

Da Ética do Medo ao Medo da Ética

From the Ethics of Fear to the Fear of Ethics

João Pina^{1*} 

Afiliação

¹ Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente, Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, Angra do Heroísmo, Portugal.

Palavras-chave

COVID-19; Ética; Pandemia; SARS-CoV-2

Keywords

COVID-19; Ethics; Pandemics; SARS-CoV-2

PANDEMIAS

Da ética do medo ao medo da ética procura reflectir, ainda que de forma sucinta, sobre a linha ténue que separa o medo inicial, pristino, tido como mecanismo natural de protecção da vida, do medo institucionalizado que procura poder, glória ou dinheiro à custa da dignidade ou da liberdade dos cidadãos, e é, por isso, um atentado à vida.

As pandemias geram medo. Porque ninguém está preparado, o agente é invisível e a vida do ser humano fica dependente da mesma resposta que tinha em tempos pré-históricos: resposta imune que demora alguns dias a acontecer. Defesa única em que sempre confiámos na relação que mantemos com milhares de bactérias e vírus.

Uma autoridade sanitária atenta, capaz e ágil pode minimizar os danos na saúde, na sociedade e na economia. No entanto, a forma como esta intervenção comunitária é feita pode gerar mais medo e produzir pânico com atitudes irracionais e descontroladas por parte da população e com consequências catastróficas muito para além dos danos naturais da infecção viral.

O véu do medo encobre a realidade, perturba o discernimento, tolda o julgamento, tolhe a iniciativa, mas também induz mansidão e obediência criando oportunidade para a realização de agendas à margem da estratégia de luta contra a epidemia. De reacção instintiva inicial que visa proteger a vida contra um perigo súbito e desconhecido, o medo pode tornar-se crónico, através da presença de símbolos e da prática de rituais que o perpetuam esvaziando a vida de sentido. O paradoxo é que do papel inicial de proteger a vida, a persistência do medo, em tempo ou em intensidade, pode pôr a própria vida em risco ao roubar a liberdade e pôr em

causa a própria dignidade do ser humano.

Para o médico que já viveu tempos de pandemia noutras alturas, surgem várias diferenças com a actual que levantam questões importantes: a) É eticamente discutível aceitar a diminuição do afluxo aos serviços de urgência e a redução dos internamentos e das cirurgias, sem pensar no excesso de mortalidade que resulta da estratégia de medo, #FiqueEmCasa; b) É inesperado o silêncio dos profissionais de saúde face aos confinamentos radicais baseados em testes diagnósticos de baixa sensibilidade e que estão a ser usados para rastreio; c) O uso da máscara cirúrgica, com tão baixa eficácia para vírus, põe em causa as especificações mais exigentes a que tanto nos obrigamos noutras circunstâncias; d) A forma como são dadas as notícias, mencionando a taxa de letalidade e usando em denominador o número de pessoas que testam positivo, ou seja, as “RNA-positivas”, as contaminadas e as infectadas, distorce a realidade. “RNA-positivas” e contaminadas não são doentes.

Sobre a pandemia H1N1, diz o Grupo Operativo Nacional da Gripe da Direcção geral da Saúde (DGS) em 2010¹:

À semelhança de outros países, também em Portugal se registaram óbitos associados à gripe A (H1N1) 2009. (...) O resultado da análise dos óbitos notificados em Portugal, por gripe pandémica, poderá dar um contributo importante para o conhecimento das características da infecção pelo vírus influenza A (H1N1) 2009, para que o nível de preparação para futuras pandemias seja melhorado.

A mortalidade H1N1 no primeiro ano foi de 124 óbitos. Muito pouco comparado com a actual pandemia, dir-se-á. Era um aviso? Quais foram as medidas que aprendemos e que foram usadas na pandemia de 2020?

E talvez a gripe A não tenha sido assim tão inofensiva: Quase metade dos óbitos (46,8%) tinha idade compreendida entre os 45 e os 64 anos e cerca de um terço (35,5%) entre os 15

Autor Correspondente/Corresponding Author:

João Paulo Azenha Pina

Morada: Universidade Católica Portuguesa, Rua Diogo Botelho, 1327, 4169-005 Porto, Portugal.

