

Crise sanitária/económica: para uma apreciação crítica da gestão estratégica da abordagem em Portugal

Albino Lopes (Prof. Catedrático Jubilado do ISCSP/ULISBOA e

Presidente do Conselho Científico do ILCN)

Resumo

O presente texto destina-se a aprofundar os conhecimentos científicos que permitem ajuizar sobre a necessidade de **responder à doença da Covid-19 em tempo útil**, sem esperar necessariamente pela resposta do sistema público.

Serve, ainda, para enquadrar o problema da resposta rápida, não ser materialmente possível, nos casos de cada pessoa em risco de transição repentina para a situação grave. No texto critica-se, de modo incisivo, a opção estratégica oficial para os serviços públicos que na prática priorizam o controlo e não dão prioridade à rapidez.

Em situações de crise/catástrofe, não há lugar para improvisos. Gastam-se inutilmente recursos através do prolongamento desnecessário das hospitalizações e os sobreviventes veem-se sujeitos a sequelas de difícil reversão.

Embora improvável em categorias de população infanto-juvenis, pelas razões que abaixo se explanam, o risco de falência dos órgãos vitais pode vir, infelizmente, a ocorrer em todos os casos de infeção, sendo mais provável na 3ª, estando quase sempre na 4ª categoria de população, como se compreenderá pela leitura dos dados apresentados. **A monitorização médica atempada pode fazer recuar o risco, igualmente, mesmo nas categorias mais expostas.**

Problema

A título de formulação do problema, importa confrontar com os dados disponíveis, em março de 2020, a **hipótese geral** subjacente à estratégia desenhada pelas autoridades portuguesas acerca da inevitabilidade do isolamento social para uma eficaz defesa da saúde pública com o conseqüente sacrifício da economia.

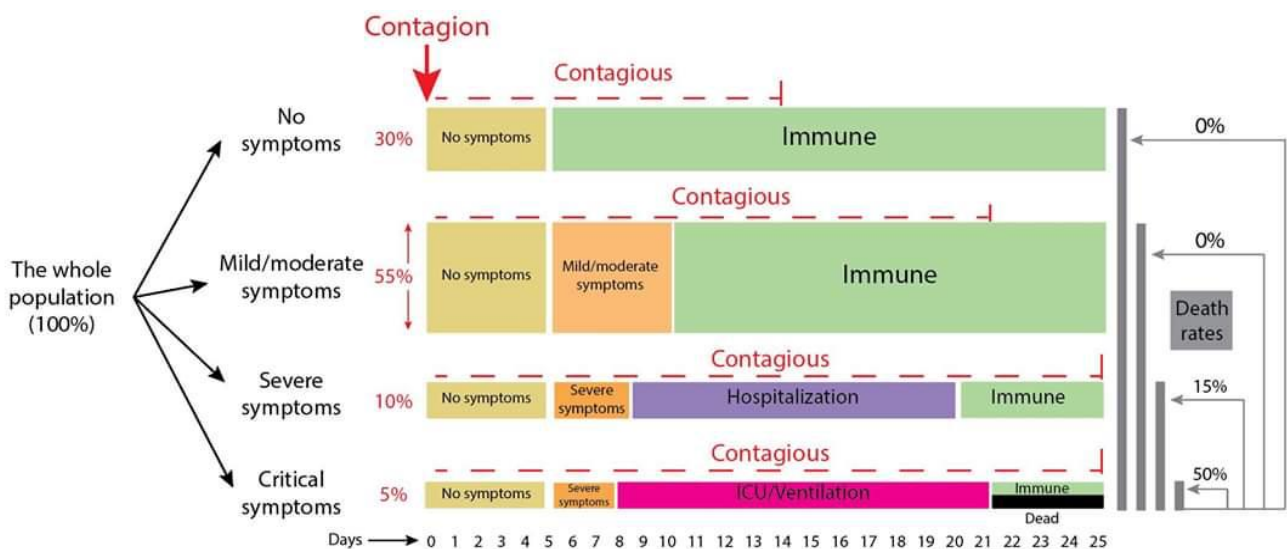
Começaríamos por sublinhar que os dados eram fiáveis e que estavam disponíveis, desde meados de fevereiro de 2020, como se constata no quadro anexo. Ora a sua distribuição, por categorias de idade, indica a existência de um padrão estável, relativo à situação e à evolução da doença conhecida sob o nome de código - Covid-19, o qual permitia a

compatibilização da defesa da economia e da saúde dos portugueses. Este padrão sustentava uma **hipótese geral, alternativa** à que foi acima formulada, devendo por isso ser equacionada, a igual título.

