

# UM OLHAR SOBRE A PANDEMIA DA COVID-19 EM CABO VERDE

Dr. Pitt Reitmaier<sup>i</sup>

## Perigosidade do Vírus SARS-CoV-2

A 31 de Dezembro as autoridades chinesas informaram à OMS que estavam perante um novo vírus. Duas semanas depois, a sua sequência genética já tinha sido decifrada e publicada, os testes de detecção do vírus ficaram disponíveis, faltando uma vacina e um medicamento específico, o que atesta a velocidade do conhecimento da situação. Depressa aprendeu-se que cada pessoa doente podia infectar 2-3 pessoas, que 85% dos casos eram ligeiros, mas 15% requeriam ser tratados em hospitais, frequentemente com ventilação mecânica e 3 a 12% dos doentes terminavam em óbito. O número de casos e o número de mortes pôde passar a ser rastreado por qualquer pessoa pelo smartphone e comentado nas redes sociais, difundindo a informação, mas também, espalhando a contra-informação. Ainda mais, a epidemia, que se propagou rapidamente, foi acompanhada de grande medo na opinião pública.

A COVID-19 foi, certamente tão perigosa quanto impressionante desde o seu início e, na China, foi controlada com medidas rigorosas de quarentena e *tracing* para muitos milhões de pessoas.

Temos de nos interrogar sobre o que vamos aprendendo, entretanto sobre os riscos e sobre a probabilidade calculável de morrer por Covid-19. Os serviços de saúde, rapidamente ficaram em situação de stress, tanto para os doentes como para o pessoal, quando foram admitidos nos epicentros da epidemia números esmagadores de doentes, todos com o mesmo diagnóstico e muitos deles a morrerem com o mesmo diagnóstico. A percepção do perigo resultante deve ser contrastada com o risco objectivo, a fim de se poder avaliar a sua verdadeira dimensão.

## RISCOS

### Existem estudos que permitem concluir sobre o risco objectivo?

Existem estudos que nos levam a alguma previsão dos riscos, mas tais estudos são difíceis de realizar na fase mais aguda de uma epidemia. No entanto, os primeiros resultados de estudos sero-epidemiológicos e os cálculos para Wuhan e os epicentros na Europa e nos EUA já foram publicados e brevemente devem aparecer muitos mais resultados. Numa amostragem aleatória representativa da população pode-se determinar o número de infecções ocorridas com base na prevalência de anticorpos no soro e estes serem relacionados com casos conhecidos de Covid-19 e com óbitos.

O reconhecido epidemiologista Prof. John P. A. Ioannidis da Stanford University na Califórnia, EUA encontrou no distrito de Santa Clara / Califórnia, 50 a 85 vezes mais seropositivos do que o número de casos registados pelos serviços.

Na análise retrospectiva dos dados dos epicentros da pandemia em Wuhan, na Europa e nos EUA, a análise do Prof. Ioannidis mostra que o risco para as faixas etárias inferiores aos 65 anos, sem comorbilidades é muito baixo e que apenas 0,3% a 1,8% de todas as mortes por

COVID-19 (Países Baixos, Nova Iorque) ocorrem antes da terceira idade em pessoas sem comorbidade significativa. Na Alemanha, escreve ele, este risco é equivalente ao risco de morrer num acidente de viação de uma pessoa que conduz e diariamente percorre 15 km de carro. Em Nova Iorque, o risco corresponde a uma distância diária de 670 km.

## Que perspetivas no cenário de Cabo Verde?

Em alguns países europeus epicentros da infecção, o risco para os indivíduos na terceira idade (65+) é 13 a 73 vezes superior aos de idade inferior a 65 anos. Em termos absolutos, os estudos da Stanford University provam que o risco de morrer de pessoas com mais de 80 anos na COVID-19 variava, aproximadamente entre 1 em 6.000 na Alemanha e 1 em 420 em Espanha. 40% até 50% dos falecidos por Covid-19 morreram em lares de idosos ou foram provenientes desses lares e a idade mediana ronda os 81 anos.

Mas a idade, em si, não é o fator de risco mais prominente! O facto é que, com a idade, as comorbidades importantes como obesidade, hipertensão, cancro, insuficiência cardíaca, pulmonar e renal, são cada vez mais frequentes e são estes os fatores de alto risco.

Porém, a leitura atenta da constituição das pirâmides etárias das populações constitui uma premissa de relevo na estimativa das previsões.

Olhando para o cenário de Cabo Verde ninguém consegue antever o futuro, é certo, mas conhecemos o passado e temos de ter isso em conta para estimar com racionalidade o que poderá acontecer. O sofrimento extremo e as mortes, consequência das fomes dos anos 1940 deixaram Cabo Verde com uma pirâmide etária totalmente diferente dos países europeus industrializados. Nesses anos de fome nasceram menos crianças, a maioria delas morreu de inanição e os poucos que sobreviveram, emigraram com maior frequência do que outras faixas etárias. Por isso, **Cabo Verde** tem relativamente poucas pessoas idosas, apresentando uma população na faixa de 60-79 anos da ordem de 7,3%, enquanto a de 80+ anos preenche apenas 1,2% do total (tabela 1).

Diferentemente, a pirâmide etária de alguns países europeus, caso de **Alemanha**, apresenta uma maior população nas faixas etárias consideradas, com a dos 60-79 anos, representando 21,5% do total, percentagem que é três vezes superior à de Cabo Verde, e as pessoas com 80 e mais anos, correspondem a 6,9%, percentagem neste caso quase seis vezes mais.

