 79% dos casos confirmados. No mesmo dia, a OMS lança uma nova palavra de ordem: “Testar, testar, testar”.

Constata-se que houve governos que atuaram mais radicalmente aos primeiros sinais de desconformidade com o modelo tradicional, mesmo antes de se ter configurado a sua alternativa teórica; outros que esperaram que isso acontecesse e, finalmente, outros ainda, continuam sem atuar em conformidade com o conhecimento já à nossa disposição, constituindo-se numa ameaça global.

A análise entre conhecimento e decisões políticas terá que ser aprofundada. Ela é essencial à nossa segurança coletiva. Não podemos deixar como herança às próximas gerações, um mundo cujo governo esteja assente na sistemática falta à verdade, nas emoções e conveniências imediatas. Contribuem para esse presente-futuro indesejável, aqueles que, sem fundamento apreciável, fazem prova de vida desafiando publicamente as orientações das autoridades de saúde internacionais

e nacionais. Promovem quebras de confiança injustificáveis. Põem em risco também a segurança coletiva.

Tempos Inesperados

Francisco George

Presidente da Cruz Vermelha Portuguesa

Antes do final de 2019, nenhum médico, nenhum especialista e nenhuma “bola de cristal” admitiu a emergência iminente de uma nova estirpe de vírus, de uma nova doença, de uma nova Epidemia e, do mesmo modo, de nenhuma nova Pandemia, apesar de alguns manifestos acerca desta ameaça – até a título de ficção. Uma imensa diferença quando comparada com a meteorologia que, por exemplo, prevê a aproximação de um furacão e monitoriza a sua força à medida que se aproxima...

As Ciências Médicas estão muito longe de atingirem a capacidade de antecipação. Lidam com fenómenos inesperados. Assim aconteceu, primeiro, em 1980 com a SIDA – que antes, comprovadamente, não existia como doença – e depois, em 2003, com a Síndrome Aguda Respiratória Severa (SARS), provocada por um Coronavírus, e dez anos a seguir com a Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS), originada também por um Coronavírus. Três agentes virais novos e três doenças novas. Todas inesperadas.

Ora, perante estes cenários, há que admitir, antes de tudo, que a ciência não explica, ainda, em termos do conhecimento, a virologia. Há muito por esclarecer. Investigar.

É preciso, portanto, desenhar planos e projetos de contingência e, naturalmente, estar preparado para a reemergência de problemas velhos, mas também, para a ocorrência de novos. Uns e outros com a marca de acontecimentos inesperados. Provavelmente, este facto de surgir

repentinamente sem preparação prévia estará na origem de maior ansiedade por parte das populações, nomeadamente as mais vulneráveis.

É verdade que a vulnerabilidade pode ser consequência de riscos diversos. Antes de mais, a idade acima dos 70 anos, mas também a presença de comorbilidades, como a diabetes, insuficiência renal crónica, respiratória ou problemas do foro cardíaco, que agravam a evolução clínica da infeção pelo Coronavírus.

Apesar da infeção, no contexto da Pandemia provocada pelo Coronavírus, não distinguir pobres e ricos, não ter em conta os rendimentos familiares, nem o estatuto social ou político, a pobreza é sempre um fator de risco que não pode ser ignorado. Motivo pelo qual a mobilização da sociedade tem que ter sempre em consideração, sempre, sublinhe-se, a condição social da população a proteger. Se necessário será preciso discriminar, mas de forma positiva. Isto é, discriminar no sentido da igualdade. Sempre.

Segurança Sanitária, Cibersegurança e Soberania

Henrique Martins

Médico internista doutorado em gestão

Ex-presidente da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)

Professor Universitário na FCS-UBI e no ISCTE-IUL

A presente situação de Portugal não deixa ninguém indiferente. Um medo generalizado, que dirigimos ao vírus COVID-19. Contudo, o que tememos é a nossa resposta. Compramos há demasiados séculos. Era para nós natural que o país não produzisse ventiladores, luvas, máscaras, e outros bens essenciais ao

que chamamos capacidade de resposta sanitária. Há a ideia de que somos pequenos demais para produzir certas coisas, seria sempre melhor que as comprássemos. A autossuficiência absoluta não é a chave para a Segurança. Acredito, contudo, que há elementos que não devem ser comprados, devem ser produzidos e mantidos pelo Estado português. Enquanto presidente da SPMS, esta foi uma estratégia apadrinhada por vários ministros, governos e partidos. Os portugueses são inventores, geniais e criativos. Sob crise, a miríade de iniciativas a surgirem mostra isso. Quando fechamos fronteiras, sentimo-nos mais seguros; quando outros fecham, e os bens essenciais não chegam, aprendemos que ficamos inseguros. Perdemos segurança sanitária.