Cinco interrogações, conjugadas a outros tantos comentários, irão permitir-nos esboçar uma resposta que reputamos de consistente com a situação atual, como se poderá constatar.

Dados

Efetivamente, quanto aos dados que entretanto foram divulgados, estes continuaram sempre a indicar que o referido padrão se mantém, neste mês e meio, com muito ligeiras oscilações, no âmbito da 2ª categoria (ora mais próximo de 50%, ora, de 55%, de acordo com os países), pelo que estes dados continuam a poder-nos servir de referência, para fundamentarmos a nossa abordagem crítica à respetiva estratégia de combate à doença.



References:

1. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Lauer SA et al. Ann Intern Med. 2020 Mar 10.
2. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. Neil M Ferguson et al. Imperial College COVID-19 Response Team. 16 March 2020.
3. Viral dynamics in mild and severe cases of Covid-19. Yang Liu et al. The Lancet, March 19, 2020.

Análise dos dados

Um primeiro comentário aos dados tem a ver com a existência do próprio **padrão**, o que desde logo apontava para ideia de que deveria existir, necessariamente, muito conhecimento anterior, quer em termos de tratamento, quer em termos de propostas de

imunização da população, e de onde sairia a resposta à hipótese geral alternativa (constante neste comentário) e a quatro outras **hipóteses**¹ passíveis de “contestação” (Popper), e de modo nenhum se deveria ter chamado ao vírus “novo coronavírus”, como se estivessemos a navegar em mar completamente desconhecido;

Um segundo comentário conduz-nos à ideia da existência de uma percentagem elevadíssima da população que possuía as condições para ir ficando imunizada, a partir do contacto com o SARSCoV2, situação que cobria quase integralmente a população ativa, sem necessidade de um estrito isolamento social desta;

O comentário seguinte prende-se com a previsível influência da (forte) imunização² da população infanto-juvenil transmitida por parte de alguma vacina, do tipo da BCG, que seria uma das imunizações que vão perdendo eficácia, com o decurso da idade;

Como quarto comentário aos dados diríamos que, em relação à 3ª categoria referida no quadro (uma população próxima da reforma ou reformada), a partir do 5º dia de infeção, o vírus revela-se com intensidade variável, sobretudo em função de comorbilidades diversas, podendo começar, imediatamente, a fazer adoecer as pessoas e a fazer estragos nos pulmões, ou noutros órgãos vitais do paciente (**acompanhamento médico** indispensável);

Um quinto comentário prende-se com 4ª categoria, a qual mereceria uma reflexão autónoma, dada a grandeza da mortalidade que lhe está associada (cerca de metade dos que vierem a ser infetados).

Resultados

¹ O vírus revelava, efetivamente, uma grande semelhança ao SARSCoV1, da crise de 2002, na China, com a diferença de ser mais contagioso pelo que mais rapidamente a população ficaria sob imunidade de grupo), os seus sintomas assemelhavam-se aos do protozoário agente da malária (daí a sensibilidade à Cloroquina) e, como nessa altura o Instituto de Virologia da Un. Cat. de Lovaina, pela boca do seu presidente, seria eficazmente combatido por uma vacina que estivera a “escassos” 300 milhões de Euros, que nunca foram investidos. Apreciem-se, a esta luz, os fundamentos da política de investigação liderada pelos monopólios farmacêuticos que preferiram apostar numa nunca encontrada vacina contra o HIV, como tem sido denunciado por virologistas do Instituto Pasteur, ou da UN. de Aix-Marselha, por exemplo, em lugar da aposta na citada linha de pesquisa. Porventura, admitia-se que este tipo de pandemias se circunscreveria apenas aos países pobres.

A preocupação atual dos mesmos potentados para ficarem bem na fotografia, não deveria continuar a manter “cega” toda a opinião publicada. Repare-se como se vem elogiando a rapidez da resposta como um sinal de grande aposta das farmacêuticas, quando se deveria salientar, com mais precisão de termos, o conhecimento já acumulado.

² Não seria de excluir igualmente o efeito, na redução da mortalidade, resultante da toma de Cloroquina em parte da população portuguesa quer no âmbito do serviço militar ou de viagens a países africanos.