Tomando a **Itália** como outro exemplo de análise, a pirâmide etária mostra uma característica semelhante: 22,0% da população tem 60 a 79 anos e 7,4% possui 80 ou mais anos.

Também **Portugal** apresenta uma pirâmide etária semelhante com 22,3% da população na faixa dos 60-79 anos e 6,6% nas pessoas com oitenta e mais anos.

Este é o perfil que prevalece em todos os países desenvolvidos que têm estado à frente na evolução dos dados da pandemia.

Tabela 1:

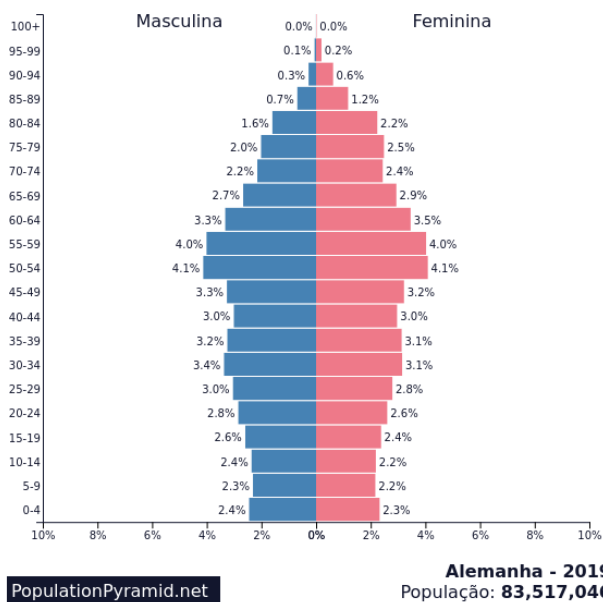
Comparação do percentual da população por faixas etárias de Cabo Verde, Alemanha, Itália e Portugal, 2019			
País	Pop <60	60-79	Pop 80+
Cabo Verde	92,7%	7,3%	1,2%
Alemanha	71,7%	21,5%	6,9%
Itália	70,6%	22,0%	7,4%
Portugal	71,1%	22,3%	6,6%

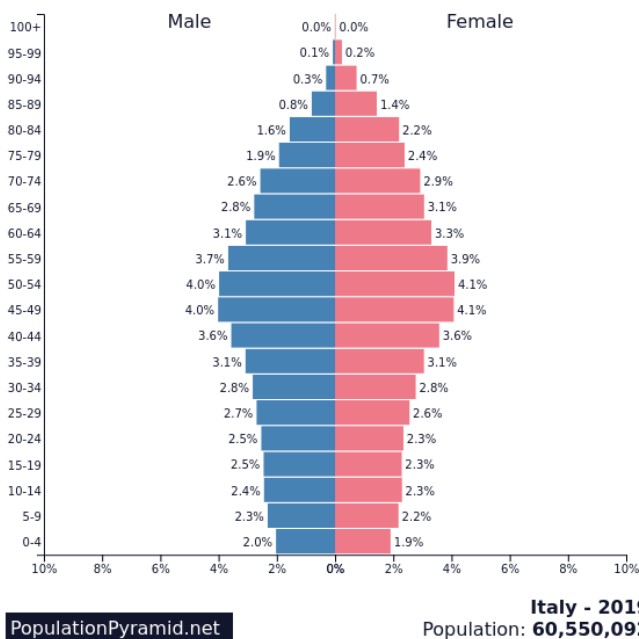
Fonte: PopulationPyramide.net<sup>ii</sup>

## O que se passou nesses países?

**Na Alemanha**, onde apareceu o primeiro caso no dia 27.01.2020, a pandemia está em decréscimo. O Sistema de Saúde conseguiu providenciar camas hospitalares em unidades de cuidados intensivos (UCI) para os doentes graves e fazer a quarentena/isolamento obrigatório para os casos leves. Cedo se desarticulou o influxo de doentes respiratórios por outras causas, separando as infecções nos serviços de saúde.

Assim, se a Alemanha tivesse uma estrutura etária igual à de Cabo Verde e com as medidas aplicadas, teria registado apenas 1 660 em vez das 7 876 pessoas que morreram de Covid-19, até 13 de Maio (ou seja **79% menos**).