E-mail: pina.jp@gmail.com

e os 44 anos com 6 óbitos abaixo dos 15 anos. Apenas 16 (12,9%) dos óbitos ocorreram no grupo com idade ≥ 65 anos. Das 124 pessoas que morreram, 95 passaram pelas unidades de cuidados intensivos (UCI). De todos os assintomáticos ou com sintomas ligeiros, quantos teriam testado positivo na população em geral?

Estimaram-se em 2853 os anos potenciais de vida perdidos; em média cada falecido perdeu 23 anos de vida, o que equivale a 30,8 anos por 100 000 habitantes. A estimativa para a actual pandemia é de 13 anos por cada 100 000 habitantes e para a diabetes é de 8 anos/100 000 habitantes.

O PODER, A SAÚDE E O MEDO

O objectivo da saúde pública é prevenir ou minimizar o impacto das doenças ao nível da população. As estratégias foram mudando ao longo do tempo. Com as doenças contagiosas, sobretudo na Idade Média, a única opção era o isolamento sendo que a quarentena era muito praticada com os barcos que vinham de longínquas e desconhecidas paragens e arribavam aos portos das grandes cidades europeias. Mais tarde, a higiene pública e o saneamento básico, tornaram-se os verdadeiros responsáveis pelo grande aumento da esperança média de vida. As primeiras sugestões da prática de inoculação para a varíola, curiosamente, também vêm da China no século X. Os chineses também praticaram o mais antigo uso documentado da *variolação*, desde o século XV. O método, apelidado de "*insuflação nasal*", baseava-se na administração, por sopro, de material de varíola em pó até às narinas. No século XVIII, Jenner usa com sucesso um inóculo de varíola bovina para vacinar uma criança contra a varíola humana. Mas é Louis Pasteur que no fim do século XIX introduz uma segunda geração de vacinas para o antraz e para a cólera e se iniciam programas nacionais de vacinação em massa. Programas que se tornaram troféus de prestígio para os serviços de saúde e para os governantes desses países, chegando mesmo a tornar-se um importante activo político. E justamente, pois muitos milhões de vidas têm sido salvas com estes programas de vacinação. Hoje, o padrão das doenças públicas é bem diferente. São doenças crónicas que a longo prazo se tornam graves e incapacitantes, criam vício e dependência pelo prazer que proporcionam como o comer, fumar, beber álcool e vida sedentária. Assim as autoridades de saúde pública mudaram da prevenção do contágio para campanhas mostrando a necessidade de mudar os hábitos. O medo tem sido uma das armas mais usadas procurando inclusivé chocar a opinião pública. Como o ser humano se adapta, a sensibilidade perde-se, e passou a procurar-se na intensidade do efeito o que não foi obtido na duração. O uso de imagens de feridos graves, decepados, em acidentes de viação ou tumores abertos no pescoço ou pulmões de fumadores, em autópsias, levanta muitas questões éticas que se aplicam a este tipo de intervenção na comunidade.² Em

primeiro lugar, invocando o princípio da não-maleficência, a agressividade das imagens prejudica o bem-estar do cidadão induzindo culpa e outros sentimentos que trazem sofrimento. É certo que os teleologistas defendem que os fins justificam os meios desde que o benefício social se possa confirmar. Na linguagem utilitarista "As escolhas são éticas se resultam num bem maior para um número maior de pessoas". Não deixámos de fazer mal às outras, no entanto. Os rastreios, induzem medo e alterações do comportamento, mas se forem fundamentados, explicados e pouco agressivos poderão ser aceitáveis. Por outro lado, é pouco adequado manter rastreios para impor o uso duma vacina quando o número de casos já é residual e os que aparecem não são graves, mais sabendo que existe pressão para o retorno financeiro nas farmacêuticas. Pior ainda quando a OMS se propõe apresentar orientações que permitam infectar voluntários vacinados, com o fim de testar as vacinas. Razão: o vírus está a desaparecer e não haverá contactos comunitários suficientes para testar essas vacinas. Se está a desaparecer para quê as vacinas? Em segundo lugar, o uso do medo institucionalizado como parte da abordagem paternalista governamental à pandemia não é aceitável numa sociedade livre e democrática. Segundo John Stuart Mill, advogado do liberalismo político e social do século XIX, o governo não pode impor a sua vontade ao povo sem o consentimento deste. O problema é que desta forma o medo torna-se ineficaz como arma pois para ser consentido tem de ser explicado. O medo explicado, esvazia-se. Em terceiro lugar, a intensidade do medo induzido pode ser tão desproporcional face às consequências ou ao risco real que, subliminarmente, passa para o âmbito da ficção na mente do público, causando dessensibilização. Em quarto lugar uma pandemia é dinâmica. Segue uma curva. A estratégia do medo deve respeitar a oportunidade. Em quinto lugar, o recurso ao medo como estratégia deve apontar a saída que desejamos para o bem do cidadão. Se o cidadão se sente encurralado, ou vive aterrorizado até morrer, ou desliga e retoma a sua vida. Em sexto lugar, induzir o medo pode lançar estigmas sobre determinadas populações. Quando se diz que o vírus é muito contagioso, verifico que mesmo profissionais de saúde evitam ter contacto com pessoas que têm a doença curada e testaram várias vezes, negativo. Na realidade, estes "curados" constituem-se nossos aliados por serem "armadilhas" para o vírus.