Assim, quanto à última categoria, justificava-se, indiscutivelmente, um grau de rigor equivalente ao da 3ª, no que concerne a vigilância médica de cada um dos contágios, tornado simples na era das revolucionárias tecnologias da informação. Competia à política legislar contra os abusos de modo a não haver cedências ao controlo social). Um aspeto mais determinante ainda, prende-se com a definição de **uma terapêutica a prescrever e a ministrar**, inquestionavelmente, desde o primeiro dia do aparecimento dos sintomas³, os quais, como se constata no quadro acima, nem sempre “aguardariam” cinco dias, após o contágio, para se manifestar. Se a atuação dos serviços de saúde se verifica a partir desse momento, e partindo do princípio que se é imediatamente atendido, vê-se, com nitidez, que a janela de oportunidade de combate à doença começa a estreitar-se muito perigosamente, e ela seria mais estreita consoante a idade. **Todas as horas passariam a contar!**

A questão suplementar que este **estreitamento de oportunidade de tratamento** levanta, é a de que essa característica crucial deveria, imediatamente, impor um equacionamento nas estratégias globais (a nível institucional) ou locais (a nível organizacional – empresas, lares, prisões, etc.). Esse estreitamento já se repercute na 3ª categoria, mas torna-se relevantíssimo na 4ª, onde também se concentram as comorbilidades, sendo esta concentração uma primeira explicação possível da mortalidade acrescida que se verificou, não obstante o (sempre ilusório) completo isolamento destas populações).

Pagar-se-á um preço altíssimo pela falta de formação e de desenvolvimento de comportamentos adequados a tão grande risco. Mesmo assim era forçoso ter-se equacionado outra explicação, a qual, tudo indica, partiria da hipótese de um

³ O “Le Journal Des Femmes – Santé”, de 13/4, revela que a França (país sem uma vacinação sistemática com BCG): é o 3º país europeu com mais mortes; em que 80% dos doentes se curaram sem qualquer tratamento específico ou apenas paracetamol; e que, em reanimação, 92% dos infetados tinham mais de 45 anos (destes 19% com mais de 75), 6,5% tinham menos de 45 anos e que 1,5%, tinham menos de 30 anos. Não são dados confirmatórios do estudo apresentado, mas, convenhamos, eles são relativamente plenamente concordantes. Efetivamente, se 80% das pessoas não apresentaram quaisquer problemas, nesse caso a **economia real** nunca deveria ter sido forçada a “parar”.

Quanto ao tempo de aparecimento dos primeiros sintomas, ver, igualmente, no jornal francês “Le Point – Santé” (1 de abril), o testemunho de um homem de Nice, de 44 anos, que pensa ter sido infetado no dia 10/3, em viagem de avião, e que desenvolve sintomas escassas 36 horas depois (dia 11, à noite): “sensação de alergia ao pólen, irritação nasal, irritação da garganta, arrepios, tosse seca, dificuldade em encher os pulmões, sensação de fraqueza, pressão sobre as têmporas e ligeiras dores de cabeça”. Na manhã de dia 12 é-lhe prescrito paracetamol (Doliprane). No dia 14, perante o agravamento dos sintomas (sensação de esgotamento), e tendo respondido ao médico que não tinha antecedentes cardíacos, é-lhe proposto, sem mais exames, o protocolo do Prof. D. Raoult (Cloroquina + Azitromicina). Só no dia 15 começa o novo tratamento, tendo conseguido dormir (cerca de 17h). Começa imediatamente a melhorar e no dia 19 julga que a doença já ficou para trás. No dia 20 sente-se curado e volta para os seus, após o isolamento voluntário, desde o início, quando pressentiu que tinha sido infetado por alguém que espirrou junto de si.

esgotamento do sistema imunitário, o qual seria tanto mais rápido quanto ele já se encontrasse fragilizado, deixando expostos os outros órgãos vitais, para além do sistema pulmonar.

Conclusão

A monitorização dos sintomas da população fragilizada (no âmbito de organizações altamente inovadoras e participativas) não poderia permitir qualquer descuido no ataque à doença, desde o início dos sintomas, dado o risco de exposição ao esgotamento do sistema imunitário, na primeira “resposta” global da pessoa fragilizada em face do contacto com o coronavírus.