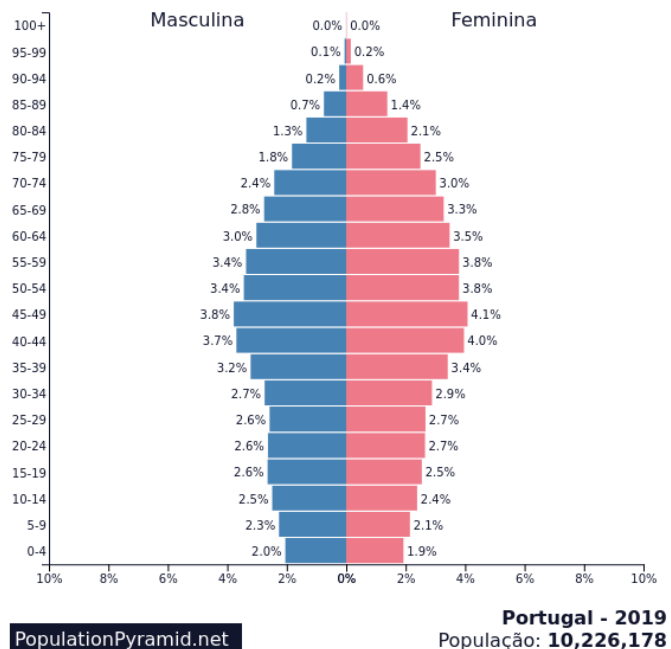


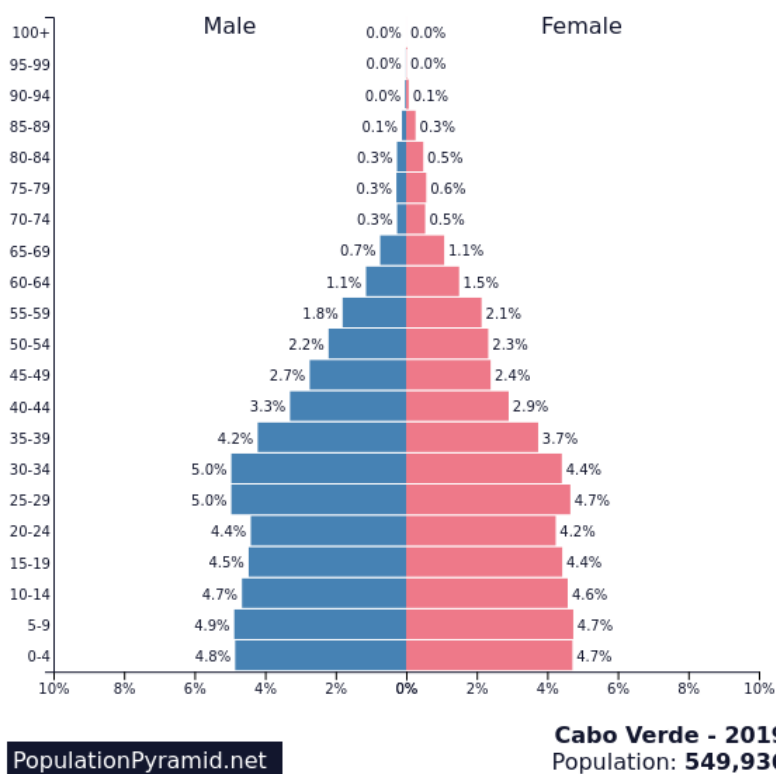


**Na Itália**, as regiões industriais do norte do país tornaram-se no pior epicentro da pandemia na Europa, tendo os primeiros dois casos sido diagnosticados no dia 28.01.2020 e a pandemia também está em diminuição. O sistema de saúde não teve tempo nem recursos suficientes para se preparar para o ingresso em massa de doentes. Além disso, durante os meses de inverno as camas hospitalares são tradicionalmente escassas, ocupadas por idosos e o número de camas de cuidados intensivos é insuficiente. Foram feitos esforços para concentrar os doentes nos hospitais, cujas urgências rapidamente entraram em colapso. A Itália tinha um pessoal

médico e de enfermagem mais idoso e o número elevado de efectivos infetados, doentes ou em quarentena enfraqueceu os serviços, ainda mais. A influência da estrutura etária foi bastante óbvia também na Itália. Em vez das 29 523 mortes registadas até 13 de Maio, o número poderia ter sido de 6 051 (**79% menos**) se tivesse uma pirâmide etária semelhante à de Cabo Verde.

**Em Portugal** os primeiros 4 casos de Covid-19 foram registados no dia 03.03.2020 e a pandemia está em regressão. Por ter iniciado mais tarde em relação a alguns países europeus, o SNS terá tido tempo para se preparar melhor a partir das experiências desses países que o antecederam e das insuficiências identificadas, cedo adotou abordagens de prevenção e pôs em prática medidas de saúde pública para conter o risco de propagação do vírus. Embora o nível da mortalidade tenha sido bem mais baixo que em Itália a influência da estrutura etária é a semelhante. Em vez das 1 184 mortes registadas até 13 de Maio, o número poderia ter sido de 272 (**77% menos**) se tivesse uma pirâmide etária semelhante à de Cabo Verde.





**Cabo Verde** registou o primeiro caso importado no dia 19.03.2020 na Ilha da **Boa Vista**. Dois Resort-Hotéis do turismo de praia e sol foram postos sob quarentena e os aeroportos para onde, já antes tinham sido interditados voos de epicentros da pandemia na Europa, foram fechados.

Na Ilha de **São Vicente**, outro caso importado chegou ao conhecimento a partir do dia 04.04.2020. O vírus circulou numa família, desde fins de Fevereiro, mas dado o comportamento exemplar dessas pessoas não houve uma propagação comunitária.

Na Ilha de **Santiago**, especialmente com os primeiros casos nos bairros pobres de alta densidade habitacional na **Cidade da Praia** (1º caso a 19.04.2020), apareceu outro tipo de propagação, predominantemente comunitária. São Vicente desde 06.05.2020 e Boa Vista desde 21.05.2020 estão livres de casos activos e as seis ilhas restantes habitadas não registaram qualquer caso positivo. A epidemia local em Santiago, entretanto está passando da fase inicial para uma fase mais estacionária que requer outros meios de diagnóstico epidemiológico e intervenção além do seguimento e isolamento dos infectados e os seus contactos. Os infectados e doentes, na sua maioria são assintomáticos ou estão sem sintomatologia grave.