Com a democratização da ciência médica e o livre acesso a diversas fontes de informação, muita desta não-auditada, e outra tanta incompreensível para o leigo, muitos dos quais também não possuem a necessária literacia e juízo crítico, acabamos naquilo a que o filólogo Igor Sibaldi chamava a *rumorese*, em que todos falam muito de um assunto, pouco ou nada dizendo de útil ou prático, mas acrescentando ruído e dando volume ao fenómeno. Incluem-se os discursos veiculados pelas redes sociais e meios de comunicação social.

Certa vez o sociólogo francês Pierre Bourdieu disse em tom de desafio: “*A opinião pública não existe*”. A pesquisa “Perils of Perception 2016”³ do instituto britânico Ipsos Mori parece confirmar isso: na verdade, a opinião confunde-se com percepção, assim como nos telejornais actuais as notícias são confundidas com “sensações”, seja dos jornalistas ou dos telespectadores. O resultado da pesquisa foi a criação do “*Ranking da Ignorância*” – a distância entre a percepção que as pessoas têm da realidade em que vivem e os dados oficiais de cada país. Numa democracia o poder segue a vontade e as percepções do povo. Quanto mais inculto e menos informado o povo, mais espaço tem o governo para a arbitrariedade. Afinal, um governo é a cara do seu povo. O medo multiplica o efeito da ignorância. Logo, multiplica os erros e a gravidade das decisões dum governo. Se a isto juntarmos as vicissitudes das redes sociais teremos os ingredientes para uma pandemia muito para além do vírus. Nas utopias totalitárias o medo e a repressão são infinitos pelo que o povo não conta, mesmo bem informado e culto como é o caso da China que se apresenta numa posição favorável daquele *ranking*.

O efeito Dunning-Kruger⁴ leva algumas pessoas, normalmente com poder, mas com poucos conhecimentos em determinada área, a acreditar saber mais do que aqueles que estão bem preparados e que trabalham nessa área. As decisões facultadas pelo poder, nestes casos, são quase sempre erradas e os resultados indevidos. É a sua própria incompetência e limitação que restringe a capacidade de reconhecer os próprios erros. Cria-se o chamado mito da superioridade ilusória. Em contrapartida, as pessoas competentes podem vir a subestimar-se surgindo a inferioridade ilusória, chegando a acreditar que os outros indivíduos menos capazes são tão ou mais capazes do que elas próprias. A esse outro fenómeno dá-se o nome de síndrome do impostor.⁵

CONFLITOS DE INTERESSE

Uma pandemia é um argumento adequado, forte e urgente para os governos interromperem a economia com confinamentos e cortes de circulação no mercado global, justificando perdas financeiras às quais se juntam as decorrentes da necessidade de tratamentos médicos específicos e de suporte na saúde com aumento dos gastos em recursos humanos, materiais e farmacêuticos, e ainda, o dever do Estado de apoiar os mais necessitados que passam a ser muitos mais e inesperados como dentistas, fisioterapeutas, engenheiros e tantos mais. No entanto, mascaradas de acto de humanismo, criam-se oportunidades de excelência, para entidades com liquidez financeira poderem especular com empréstimos aos mais atingidos e mais necessitados entre os quais o Estado providência fatalmente se vai incluir. O risco de escalada numa plutocracia, ou seja, o poder e a ordem nas mãos dos mais ricos, cresce. Torna-se real a percepção de que o vírus passa a ser menos democrático, atingindo mais os

desfavorecidos,

Recentemente numa entrevista a um periódico, Jorge Soares, médico patologista e presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, referindo-se à actual pandemia, dizia que “*a ética tem de ser olhada como uma gramática para o século XXI*” e que o seu olhar vai sobretudo para as crianças e para os idosos manifestando preocupação com as marcas que a pandemia deixará na sociedade.