As cidades e os países fecham-se; as pessoas foram fechadas. Numa era sem comércio, Portugal fica em risco. Porque outros não deixam passar as mercadorias, ou não nos vendem o que necessitam para a sua segurança. É necessário planear estrategicamente que bens são essenciais na saúde e pensar que esses, estando em risco, a segurança inexistente e a Nação fica comprometida.

As fronteiras cibernéticas parecem, para já, inalteradas e os serviços *online* disponíveis. Há uma nova vida diferente, distante, desmaterializada e digital. Teletrabalho, teleducação, telessaúde. Equipas e processos, improvisadamente, assentes em soluções “Cooperate”, 100% numa “cloud” algures. Na sua maioria, sistemas comerciais americanos instalados em *hardware* distante e mantidos por outros povos. Queremos acreditar que estamos seguros *online*. Não há vírus COVID-19, mas há uma ameaça (persistente) que já

existia – a do ciberataque. A novidade é o aumento imenso da vulnerabilidade do país quando milhões de portugueses aderem à vida digital, por exemplo a intromissão potencialmente imperceptível em sessões online de trabalho ou lazer.

Tal como tínhamos um Sistema de Saúde baseado em bens essenciais cuja produção não assegurámos, temos um país e, mais grave, um Estado, dependente de serviços digitais cujos bens essenciais não estão securizados. Pandemias sempre houve e sempre haverá; ciberameaças mundiais também. Umam criaram barreiras físicas, as outras digitais. Bastará que suspendam a capacidade digital americana, ou a nossa conectividade, e milhões de portugueses, empresas e serviços públicos – incluindo o Serviço Nacional de Saúde – deixarão de funcionar. Bastará uma ciberguerra, ou ciberataque de larguíssima escala, para as sociedades se fecharem, isolarem e desconectarem na tentativa de “isolar” o vírus e “proteger os seus”. A ameaça não tem de ser exclusivamente dirigida a Portugal, sendo global, bastará que comprometa aqueles que “mantêm” os “nossos” sistemas informáticos. Ficaremos de novo em risco e com medo.

Falta defender o Portugal Digital. Essa necessidade já existia, mas esta crise reforça a urgência e a oportunidade. Precisamos de um “plano de defesa informática nacional”, há tempo, creio, para aprender com esta crise, e, em conjunto com nossos parceiros europeus, que partilham dependências digitais similares, criar a nossa Soberania Sanitária e Digital.

A Estratégia Laboratorial na COVID-19

Inês Lavado Gomes

Major Médica Veterinária

Unidade Militar Laboratorial de Defesa Biológica e Química

“Testar, testar, testar!” tornou-se uma expressão recorrente na sequência da declaração do Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde. O diagnóstico laboratorial constitui um pilar fundamental para o controlo da atual pandemia. A realização de testes em massa tem sido uma das estratégias utilizadas por países como a China, Coreia do Sul, Alemanha e mais recentemente o Reino Unido para controlar a COVID-19. No contexto atual, o diagnóstico laboratorial refere-se essencialmente a dois tipos de testes: a deteção do vírus SARS-CoV-2 por PCR em tempo real e testes serológicos para pesquisa de anticorpos. A estratégia laboratorial deverá ter em conta a fase da pandemia, a disponibilidade de recursos materiais e humanos e indicadores de *performance* dos testes existentes, nomeadamente, sensibilidade e especificidade.

Na fase de preparação, é fundamental incluir cenários que prevejam a possibilidade de uma elevada transmissão da doença sendo crítico que se defina a estratégia laboratorial a implementar.

Na fase de contenção, quando ainda não existem casos, o grande esforço deve ser colocado na vigilância epidemiológica. O aparecimento de doentes com sintomatologia respiratória aguda ou de síndromes *influenza-like* deverão ser considerados casos suspeitos e testados para o vírus SARS-CoV-2. Nesta fase

todos os casos suspeitos devem ser testados, com o objetivo principal de quebrar cadeias de transmissão e conter o surto.