Se quisermos estimar o que poderia ter acontecido em Cabo Verde, em termos de mortes, se o país tivesse sofrido uma epidemia análoga a que se verificou num desses países europeus referenciados - Alemanha, Itália ou Portugal – e se aplicasse a mesma padronização no método descrito, encontraremos os seguintes números de óbitos:

Tabela 2:

<b>Distribuição padronizada para a idade de óbitos por COVID-19 em Cabo Verde até 13. Maio 2020, por grupos etários (549.936 hab.)</b>				
<b>Cenário fictício</b>	<b>Óbitos &lt;60</b>	<b>Óbitos 60-79</b>	<b>Óbitos 80+</b>	<b>Total</b>
Alemanha (83,5 Mio)	2	4	6	12
Itália (60,5 Mio)	16	50	71	137
Portugal (10,2 Mio)	4	9	23	36

Método simplificado de padronização para a idade (age standardization<sup>iii</sup>)  
ver nota de rodapé (<sup>1</sup>)

<sup>1</sup> O método simplificado de **padronização para a idade** destas estimativas segue os passos seguintes:

1. Divide-se o número de óbitos comunicados por faixa etária de 10 anos pelo número de habitantes da faixa etária correspondente. O resultado serve como **proxy da mortalidade específica por classes etárias** de 10 anos.  
**Exemplo:** Na Alemanha foram registados até a data da comparação (13. 05. 2020) 1764 mortos de idade compreendida entre 70 e 79 anos. O país refere ter 7.589.596 habitantes nesta classe etária.  
 $1764 / 7.589.596 = 0,000232423$  indica uma mortalidade específica por COVID-19 na idade entre 70 e 79 anos de 232 por Mio.
2. Divide-se, o número de habitantes por faixa etária de 10 anos pelo número total de habitantes. O resultado serve como **proxy da proporção por classes etária** de 10 anos.  
**Exemplo:** Alemanha tem 83.517.045 habitantes (2019), 7.589.596 de idade compreendida entre 70 e 79 anos.  $7.589.596 / 83.517.045 = 0,090874815$ , quer dizer que 9,1% da população total.
3. Repete-se o procedimento do passo 2 com os dados de Cabo Verde.  
**Exemplo:** Cabo Verde tem 549.936 habitantes (2019), 9.027 de idade compreendida entre 70 e 79 anos.  $9.027 / 549.936 = 0,016414637$ , quer dizer que 1,6% da população total.
4. Calcula-se o **factor de estandardização demográfica por classe etária**, a fim de comparar os números de óbitos entre países.  
**Exemplo:** Cabo Verde 1,6% e Alemanha 9,1% -  $1,6 / 9,1 = 0,175824176$ , quer dizer que para o fim de comparar dados da Alemanha com os de Cabo Verde, temos que ter em conta que o peso das classes etárias é muito diferentes e terá que ser corrigido, pelo fator de 0,18. No *cenário hipotético de uma Alemanha com a estrutura etária de Cabo Verde*, teria apenas um número de óbitos entre 70 e 79 anos de  $1764 \times 0,18 = 319$ .
5. Somando estes números hipotéticos do passo 4 de todas as classes etárias chegamos a um total de 1.660 mortos "Se a Alemanha tivesse a estrutura etária de Cabo Verde".

**Anotação:** Consciente dos variadíssimos erros de registo e da configuração dos relatórios entre países, das pequenas alterações nas pirâmides etárias entre a data de publicação e os dados de mortes comparados, este método simples somente perderá o seu valor quando o registo e análise de dados epidemiológicos segue regras uniformes e apresenta *indicadores padronizados para a idade*.

## A estratégia de combate à Epidemia em Cabo Verde e a evolução do contágio

Cabo Verde segue uma estratégia de confinamento, distanciamento social, higiene pessoal e social reforçada e de *tracing* (rastreamento) dos contatos conhecidos das pessoas infectadas. É-nos difícil fazer uma avaliação a rigor por não termos acesso a todas as informações e meios disponíveis quando as decisões foram tomadas, por restrição das nossas fontes aos comunicados e à informação pela imprensa. Mas sabia-se, já antes de surgir no país, que a doença é potencialmente letal e que se podia esperar uma provável e rápida propagação e conseqüente sobrecarga dos serviços. A avaliação a posteriori é sempre melhor e diríamos, por exemplo, que a proibição de voos de ligação a Portugal poderia ter sido alargada, logo na ocasião, a todos os países europeus. Depois da confirmação do primeiro caso o conselho que poderíamos dar era exatamente o que aconteceu: quarentena para os hotéis em questão, incluindo turistas e pessoal; alargamento da capacidade de diagnóstico e seguimento dos casos e contatos. Isto é a base de controle de qualquer epidemia com propagação do patógeno homem-homem.

Partindo do princípio de que as infecções ocorrem sobretudo de transmissão por gotículas, mas também por superfícies contaminadas (o que até à data não está provado, mas podendo ser provável), o Instituto Nacional de Saúde Pública vem emitindo para a população as regras de higiene correctas no seu conteúdo e forma, mesmo se considerar que deveria ter aconselhado, por exemplo, evitar aglomerar pessoas nas farmácias, sem álcool e gel alcoólico em stock. As boas instruções foram as baseadas em soluções mais económicas e localmente disponíveis, lavar as mãos com sabão de barra e a desinfecção de superfícies com lixívia.