Os profissionais de saúde não estão imunes ao vírus nem ao medo. Têm, no entanto, a obrigação de apresentar um limiar mais elevado pois têm a autoridade do conhecimento e da experiência e acesso a recursos. A despeito destes factos quem assume a liderança na estratégia de combate à epidemia são os políticos, que estão onde estão, por eleição e não pelo mérito científico ou técnico. Os profissionais de saúde ficam “*ocultos atrás duma cortina*” e quando o líder político quer tomar uma decisão, ou já a tomou, vai atrás da cortina para ser elucidado e regressa ao microfone e às câmaras para fazer o anúncio, legitimado por um suposto parecer técnico. Em tese, pode-se perguntar, porque estão os médicos a aceitar isto? Poderá haver um conflito de interesses? Talvez. Os profissionais de saúde, os únicos que poderiam ter voz alicerçada no conhecimento e na autoridade técnica e na gestão dos recursos sentiram-se adulados pois viram os seus serviços ser procurados, viram-se apelidados de “*heróis na linha da frente*”, conservaram, aumentaram ou melhoraram os empregos, receberam promessas de equipamentos, não foram para *lay-off* e ficaram numa conveniente quarentena em que trabalharam metade auferindo o mesmo; Nada disto é falso, nada disto é tecnicamente errado. Mas deixou os médicos à beira da *slippery slope*... com o sério risco de resvalar para fora do seu código ético. Houve “*quarentena de silêncio*”. Os mais fracos e vulneráveis podem ter perdido a única voz que os poderia defender tecnicamente. Quando é que a quarentena deixa de ser confinamento e passa a férias? #FiqueEmCasa: serviços de urgência com reduções de 60%, consultas externas vazias, enfermarias à espera das vítimas do vírus, teletrabalho... Como olho eu para estes factos? A única analogia que me ocorre é o suplício de Tântalo: morrer de sede com água até ao pescoço. Sempre que o doente pensa recorrer ao médico aparece o espectro da morte pelo vírus com a placa: #FiqueEmCasa. E o hospital está lá, os recursos estão lá, os profissionais estão lá. Fica o aviso ao cidadão: “*Ai daquele que quiser provar a ambrósia sem ser convidado, pois está condenado ao suplício de Tântalo*”.

Dos três intervenientes, as entidades que financiam o Estado, o governo que decide as estratégias ou o profissional de saúde que tem o conhecimento técnico, nenhuma criou a situação. Na realidade, deram-se provimento mútuo e concatenaram-se em círculo ficando impossível apurar onde começa e onde acaba o conflito de interesses. No entanto, ir “*atrás da cortina*”, supostamente consultar os médicos e epidemiologistas, tem

um preço. Ficámos com o ónus técnico das decisões finais dos políticos. No Observador, Manuel António Ribeiro,⁶ presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Direito Internacional, refere:

“Veremos se quando se avaliar o desastre, os políticos não nos vão dizer que fizeram apenas o que os médicos lhes recomendaram. Não é certamente para isso que foram eleitos e lhes pagamos.”

Às vezes que criticam os excessos das medidas que vários países tomaram, juntam-se as vozes, e alguns gestos, das pessoas que começam a sentir alguma opressão, sem uma explicação convincente. Mas, mesmo essas pessoas, não estão dispostas a pagar um preço muito alto pela sua liberdade. Maria de Fátima Bonifácio refere.⁷

“A Democracia não oferece nenhum alimento espiritual. É um mero mecanismo de selecção e recrutamento dos governantes e das elites políticas, legitimados pelo voto universal. Em contrapartida, oferece um bem único e precioso: Liberdade. Mas aqui começam os problemas: a grande maioria das pessoas não precisa de Liberdade – precisa de um certo desafogo, de um SNS e de segurança.”

Quem detém o poder institucional detém o controlo do medo. E quem tem dinheiro controla o poder. Ironicamente, neste momento, há cerca de 37 000 “casos positivos”, em Portugal, mas o Banco Alimentar já dá de comer a mais de 60 000 pessoas! Centenas de milhar de portugueses que “testaram negativo” já sofrem o efeito do vírus na sua subsistência e na sua dignidade. Grave problema que só se resolve com solidariedade e educação.