Constatando a existência de *clusters* de casos, na fase de contenção alargada, devem ser adotadas medidas para aumentar a capacidade laboratorial nacional, recorrendo às redes laboratoriais existentes. O foco continua a ser o da contenção da doença e, nesse sentido, a capacidade laboratorial deve ser estruturada para ter capacidade de responder em tempo útil e de forma célere.

Evoluindo para um contexto de mitigação, os laboratórios devem estar preparados para o aumento exponencial do número de amostras. Nesta fase, a estratégia de testagem deve ter em conta a distribuição geográfica dos casos. Nas zonas sem casos, ou com um número muito reduzido de casos confirmados, todos os casos suspeitos deverão ser testados e os contactos rastreados, podendo coexistir nesta fase, zonas geográficas em fase de contenção. Nos locais em que exista transmissão comunitária, a ideia de testar em massa poderia ser considerada. Contudo, a capacidade laboratorial disponível pode não permitir ir ao encontro destes números. Torna-se por isso necessário priorizar os casos para testagem laboratorial, como por exemplo, para os profissionais de saúde, populações de risco, doentes em risco de hospitalização e cuidados intensivos.

Numa fase subsequente, deve ser ponderada a realização de estudos de seroprevalência a partir de testes serológicos. Neste caso, o objetivo será detetar os indivíduos que possuam anticorpos para coronavírus SARS-Cov-2, de modo a contribuir para uma estimativa na população, contribuindo com dados quantita-

tivos para a apoio à decisão ao nível político e estratégico.

O diagnóstico laboratorial constitui parte integrante da estratégia de um país para reduzir a transmissão da COVID-19, e uma componente primordial no apoio à decisão, permitindo minimizar as consequências no domínio económico, social e saúde pública decorrentes da pandemia.

Segurança Sanitária, Segurança Nacional

Jorge Félix Cardoso

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

FÓRUM Diplomacia da Saúde

Taiwan terá sido pioneiro a responder à ameaça da COVID-19, e fê-lo ainda a 31 de dezembro, com a introdução de controlos sanitários fronteiriços. Durante o mês de janeiro, esteve sempre em alerta, e foi alargando o leque de medidas, combinando *foresight* e sistemas de informação eficazes, e contando com uma cidadania colaborante. Em 2004, na ressaca da crise da SARS, foi criado em Taiwan o National Health Command Center (NHCC), uma estrutura de coordenação e unificação da resposta a crises sanitárias. Este centro de comando foi acionado a 20 de janeiro e, em cerca de um mês, implementou 124 medidas de natureza diversa, desde a mobilização de recursos à comunicação de risco à comunidade, passando pela identificação de casos e seu isolamento ao mapeamento de zonas de risco e implementação do distanciamento social. A 10 de abril, podemos ver que um Estado que está às portas da República Popular da China, e conta milhares de movimentos diários entre os dois

territórios, conta apenas 6 mortes e 382 casos.

Portugal pode aprender muito com esta resposta. É essencial ter uma rede de prospeção e deteção de ameaças sanitárias e uma estrutura de coordenação com um plano bem delineado e devidamente simulado, o que permitiria responder a uma velocidade superior. Num cenário de crescimento exponencial, onde o número de casos duplica a cada dois ou três dias, uma semana pode fazer a diferença entre uma situação controlável e uma situação catastrófica. A isto deve estar associado um sistema de informação robusto, mas ágil, e interoperável com as ferramentas utilizadas na prática clínica pelos profissionais de saúde. Os problemas existentes na parca informação disponibilizada pela DGS mostram, por exemplo, a insuficiência do SINAVE numa situação de crise. Numa ameaça sanitária com agente infeccioso novo, o único fármaco disponível é a informação colhida em tempo real e o conhecimento que ela é capaz de gerar. Por fim, é necessário haver uma reserva estratégica, não só de equipamento de proteção, como tem sido amplamente discutido, mas também uma capacidade de montar estruturas para isolamento de suspeitos e vigilância médica de casos com sintomatologia ligeira.

Parte desta resposta deve, idealmente, ter coordenação europeia. O Centro Europeu para Controlo e Prevenção de Doenças (ECDC) recolhe informação da vigilância epidemiológica dos vários países, mas isso não basta. É preciso maior partilha de informação e maior coordenação. Há também necessidade de criação de equipas de “reação rápida” epidemiológica capazes de reagir a qualquer suspeita de surto

em solo europeu. Um espaço sem restrição de movimentos de pessoas e bens tem de ter uma resposta sanitária adequada em todos os pontos do território.