Com o confinamento, Cabo Verde travou a taxa de infecção e "*ganhou tempo*" a fim de preparar os serviços para o esperado ingresso de muitos doentes graves, para separar doentes com problemas respiratórios de outros doentes, para aumentar a capacidade de camas e equipar e qualificar os profissionais para a ventilação mecânica.

O DNS e sua equipa têm mostrado muita experiência e uma mão muito hábil nos controlos dos contatos, especialmente quando se tem em conta a escassez de testes disponíveis.

Problemas de organização, disciplina, fiscalização e cooperação com as pessoas em quarentena no Hotel Karamboa levaram a um súbito aumento do número de pessoas infectadas na Boa Vista, mas que não conduziram a casos graves, como é de esperar entre jovens empregados e saudáveis.

Até agora, o vírus foi restringido a três ilhas, as barreiras de higiene entre as ilhas parecem funcionar bem, o que é, com certeza, conseqüência de uma estratégia uniforme, clara e fiscalizada.

## Os testes sorológicos ajudam-nos a perceber a dimensão da infecção e a escala de letalidade?

Em saúde pública, os indicadores, os mais precisos possíveis, constituem um princípio orientador para definição e avaliação das estratégias e intervenções e, quando necessário, alterá-las.

Actualmente, ouvimos falar frequentemente dos resultados dos testes PCR. Estes conseguem detectar vírus intactos (ou fragmentos dos mesmos). Um teste positivo prova que o paciente é portador de vírus, nesse momento.

Embora não se saiba ainda, ao certo, por quanto tempo durará a imunidade após uma infecção pelo SRA-CoV-2, os anticorpos no soro podem ser utilizados para detectar quem já foi infectado no passado. Em São Vicente, ficou assim provado que os familiares do primeiro doente tinham sido infectados no passado recente, esclarecendo o ponto provável de entrada do vírus.

Enquanto houver poucos casos de uma nova doença epidémica, a quarentena e a detecção do vírus em pessoas de contacto são uma boa forma de abrandar uma epidemia. Quando a frequência das infecções aumenta, quando a propagação é predominantemente comunitária em bairros de densidade habitacional alta, este método perde parte da sua validade. Vamos supor que 20% da população esteve ou está infectada. Nesse caso, o teste PCR prova que uma pessoa é portadora do vírus, mas não nos diz quando, nem onde ou por quem foi infectada.

## Que estratégia deve ser adoptada na aplicação desses testes, para que eles possam ser representativos?

Sabe-se que em cada 100 pessoas infectadas com SRA-Cov-2, menos de 20 desenvolvem sintomas e apenas 2-3 são hospitalizadas. Os serviços de saúde apenas vêem uma pequena proporção das pessoas infectadas e as entrevistas não ajudam a determinar quantos já tiveram contacto com o vírus. Para calcular indicadores significativos, deve ser conhecido o número de pessoas infectadas. Para o efeito, não é possível recolher amostras de sangue em todos os habitantes, mas deve ser escolhida uma *amostra representativa*, na qual todos os habitantes têm a mesma oportunidade de ser examinados. Em função dos critérios definidos na construção do inquérito e na recolha da amostra, é possível distinguir entre diferentes grupos, por exemplo, de acordo com a idade, sexo, profissão e rendimento, mas a amostra deve ser maior e o estudo torna-se mais caro. A teoria da amostragem é complexa e é recomendada a inclusão no grupo de estudo de um estatístico experiente em epidemiologia, **antes** de serem determinados os objectivos, o método e as hipóteses a serem testadas e o orçamento. A dimensão de uma amostra de 2 000 a 5 000 indivíduos é facilmente atingida, e depende muito pouco do número total de habitantes o que é um constrangimento técnico e financeiro para pequenas ilhas como Cabo Verde.



## **Com a estratégia do confinamento e, agora a reabertura da economia, é expectável um aumento do número de contágios?**

O sucesso das regras de confinamento depende:

- da sua implementação imediata;
- da aceitação pela população, que varia muito em função da cultura e da educação e da confiança no sistema partidário, político e de saúde;
- da exequibilidade para a população urbana mais pobre com elevada densidade habitacional;
- medidas sociais e segurança de rendimentos;
- Acesso de TODOS aos serviços sociais e de saúde e a rendimentos de emergência sem discriminação para os sem-abrigo, trabalhadores migrantes sem documentos, trabalhadores do sexo sem rendimentos, toxicodependentes e alcoólicos, para mencionar apenas alguns;
- controlo e fiscalização.

O levantamento das regras do confinamento deve ser racional, planeado, e seguir resultados epidemiológicos fiáveis - possivelmente combinar a abertura de algumas áreas da vida social com novas regras para outras áreas.

A investigação epidemiológica de acompanhamento está a tornar-se cada vez mais importante. Por exemplo, ainda não se sabe como as escolas e os jardins de infância irão influenciar a ocorrência de novas infecções, o quanto as proibições de excursões e visitas às praias são eficazes, qual o contributo que as máscaras faciais caseiras oferecem na prática diária, e muito, muito mais.