SINAIS E SÍMBOLOS DO MEDO

Objectivo: Na ausência do perigo real, estes sinais e símbolos, permitem “cozinhar o medo em lume brando”: o Ser funciona num nível de ausência de vontade cumprindo acriticamente o que lhe é sugerido.

Contexto: Pandemia em decrescendo, testagem sistemática avulsa, raras admissões em cuidados intensivos.

Sinais e símbolos:

- Máscara cirúrgica: Se não tem, não entra no supermercado; está excluído, crucificado, em público.
- Risco dos 2 m: Se pisar o risco deve recuar. São 200 cm!
- Cadeiras alternadas: Não sentar na cadeira com uma cruz. Onde se ia fazer a cruz se tivessem tirado a cadeira?
- Contacto físico desaconselhado: Não abraçar, não beijar, não apertar a mão. Só o toque de cotovelo é permitido ou uma saudação com a cabeça.
- Notícias da pandemia: À noite, depois de jantar, pode saber que morreram mais 8 pessoas “com COVID-19”; não

exactamente “de COVID-19”.

- Praias com semáforo: Nada foi esquecido.

Consequência: O medo inflamado inicial evolui para a cronicidade e para uma espécie de “eczema mental” por nunca resolver de forma saudável. O cérebro perde funcionalidades cognitivas, torna-se acrítico e transforma-se numa espécie de cicatriz moral e intelectual. Enfim, conjunto de rituais a que se chama “Nova normalidade”. Uma espécie de marca de água do vírus.

SUGESTÃO

Pretensiosamente, chamar-lhe-ei *desconfinamento mental*. Consiste num processo de racionalização do medo e concentração na missão do médico: *Virtusque nostra nescit ignavus metus*, ou seja, a nossa virtude desconhece o medo covarde (Séneca, Oed. 88). Desde logo passa pela iconomaquia do medo, combatendo e rejeitando o significado dos símbolos do medo, como seja máscaras, cadeiras com cruces, riscos no chão, etc. A propósito do distanciamento físico e da sua vocação, Francisco Sasseti, jesuíta, lembra: “*Não me alistei nesta tropa para estar longe das pessoas*”. O mesmo se aplica ao médico. Neste pequeno *kit* de sobrevivência ao medo, incluo, o exercício metódico da dúvida, pondo em causa todas as notícias, perguntando quem, quando, onde, como e porquê.

A tolerância para o incumprimento do dever, fundamenta-se no valor da vida pelo risco que a actividade médica comporta. Mas, não estaremos a ser vítimas dos elogios daqueles que dizem que andamos a arriscar a vida? Mas não o fazemos todos os dias em anonimato? A nação arrisca a vida dos soldados, pelos princípios e valores que a identificam, aceita que um polícia morra a manter a ordem e o respeito pela lei. Portanto, deduz-se que há valores pelos quais aceitamos que se morra. Valores que se referem à Dignidade, à Liberdade, à Justiça. Será que a morte pelo vírus é diferente de morrer por uma bala?

Por outro lado, o contraditório ao gestor do medo, virá sempre duma minoria sem poder. Porque razão há vozes a ser caladas, sobretudo quando são muitos e eminentes os que mandam calar? Qualquer pequena ponta, neste enredo, por mais ínfima que seja, deve ser testada e puxada pois a ela pode vir preso o argumento, o facto, a razão, a pergunta que explica e clarifica.

Medo e temor são anagramas para Demo e para Morte sugerindo algo de maligno, na submissão ao medo e ao temor. Algo que rouba a identidade, perturba a relação com o outro esvaziando a vítima e deixando um espectro no seu lugar. No entanto, o medo pode ser atenuado pelo exercício pungente, convicto, da medicina, com liberdade, com racionalidade e com coragem. Enfrentar o medo da morte equivale a vencer, desde logo. Não falo da coragem suicida e desinformada. Falo da coragem que defende a dignidade de cada ser humano e

que brota do discernimento.