Em síntese, o modelo organizacional burocrático-profissional (Mintzberg, 2006), percebido e deduzido a partir das intervenções dos responsáveis técnico-médicos e governamentais pelo acompanhamento da situação gerada. A opção pela “cultura fragmentada”, própria da ideia de um somatório de especialidades convocadas, ao invés da de ajustamento mútuo própria da abordagem sistémica (Mintzberg, 2006), não parece deixar dúvidas acerca da sua extrema fragilidade (em resiliência, criação de sentido e fiabilidade – Weick e colaboradores) quanto à gestão eficaz e eficiente da crise.

Atente-se na liderança errática, na projeção de uma estrutura confusa realtivamente à distinção entre quem aconselha e quem decide (Lopes, 2016), bem como uma estratégia seguidista (Janis, 1989) sem se saber bem quais as boas práticas selecionadas (isolamento versus imunização), ou, ainda, da completa inadequação da estratégia e da estrutura à cultura portuguesa (Lopes, 2010), extremamente adaptativa e “sensível” à oscilação entre um medo generalizado como ao maior dos desleixos.

A tradicional opção em Portugal por lógicas organizacionais hierarquizadas e adaptativas, confiantes na capacidade de improviso dos atores sociais, parece ter prevalecido, mais uma vez.

Se, porventura, se vier a demonstrar-se que, a BCG era eficaz na prevenção dos efeitos da Covid-19 e que a Cloroquina (em conjugação com um antibiótico barato e disponível) curava os doentes infetados em alguns dias, como numa outra gripe normalíssima, quando tratados aos primeiros sintomas, teremos ainda a oportunidade de ver o desacerto da abordagem ao SARSCoV2 sob o ângulo do desconhecido, em lugar de se pensar com base na comparação com o que já era conhecido.

Se é forçoso, enfim, passar pela imunização da população, na ausência de uma vacina em tempo recorde, necessariamente o país será forçado a decidir-se pelo improviso de última

hora, com todos os custos inerentes, em casos de retoma da virulência do coronavírus a cujo contacto não poderá fugir-se, com bastante probabilidade.

Corolário

A título de corolário, cada empresa, cada instituição ou cada família, deverá preparar-se para cuidar de ter à mão uma hipótese de acesso a uma **consulta médica especializada** que permita a monitorização do estado de saúde dos seus, atacando o coronavírus ao primeiro sintoma, deixando às autoridades sanitário-burocráticas o ónus de contabilizarem o processo de imunização em curso.

A cada qual competirá, entretanto, tudo fazer para **evitar entrar nas estatísticas negras da Covid-19** e garantir a preservação da saúde, não confiando ao sistema burocrático-técnico-médico um futuro que deve e pode continuar a ser de todos e de um.

Bibliografia

Douglas N. Hales, Satya S. Chakravorty. (2016). "Creating high reliability organizations using mindfulness." *Journal of Business Research*.

Janis, I. L. (1989). *Crucial decisions: Leadership in policymaking and crisis management*. New York: Free Press.

Lopes, A. (2010). A cultura organizacional em Portugal: de dimensão oculta a principal activo intangível. (Viseu, UCP) - *Gestão e Desenvolvimento*, Nº 17-18 p. 3-26. ISSN 0872-556X.

Lopes, A. (2016). Cultura de Qualidade e Eficácia Durável: O Primado da Gestão de Pessoas; (UCP, Viseu) - *Gestão e Desenvolvimento*, 24, 3-45.

Mintzberg, H. (2006). *MBA's? Não, Obrigado! Uma visão crítica sobre o desenvolvimento de gerentes*; Lisboa: Editora Bookman.

Philippon, Th. (2007). *Le Capitalisme d'héritiers. La crise française du travail*; Paris: Seuil.

Popper, K. R. (2013). *A lógica da pesquisa científica*; 2ª. Ed. São Paulo: Cultrix.

Vogus, Rothman, Sutcliffe, Weick, 2014. The affective foundations of high-reliability organizing

Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. (2007). *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*; JosseyBass, San Francisco, CA.

Weick K.E., Sutcliffe K.M. (2006). Mindfulness and the quality of organizational attention. *Organization Science*, 17(4):514– 21 524.

Weick, K.E., Sutcliffe, K.M., Obstfeld, D. (1999). Organizing for high reliability. *Organizational Behavior*, 21, 81-123.