O exemplo da China, onde a economia foi paulatinamente reaberta, mas os contágios não aumentaram, deve ser analisado no contexto próprio. O impressionante rigor, disciplina e poder organizacional das culturas orientais é frequentemente equiparado à forma autoritária do governo da China que é difamada ou elogiada em função das convicções políticas da pessoa ou da organização que relata. O facto é que o controlo coerente e imediato das pessoas de contacto, as medidas de desinfeção, quarentenas e os controlos exaustivos da temperatura corporal conseguiram fazer recuar a epidemia, quer na China, em Singapura, na Coreia do Sul, no Japão ou em Taiwan.

## **Que medidas devem ser adoptadas para mitigar a probabilidade de contágio?**

Talvez tenham sido inventadas muitas regras: de distanciamento e confinamento; fixados números máximos de participantes em reuniões; regras de desinfeção a fim de mitigar a probabilidade de contágio; etc., variando de país para país - regras baseadas em hipóteses, mas não em estudos sérios. Isto deverá mudar rapidamente! Há que pôr fim a regras que pouco ou nada contribuem ou que criam óbvias rejeições nas pessoas, enquanto as que têm

eficácia comprovada devem ser reforçadas e mais bem controladas. Não devemos esquecer que, numa epidemia com baixo risco de mortalidade para os grupos etários produtivos, saudáveis e desportistas, os *puxadores do vagão*, a aceitação pode rapidamente converter-se em rejeição. Quanto mais as medidas são convincentes e baseadas em evidências, mais provável é os cidadãos e os políticos, aqueles que respeitam os factos, as seguirem.

## O que será mais eficaz para debelar a pandemia, esperar que a doença evolua por si só, por um medicamento ou por uma vacina?

Neste ponto, fazer uma previsão é difícil por falta de uma visão interna e detalhada da investigação nestas áreas. Drogas e vacinas divulgadas sob a pressão de presidentes populistas não resolveram o problema, mas politizaram-no, desencadearam uma disputa estúpida e contraproducente sobre o papel e o financiamento da OMS, sobre alegados atrasos na cooperação internacional e teorias de conspiração abstratas e autorizaram estudos irresponsáveis e protocolos clínicos que, por negligência, puseram em risco e custaram a vida de voluntários! Quando são necessárias segurança financeira, transparência, cooperação na investigação e no ensino e livre acesso a todos os dados, comportamentos concorrenciais tentam assegurar vantagens nacionalistas e têm torpedeado uma solução rápida.

Na corrida por uma vacina, um grupo sem fins lucrativos de Oxford tem uma clara liderança, uma vez que o seu desenvolvimento se baseia em estudos existentes, avançados sobre outras vacinas e já recebeu aprovação para testes clínicos em 6 000 voluntários. Com a enorme procura mundial, uma única vacina não resolverá o problema, mas será precisa uma multiplicidade de vacinas produzidas e distribuídas simultaneamente em números astronómicos. Olhar apenas para a rapidez e as vantagens económicas de aprovações especiais e protocolos menos rigorosos só pode causar mal. A vacinação destina-se a milhares de milhões de crianças e adultos saudáveis, pessoas cujo risco de mortalidade por COVID-19 é muito baixo. É muito importante evitar danos no processo de criação da vacinação e efeitos secundários indesejáveis que provocarão, certamente o descrédito desta vacina e de todas as vacinações, em geral.

## O que faltará na resposta do Sistema de Saúde ao COVID-19?

O que lamento muito, tanto em Cabo Verde como na Alemanha, Itália e outros epicentros da pandemia, é a concentração quase exclusiva do foco da resposta na clínica, em cuidados intensivos mais eficazes e tecnicamente mais sofisticados. Os pacientes que ali necessitam de ser ventilados e desabituaados da ventilação, cujos sistemas orgânicos são mantidos a funcionar com medicina intensiva, são quase exclusivamente pessoas idosas já com uma variedade de condições pré-existentes. Na maioria dos países, 40% destes pacientes provêm de lares de idosos. Fora da pandemia, estes doentes recebem **cuidados médicos paliativos**, muitas vezes a seu pedido, que é previamente estabelecido por escrito num **testamento vital**, uma **declaração antecipada de vontade**. No entanto sabe-se que, tanto em Itália como na Alemanha, muitas vezes não foi seguida a vontade do paciente e desrespeitados os testamentos vitais. Trata-se de um desastre ético e clínico, até porque os resultados do tratamento para os idosos com doenças crónicas pré-existentes não são

convincentes. De acordo com os resultados publicados pelo *Centro Nacional de Auditoria e Investigação de Cuidados Intensivos do Reino Unido* (ICNARC) apenas um em cada três dos doentes ventilados em unidades de cuidados intensivos no Reino Unido teria hipótese de ter alta vivo. A maioria dos idosos, de acordo com estudos realizados na América do Norte e na Europa Central, exclui, no seu testamento vital, tratamentos intensivos e prefere uma escolha informada quanto ao tratamento que irão permitir no final das suas vidas. O seu receio, muito legítimo, é que sofram numa unidade de cuidados intensivos, sem terem a perspectiva de regressar à sua vida anterior devido a sequelas e deficiências maciças.

Portugal foi um dos últimos países da Europa a fazer aprovar uma lei no parlamento, em 2014, e a introduzir o testamento vital. A *Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*<sup>iv</sup> desenvolveu um guia prático para os cuidados paliativos dos pacientes da Covid-19, que lhes permite viver um final de vida sem dor, asfixia e pânico, de preferência acompanhados por familiares.