Para conseguir o discernimento ético, *phronesis*, é essencial mudar de plano, separar o corpo da mente, abstrair por alguns instantes e não permitir que o estado emotivo que decorre do agir interfira no juízo e na decisão. É um processo complexo que exige ajuda com aprendizagem, treino, lucidez e vontade. Mas não será impossível. Lembro-me bem, como se fosse hoje, e consigo apontar o local exacto na minha cidade natal, de como saí lavado em lágrimas dum teste de matemática. Tinha a sensação de que a nota ia ser um desastre total, e eu tinha estudado até à exaustão. Percebi agora que o meu verdadeiro desempenho no teste estava mascarado pelo cansaço e com horror fiquei com pena de mim próprio. A emoção não me permitiu ver serenamente o que tinha acabado de acontecer. O meu pai estava a conduzir o carro em que me tinha ido buscar ao liceu. Parou, olhou para mim obrigando-me a olhar para ele e perguntou-me calmamente e cheio de confiança: “*Tu estudaste, não foi? Então, porque te preocupas? O resto vem por si!*” À estupefacção dum tão simples raciocínio, segui-se o desvanecer da aflição e no seu lugar uma sensação de paz e segurança. Fiquei feliz naquele instante. Hoje, quando tenho dúvida sobre o que “fazer ao doente” penso antes o que posso “fazer pelo doente”. “O que espera aquele doente que eu faça?” “O que espera aquela família daquele doente, que eu faça?” Ter medo e faltar ao doente, nunca mais. Aí significaria perder tudo o que sou como médico. Ficar sem argumentos. Morrer para a medicina. Escusado será dizer que tive uma boa classificação a matemática nesse teste.

O MEDO E A ALTERIDADE

O meu medo também perturba a minha relação com o outro. A disrupção da alteridade coloca em crise a minha identidade como pessoa. Ou como médico se o outro é o doente que me procura. Como diz Iana Cavalcanti, professora de filosofia em Pernambuco, “...vejo que quanto mais se deixa as insatisfações pessoais tomar conta do comportamento em relação ao outro mais preso em si o indivíduo se encontra.”

É uma falácia dizer que para estar bem com os outros tenho de estar bem comigo em primeiro lugar. Na realidade, devo estar bem com o outro porque eu, como ser social, também sou o outro. E assim eu não posso estar bem comigo enquanto não estou bem com o outro. A preservação da relação na alteridade é condição necessária para atingir a *Eudaimonia*, (*ευδαιμονία*) que, segundo Aristóteles, é uma espécie de bem-estar total, sereno e pacífico, não a felicidade como a entendemos hoje, baseada em poder, domínio, sedução, glória ou dinheiro, mas num sentido pessoal, é a percepção da realização total do ser humano na relação com a natureza, com os outros e consigo próprio.

Uma ética mais emocional, em linha com a nossa natureza passional, presume o acima exposto como sobre-humano, próprio do divino e, portanto, inatingível e nada prático.

Na realidade, sustento que não estou a defender uma ética kantiana, baseada em máximas onde pouco importa a perspectiva e a situação mas sim, que há um esforço racional, baseado numa moral sólida que suporta a vida de cada um, em que procuro compreender de forma lúcida, crítica e consequente o que está mal comigo e o que parece impedir-me de estar bem com o outro. Importa desfazer a ideia de que é um processo sequencial, eu e só depois, o outro, mas é antes um processo paralelo e não necessariamente interdependente. A ética, no seu sentido mais profundo, consiste neste exercício. Aristóteles sabia que a excelência não deve ser um objectivo e sim um hábito, assim a virtude é o resultado da prática.

Post⁸ refere numa revisão em 2005 que o altruísmo traz bem-estar mental e saúde física. No seu essencial, conclui que existe uma forte correlação entre bem-estar, felicidade, saúde e longevidade nas pessoas que apresentam emotividade e compaixão nas suas actividades de apoio aos desfavorecidos, salvaguardadas que fiquem as situações de sobrecarga na sua actividade. A conclusão é sobre um estilo de vida e não sobre pessoas individuais. Libertar-se da visão solipsística da vida, em que só eu e as minhas experiências existem, e que na sua dimensão moral Kant equipara ao egoísmo, libertação essa que me permite contribuir e colaborar convicta e entusiasticamente, nos projectos e preferências de alguém, fugindo às preocupações esconsas, redutoras e débeis do *self* transporta o ser humano para as cercanias da sua verdadeira e mais saudável natureza. Como refere Levin,⁹ aqui a epidemiologia e a espiritualidade do amor podem entrar em frutuoso diálogo. A vida pode ser difícil e a morte não deve ser negada, muito menos considerada obscena. O amor torna o caminho mais fácil e mais saudável tanto para quem dá como para quem recebe. O medo é declarado irrelevante. Isto é claro e permanente para o médico que pratica Medicina.