Esta é a primeira grande ameaça sanitária global da sociedade digital. Está longe de ser a última. Dois problemas globais e bem caracterizados – a resistência a antimicrobianos e a crise climática – irão acentuar o risco sanitário a que Portugal e o mundo estão sujeitos. Taiwan aprendeu muito com a SARS. É essencial aprender tudo o que a COVID-19 nos está a ensinar.

Interface Saúde Segurança

Júlio Gouveia-Carvalho

TCor Médico Veterinário, Chefe do Gabinete de Gestão da Qualidade da Unidade Militar Laboratorial de Defesa Biológica e Química

A atual pandemia de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2, insere-se num contexto securitário que se designa conceptualmente como Segurança Sanitária Mundial (*Global Health Security*), que tem como elemento central de referência o Regulamento Sanitário Internacional, como tratado do direito internacional que vincula os Estados a detetar, notificar e responder, com o objetivo de contenção de emergências de saúde pública de âmbito internacional.

A segurança sanitária é uma das componentes principais da conceptualização emergente de segurança humana, que estabelece um enquadramento analítico multidimensional, que engloba adicionalmente diferentes componentes de segurança, considerando sob este aspeto, as componentes económica, alimentar, ambiental, pessoal, comunitária e política.

A situação atual provocada pela pandemia, demonstra a validade do conceito de segurança humana e da sua abordagem holística, dado se constatar que uma ameaça à saúde das populações, provocada por um agente biológico, expande os seus efeitos no domínio das diversas componentes da segurança humana. Adicionalmente, os agentes biológicos, devido ao potencial uso deliberado, são reconhecidos como armas, existindo tratados internacionais com o objetivo da proibição do seu uso, como o Protocolo de Genebra de 1925, da proibição do seu desenvolvimento, produção e armazenamento e sobre a destruição de armas biológicas, como a Convenção sobre as Armas Biológicas e Tóxicas de 1972 e, mais recentemente, com o objetivo de reduzir esta ameaça no contexto dos atores não estatais através da Resolução 1540 do Conselho de Segurança das Nações Unidas em 2004.

A consideração das ameaças biológicas, tidas em todo o seu espectro, englobando ameaças de ocorrência natural e ameaças de carácter deliberado, aprofunda a interface entre saúde e segurança, prevendo-se que sustente para o futuro o reforço do Regulamento Sanitário Internacional como tratado vinculativo para os Estados e, concomitantemente, o reforço de mecanismos para a investigação de uso alegado de armas biológicas, nomeadamente, o respectivo Mecanismo do Secretário-Geral das Nações Unidas.

Do mesmo modo, a atual pandemia provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2, dado tratar-se de uma zoonose, assim como as emergências de saúde pública de âmbito internacional declaradas anteriormente, fará emergir a necessidade do reforço de capacidades na interface saúde humana e saúde ani-

mal, tanto ao nível nacional, através das respetivas autoridades sanitárias, laboratórios do Estado e sistemas de vigilância epidemiológica, como ao nível intergovernamental, nomeadamente pelo contributo tripartido entre a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), a Organização Mundial de Saúde (WHO) e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO). A segurança sanitária e a cooperação intersectorial ao nível dos Estados poderão constituir-se como importantes elementos diretores de reformas no setor da Defesa, em particular na área da Saúde Militar.

Saúde Digital: Inovação em Rede como Resposta à Crise Pandémica

Luís Velez Lapão

Global Health and Tropical Medicine, Universidade Nova de Lisboa

Presidente do Conselho Geral da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Membro da Direção da Associação Portuguesa de Telemedicina

A resiliência do sistema de saúde é uma garantia de segurança nacional. Os sistemas de saúde são sistemas complexos-adaptativos, que lidam com a incerteza através de mecanismos de interação entre os profissionais, levando à emergência de soluções “auto-organizadas”, como está a acontecer com a pandemia do SARS-COVID-19. Os padrões repetem-se entre os países: “negação da epidemia”, “ausência de ação”, “definição de estado de emergência”, “distanciamento social”, até à “obrigatoriedade” do uso de máscara em público, que se “espalhará” pelos países no processo

de retorno à normalidade. Mas nada ficará na mesma, pois a pandemia está a refazer o tecido socioeconómico, como fenómeno não-linear de reação, que mimetiza o comportamento da própria propagação do vírus. Porém, num sistema complexo, as soluções de problemas são usualmente inovações geradas pela rede e por especialistas altamente qualificados. Deixe-se então a rede funcionar!