Em Cabo Verde, não há notícia de iniciativa similar. Mas uma iniciativa legislativa deveria abrir o caminho e os serviços de saúde poderiam introduzir protocolos para tratar essas pessoas idosas com Covid-19 conforme a sua vontade. Cuidados intensivos e respiração invasiva são uma opção boa e importante, cuidados paliativos que podem aliviar a partida e torná-la menos dolorosa ou angustiada, são outra alternativa de valor equivalente.

### **Previsão para o fim desta onda pandémica. Haverá novas vagas?**

Não sei, mas parece que o vírus estudou bem a teoria de Darwin! Ou, digamos, que mesmo uma pequena sequência de RNA, o vírus, está sujeito as regras da selecção natural e sabe encontrar o seu nicho por mutações e recombinações, talvez para novas pandemias de coronavírus diferentes. A pandemia da gripe espanhola de 1918-21 e as pandemias das gripes em geral ensinam-nos não apenas que os vírus se adaptam. Deveríamos também ter aprendido que as recomendações dos médicos e cientistas, de então, foram negligenciadas pelos militares e políticos. Soldados infetados foram enviados da América para o campo da batalha na Europa, dados foram tratados como segredo nacional, inventados e camuflados, para não impedir a movimentação de tropas e a epidemia alastrou-se!

### **Que mecanismos os países podem adoptar para evitar a repetição de lockdowns em casos de novas ondas ou até novas pandemias?**

As pandemias virais têm a sua origem em zoonoses, quer dizer vírus que convivem, há muito com animais selvagens, conseguem saltar as barreiras para os seres humanos, adaptam-se e encontram uma maneira de propagação homem-homem ou homem-vetor-homem. Isto não é novidade! Em África e América Latina o reaparecimento da febre amarela nas grandes cidades, praticamente livres da doença, serviu como indicador seguramente de que havia concentrações de jovens, rebeldes ou tropas que treinaram em regiões selvagens, perto de populações de macacos portadores assintomáticos, mas que passaram, através de mosquitos, o vírus aos jovens e estes o levaram para a cidade. O vírus, repetidamente tem conseguido saltar a barreira entre animais selvagens e humanos.

A próxima pandemia, talvez já se encontre em preparação no contexto criado pelas formas de exploração e pressão que o homem exerce sobre os animais selvagens e o seu habitat.

A *carne da caça*, tal como é oferecida em muitos mercados em África, ou os morcegos nos mercados húmidos chineses, provém de uma natureza onde existem milhões ou mesmo milhares de milhões de vírus diferentes, inofensivos para os animais, mas potencialmente muito perigosos para outras espécies e os seres humanos. A maioria destes vírus nem têm nome porque nunca foram estudados. A progressiva redução e exterminação dos ecossistemas obriga os animais a aproximarem-se dos seres humanos e expõem-nos à motivação do lucro do homem. Se não forem objeto de extinção, esses animais são guardados em jaulas e vendidos, comidos ou explorados de outra forma.

Portanto, o primeiro e mais importante passo para evitar novas pandemias é levar a sério a protecção da natureza, manter e expandir, consistentemente o habitat dos animais selvagens e juridicamente criar, observar e proteger reservas naturais com zonas-tampão, que impeçam a aproximação dos seres humanos aos animais selvagens.

Se olharmos mais de perto e sistematicamente para as doenças infecto-contagiosas emergentes - Vírus Marburg, SIDA, Ébola, Lassa, SARS, MERS, COVID-19 e outras -, deveremos resumir que a humanidade as criou através de uma relação incorreta, para não dizer criminosa, com a própria natureza. Não é necessário um malvado laboratório de serviços secretos. Grupos de madeireiros, camionistas, caçadores furtivos e povoadores pobres em busca de uma vida melhor, podem fazê-lo até sem saber o que estão a fazer.

Para prevenir novas pandemias e limitar o seu impacto na vida humana os parlamentos devem tomar medidas que conduzam a políticas ambientais, económicas e sociais mais responsáveis.

Durante o confinamento, muitas pessoas tiveram tempo suficiente para reflectir sobre esta questão, e certamente pensaram nela mais do que nós, que passámos algumas semanas tranquilas e pacíficas nas montanhas de Santo Antão, livre de casos.

No entanto, no alto da lista de tópicos que eu gostaria de dar relevo e apoiar nesse debate estão:

- Protecção da biodiversidade e dos ecossistemas
- Promoção eficaz e expansão de sectores económicos que, comprovadamente, reduzem o consumo de recursos e a poluição ambiental e melhoram a qualidade de vida dos seres humanos e dos animais. Estas incluem as energias renováveis, os transportes públicos locais movidos por energia renovável, ciclos económicos limitados a nível regional com distâncias curtas, valor acrescentado local e segurança do aprovisionamento para a população.
- Retirada de subsídios, apoios e isenções para sectores económicos que, devido aos seus métodos de produção e produtos desastrosos, constituem um fardo para o ambiente e para a comunidade social. Estes devem ser replanificados e conduzidos a um crescimento negativo de uma forma socialmente aceitável através da fixação de preços e da tributação. Incluem os setores de energias fósseis, produtos de plástico de curta vida e utilidade ou até descartáveis, produção de animais em massa, têxteis não recicláveis, açúcar, álcool e outras drogas.