CONCLUSÃO

Quando Manuel Almeida Ribeiro⁶ cita Georges Clemenceau com o aforismo que ficou conhecido na obra de Georges Suarez em “*Soixante Années d’Histoire Française*” de 1932, dizendo “*A guerra! É demasiado grave para ser confiada aos militares*”, alegando que a pandemia é demasiado grave para ser deixada aos médicos esquece que os médicos lidam com a vida e com a confiança enquanto os militares lidam com a morte e com o medo. O medo é rápido e irracional, a confiança é lenta e lógica. O medo é opaco e amoral. A confiança é transparente e constitui-se no fundamento da ética. O medo anda de mãos dadas com o ódio. A confiança celebra o amor e o respeito mútuo. O médico não é general: ouve e partilha a decisão com o doente e a família. O médico não é soldado: só deve obediência ao doente que está à sua frente. O médico saberia pedir ajuda quando julgasse estar a pôr o doente em perigo. Também não tem nada a ver com o político. O médico

toca na pessoa que está doente quando esta precisa de ajuda. O político toca no cidadão quando precisa do voto. O médico toma diariamente decisões de fim de vida, pondera benefício *versus* sacrifício. O político todos os dias mede as palavras e pondera declarações *versus* decisões. O médico ouve e delibera. O político fala e decreta. O médico tem os olhos do doente e da família no seu horizonte e vê através deles. O político tem os olhos ofuscados pelos *flashes* das câmaras. Na guerra luta-se pela morte, na pandemia luta-se pela vida. Nada mais errado que comparar uma pandemia a uma guerra. A linguagem da guerra distorce a visão da pandemia e vicia as decisões estratégicas pois esquece que os alvos não são soldados perigosos a abater, mas sim doentes vulneráveis a pedir cuidados e atenção. Instilar medo e alimentá-lo por ignorância ou deliberadamente não é ético.

Finalmente, tal como os incêndios se combatem no Inverno também o combate às pandemias começa antes delas chegarem. Com formação e preparação. As pandemias não se combatem com o medo, com a ignorância ou com a misantropia do confinamento num qualquer rincão. Deste modo só geram oportunismo, corrupção, especulação e miséria. Mais apropriado é dizer “*A pandemia é demasiado séria para ser deixada apenas aos políticos*”.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Supporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

ORCID

João Pina  <https://orcid.org/0000-0001-9737-9026>

Submissão: 19 de junho, 2020 | Received: 19th of June, 2020

Aceitação: 22 de junho, 2020 | Accepted: 22nd of June, 2020

Publicado: 30 de junho, 2020 | Published: 30th of June, 2020

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista SPA 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPA Journal 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

REFERÊNCIAS

1. Froes F, Diniz A, Falcão, Nunes B, Catarino J. Óbitos por gripe pandémica A (H1N1) 2009 em Portugal Período de Abril de 2009 a Março de 2010. Rev Port Med Int 2010; 17:
2. Bradley I. Ethical considerations on the use of fear in public health campaigns. [accessed May 2020] Available from: <https://www.clinicalcorrelations.org/2011/11/23/ethical-considerations-on-the-use-of-fear-in-public-health-campaigns/>
3. Perils of perception 2016, a 40-Country study. Instituto Ipsos mori. [accessed May 2020] Available from: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/2016-12/Perils-of-perception-2016.pdf>
4. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. J Pers Soc Psychol. 1999;77:1121–34.
5. Clance PR, Imes S. The Imposter Phenomenon in High Achieving Women: Dynamics and Therapeutic Intervention. Psychotherapy Theory, Research and Practice .1978. Vol 15 [accessed May 2020] Available from: https://www.paulineroeclance.com/pdf/ip_high_achieving_women.pdf

6. Ribeiro MA. Quem manda numa pandemia? Os médicos ou os políticos? In: Observador, Opinião[accessed 25 May 2020] Available from:
7. Bonifácio MF. O calcanhar da Democracia. Observador[accessed 7 Jun 2020] Available from:
8. Post SG. Altruism, Happiness, and Health: It's Good to Be Good. Int J Behav Med. 2005;12:66-77. doi: 10.1207/s15327558ijbm1202_4.
9. Levin J. A prolegomenon to an epidemiology of love: Theory, measurement, and health outcomes. J Soc Clin Psychol. 2000; 19: 117–36.