Os médicos, enfermeiros e os especialistas devem saber aproveitar esta rede e orientar os colaboradores para lidarem com a pandemia num contexto de incerteza, onde mensagens e supostas “evidências” surgem a toda-a-hora. É preciso manter o rigor e a exigência, mas abertura à inovação: e.g., antes da chegada da vacina, pode-se tentar o estímulo imunitário; como por exemplo, será que a vacina BCG, ou o medicamento para a malária, a hidroxiquina, podem ajudar? Nestas condições, a resiliência depende da “ação”, desde montar tendas para fazer testes, organizar percursos seguros, gestão dos lixos ou da comunicação na Internet. Deve manter-se a exigência e o rigor, a relutância em simplificar, e manter a disponibilidade para lidar com a incerteza.

Perante a pandemia as atividades não essenciais encerram, permanecendo todos em casa. Esta situação de crise gera, contudo, oportunidades de inovação. A flexibilidade das tecnologias digitais permite responder com agilidade e aumentar a resiliência do sistema. Neste contexto, a telemedicina está finalmente a impor-se e pode ter um papel decisivo se os Estados forem estratégicos e empreendedores, como acontece em alguns países que enfrentam a COVID-19: 1) Teletriagem de indivíduos assintomáticos, que tenham estado em contacto com alguém potencialmente infetado; 2) Televigilância para monitorização de

indivíduos assintomáticos identificados como contactos com doente infetado. Aplicações concretas já foram experimentadas durante o surto do vírus Ébola em África; 3) Telemonitorização de casos confirmados de doentes sintomáticos em isolamento, como aconteceu na China durante a epidemia da gripe H7N9 (2013); 4) Teleconsulta de doentes crónicos, mantendo-os controlados e evitando deslocações aos centros de saúde e às urgências dos hospitais, como sucedeu em Seul durante a epidemia de MERS (2015); 5) Teleconsulta hospitalar de doentes, pese embora os procedimentos clínicos e cirúrgicos não-urgentes estejam a ser adiados, pode manter-se a sua monitorização – e.g., telecardiologia ou telereabilitação. A implementação da saúde digital deverá ser apoiada por especialistas que garantam a qualidade, segurança e rigor dos dados. Com esta abordagem alarga-se a oferta de acesso a serviços de saúde, evitam-se filas e aglomerações desnecessárias. Porém, o grande valor da saúde digital é aumentar a resiliência do sistema de saúde, reduzindo o risco de novos contágios e de infetados; contribuindo para a segurança nacional.

Ameaça Global, Resposta Nacional

Ricardo Mexia

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Presidente da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública

A pandemia de COVID-19 colocou as questões da Segurança Sanitária na agenda, mas esta temática já está há longo tempo a ser trabalhada. Apesar de terem sido dados passos importantes para dotar os países de capacidades para lidar com potenciais ameaças, há ainda muito por fazer. Na sequência do surto de SARS em 2002/3 constatou-se que o mundo não tinha as ferramentas necessárias para responder a uma ameaça global. Apesar de ter registado apenas cerca de 8000 casos, levou à revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), cuja versão de 2005 está ainda hoje em vigor. O RSI é um tratado internacional, com 196 Estados signatários, que estabelece obrigações e direitos, no qual todos os países estão obrigados a desenvolver e manter capacidades essenciais para a vigilância e resposta, de forma a poderem detetar, avaliar, notificar e responder a qualquer ameaça à saúde pública. Foi precisamente no âmbito do RSI que, no dia 30 de março, o Diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), decretou o surto de COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional. Os Centros de Prevenção e Controlo de Doença (CDC) dos Estados Unidos da América desenvolveram uma iniciativa denominada Global Health Security Agenda (GHSA), no sentido de fortalecer a capacidade mundial de prevenir, detetar e responder a ameaças de doenças transmissíveis.

Portugal é um dos 67 países que integra o GHSA, e foi avaliado em 2015, no contexto da resposta ao surto por vírus Ébola.