A crise Corona veio, mais uma vez, sublinhar a necessidade de uma política social e de saúde diferente. Nenhum parlamento deve permitir que a política e a gestão da saúde sejam deixadas a um chamado "mercado". Na maioria dos países, os serviços de saúde e lares de idosos entraram na pandemia mal preparados, apesar dos avisos repetidos e dos planos de pandemia nas gavetas. A escassez de pessoal de enfermagem já era notória anteriormente, o vestuário de protecção não estava disponível e os serviços e o número de camas estavam irracionalmente distribuídos, em desvantagem para a população pobre. A saúde é um mercado em que o Estado não sabe, não quer ou não pode controlá-lo, um **mercado prescritor**, onde o prescritor está sujeito à publicidade e aos lobbies e não ao consumidor, onde os preços não são determinados livremente pela oferta e procura, mas sim fixados em negociações entre companhias de seguros, prestadores de serviços e a indústria farmacêutica global, e, em regra, não reflectem nem as necessidades da população nem os custos de produção, mas sim o poder dos grupos e dos seus representantes nas negociações. Trata-se bastante menos de um mercado livre e muito mais de um jogo livre de lobbies.

A nossa compreensão da desigualdade na sociedade também aumentou e está a alargar-se a partir de um debate em que as causas da injustiça e desvantagem sociais estão a alargar-se ao domínio do impacto na sociedade como um todo.

Sabia-se, antes da pandemia, que 30 milhões de pessoas nos EUA vivem sem seguro de saúde. Sabia-se que milhares de pessoas estão desalojadas nas cidades ricas da Alemanha rica e dormem nas ruas. Sabia-se que por cada cama dupla de hotel que surge no turismo de sol e praia em regiões pobres, mais uma pessoa é obrigada a viver em bairros de lata.

A enumeração dos grupos desfavorecidos pode ser alargada, embora eles sejam conhecidos, localizados, contados e estudados, as intervenções têm sido feitas com argumentos predominantemente morais e com raciocínios eleitorais, sempre tardios, de volume insuficiente, subfinanciados e pouco sustentáveis.

O que a **Crise Corona** trouxe de novo para a vivência quotidiana foram os riscos adicionais para a saúde pública que estão 'incubados' nos centros de carência social e porque afectam toda a sociedade. A interacção entre pobreza, ignorância e riscos de infecção será investigada de novo e debatida nos parlamentos. Resta saber se isto beneficia ou prejudica os desfavorecidos ou, mais uma vez, beneficia os gananciosos e desinibidos.

Durante a pandemia, os mesmo decisores políticos que antes defendiam com zelo religioso o paradigma da superioridade do sector privado e um mercado que regula tudo, hoje apelam a um Estado mais intervencionista e mais social. O modelo neoliberal tem os seus pontos fortes, derivados da experiência em gestão de empresas. Mas, nos momentos de crise, pouco faz para ajudar a economia nacional, o bem-estar do país e da sua população. O estado teve sempre de intervir com dinheiro dos contribuintes e salvar empresas, bancos e hospitais todas as vezes que o modelo falhou.

Nesse sentido, os princípios a seguir são praticamente evidentes por si mesmos:

- Segurança básica para todos, desde os *sem-documentos* até aos diretores e presidentes.
- Seguro obrigatório e acesso de todos a um sistema do Serviço Nacional de Saúde, com contribuições baseadas nos rendimentos e não apenas nos salários. Desta forma, o financiamento dos cuidados de saúde torna-se independente da decrescente massa salarial e está ligado ao produto nacional (modelo suíço). Os lucros provenientes de acções e outros investimentos começam a contribuir.
- A criação de habitação e de infra-estruturas de serviços essenciais deve ser mais prioritária do que a implantação de empresas. O argumento da criação e preservação de emprego, deve ser contrariado pelo argumento de uma vida digna e segura e dada prioridade.
- A redução das desigualdades numa sociedade não é um sinal de altruísmo benevolente. É a consequência lógica das sequelas da desigualdade, da vulnerabilidade e de uma protecção insuficiente de todos.

As fronteiras tradicionais entre saúde local e global, entre regiões ricas e pobres, começaram a dissolver-se.

Pico da Cruz, Santo Antão, 29/Maio/2020.

Agradecimentos:

Dr. António Pedro Delgado MD, MPH, PhD, pela revisão crítica do texto

Nuno Andrade Ferreira, Jornalista em Cabo Verde, pela sugestão de escrever sobre este tema.<sup>v</sup>

---

i Ver também <https://www.bela-vista.net/Covid-19-in-Cabo-Verde.aspx>

ii © December 2019 by PopulationPyramid.net, made available under a Creative Commons license CC BY 3.0 IGO:  
<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/>  
<https://www.populationpyramid.net/pt/alemanha/2019/>  
<https://www.populationpyramid.net/pt/it%C3%A1lia/2019/>  
<https://www.populationpyramid.net/pt/cabo-verde/2019/>  
<https://www.populationpyramid.net/pt/portugal/2019/>

iii ver: [https://en.wikipedia.org/wiki/Age\\_adjustment](https://en.wikipedia.org/wiki/Age_adjustment)

iv ver: <https://www.apcp.com.pt/>

v Expresso das Ilhas, edição 963 de 13 de Maio de 2020  
Expresso das Ilhas, edição 964 de 20 de Maio de 2020