A OMS acabou por abordar o tema da Segurança Sanitária de forma mais proactiva, através do seu Programa de Avaliação Externa Conjunta. Este programa inclui uma ferramenta que avalia 19 áreas técnicas que se focam principalmente em 3 secções (prevenção, deteção e resposta). Assim, a ferramenta reconhece que: são essenciais a prevenção e a redução da probabilidade de surtos e outros perigos e ocorrências de saúde pública; a deteção precoce de ameaças pode salvar vidas; a resposta rápida e eficiente requer comunicação e coordenação multisectorial, a nível nacional e internacional. A Avaliação Externa Conjunta é um processo voluntário, solicitado por cada país, que, em colaboração com peritos internacionais, desenvolvem uma ferramenta operacional que permite avançar na elaboração de Planos de Ação Nacionais para a Segurança Sanitária.

A atual pandemia deixou à vista muitas das insuficiências nos diversos países e até no que toca à colaboração internacional e, portanto, fica criado o contexto para que possa haver uma verdadeira avaliação de cada país, por forma a que possa existir um planeamento das intervenções que levem ao fortalecimento da capacidade de resposta nacional perante uma ameaça.

E isto reveste-se de particular importância no mundo globalizado em que vivemos, pois, estas ameaças à Saúde Pública continuarão a verificar-se. Não será uma questão de “se houver” uma nova pandemia, apenas uma questão de “quando houver”.

COVID-19: Uma Ética Global para uma Saúde Global

Rui Nunes

Professor Catedrático Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Head of the Research Department of International Network UNESCO Chair in Bioethics

A recente pandemia pelo coronavírus, e a doença associada – COVID-19 –, implicam repensar a ética global por diferentes motivos. Em primeiro lugar porque se é certo que ao longo do século XX desenvolveu-se um sistema universal de direitos fundamentais, que afirmam a singularidade do ser humano e a irredutibilidade da pessoa, este sistema teve limitado impacto em unir afetivamente os diferentes povos, por razões geopolíticas diversas. Desde logo porque, numa visão realista das relações internacionais, o exercício do poder pelos diferentes Estados soberanos foi o elemento decisivo na condução das relações entre as diferentes nações, sendo a globalização económica meramente instrumental, e inconsequente no plano da consagração de uma ética universal. É certo, porém, que a globalização económica se traduziu numa melhoria das condições de vida de centenas de milhões de pessoas, reduzindo-se consideravelmente a pobreza mundial ao longo das últimas décadas. E, portanto, o gozo de direitos sociais e económicos foi indiretamente exponenciado por este facto. Hoje, muito mais pessoas em todo o mundo acedem a serviços de saúde ou a um sistema educativo de qualidade.

Mas, esta externalidade positiva da globalização económica, não foi

acompanhada pela construção de uma verdadeira consciência planetária sobre a necessidade de um “humanitarismo comum”, genuíno, e centrado na essencialidade da pessoa e na sua dignidade.

E a pandemia pelo coronavírus deve alertar-nos para a necessidade de uma ampla solidariedade ontológica entre todos os povos, de modo a congregarem esforços para ultrapassar problemas globais que necessitam de respostas globais. E que não restem dúvidas: dificilmente a humanidade poderá responder a esta pandemia, a futuras pandemias que seguramente surgirão, a problemas ambientais e climáticos prementes, a fenómenos migratórios crescentes, entre muitos outros desafios globais, sem uma ética global que unifique os diferentes povos, estimulando o que de melhor exista em cada um.

E a saúde, ainda que seja uma experiência muito pessoal, não deixa de ser, também, um fenómeno global, desde logo tratando-se de uma pandemia com importantes repercussões de saúde global. O que implica a adoção de uma ética em nome das pessoas e, portanto, a utilização da medicina, das tecnologias da saúde, e das modernas tecnologias de informação e comunicação – incluindo a inteligência artificial, a computação quântica e o tratamento dos *big data* – de acordo com princípios de justiça e equidade, de centralização na pessoa doente e na sua qualidade de vida, e na proteção de valores civilizacionais imprescindíveis, como o respeito pela privacidade individual. Ainda que razões imperativas de saúde pública global possam, transitória e justificadamente, de um modo proporcional e com uma finalidade concreta, originar um diferente curso de atuação.

Em síntese, nada fica igual depois da pandemia pelo coronavírus. E ao darwinismo biológico devemos contrapor um darwinismo social global de modo a que a humanidade, em unísono, esteja preparada para responder a este tipo de fenómeno com humildade, porque todos são iguais perante a ameaça, mas com a ambição de construir um mundo melhor para todas as pessoas.