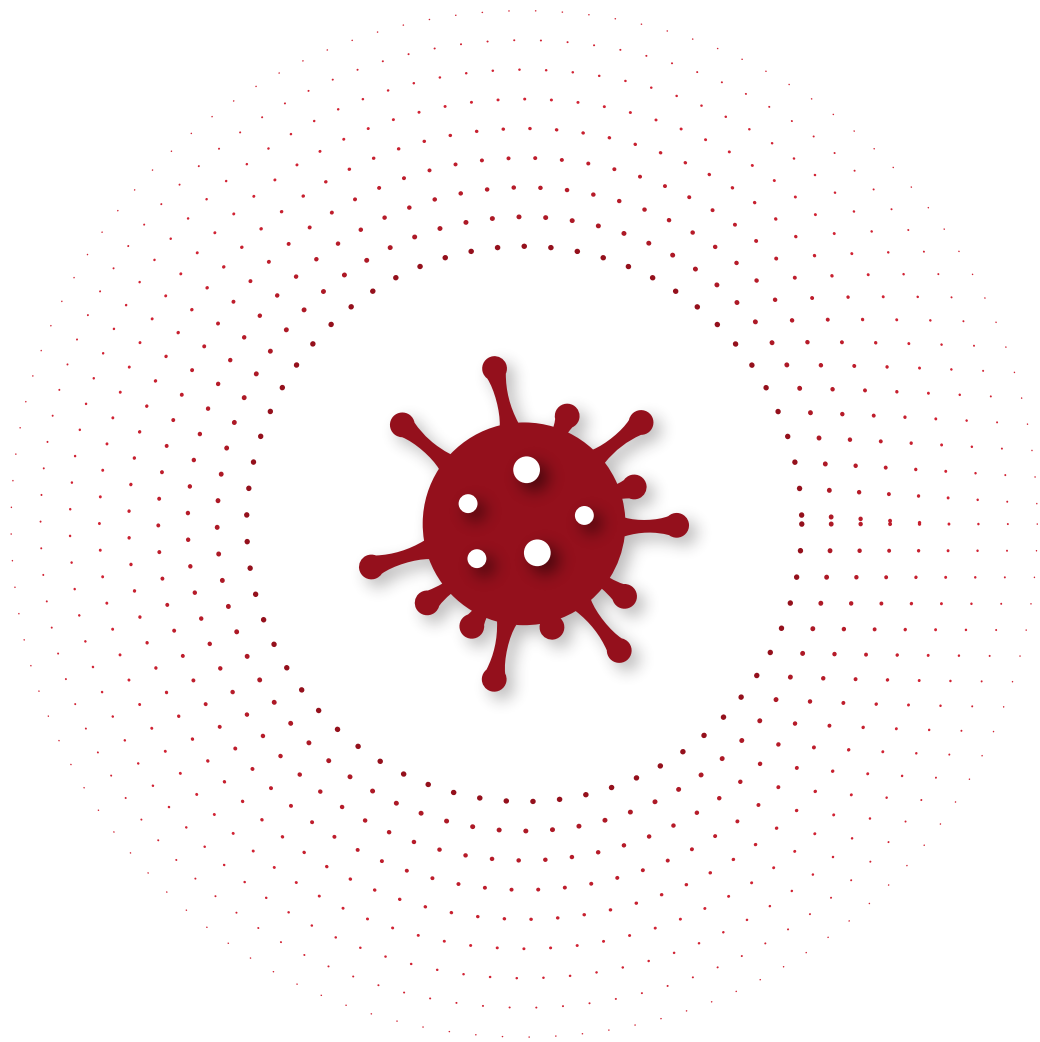




LINHA EDITORIAL INTERNACIONAL DE APOIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE



O enfrentamento da COVID-19 nos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP

PRIMEIRO IMPACTO

**O enfrentamento da COVID-19 nos países da
Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP**

Primeiro Impacto

© 2020 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 5

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 500 exemplares.

Brasília, novembro de 2020.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

L754e Linha Editorial de Apoio aos Sistemas de Saúde.
O enfrentamento da COVID-19 nos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP / Linha Editorial de Apoio aos Sistemas de Saúde; organizadores Fernando Passos Cupertino de Barros, Paulo Ferrinho, Zulmira Hartz. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2020.
192 p. : il. ; 19 x 24,5 cm – (LEIASS; v. 5)

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-06-5

1. Covid-19. 2. Pandemia. 3. Saúde Pública. I. Barros, Fernando Passos Cupertino de. II. Ferrinho, Paulo. III. Hartz, Zulmira. IV. Título.
CDD 614.51

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2020

AC Alysson Bestene	PB Geraldo Antônio de Macedo
AL Alexandre Ayres	PE André Longo
AM Marcellus Campelo	PI Florentino Alves Veras Neto
AP Juan Mendes da Silva	PR Beto Preto
BA Fábio Vilas Boas	RJ Alex da Silva Bousquet
CE Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	RN Cipriano Maia
DF Osney Okumoto	RO Fernando Rodrigues Máximo
ES Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR Marcelo Lima Lopes
GO Ismael Alexandrino Júnior	RS Arita Gilda Hübner Bergmann
MA Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC André Motta Ribeiro
MG Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva	SE Mércia Feitosa
MS Geraldo Resende	SP Jean Gorinchteyn
MT Gilberto Figueiredo	TO Luiz Edgar Leão Tolini
PA Rômulo Rodovalho	

DIRETORIA DO CONASS 2020/2021

PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Gilberto Figueiredo (MT)

Região Nordeste

André Longo (PE)

Região Norte

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

Região Sudeste

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva (MG)

Região Sul

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

**COORDENAÇÃO TÉCNICA E APOIO
DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

Fernando Passos Cupertino de Barros

**COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO
E FINANÇAS**

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

**COORDENAÇÃO DE
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Ricardo F. Scotti

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

**ASSESSORIA DE
COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Adriane Cruz

Lígia Formenti

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Tolêdo Lopes

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

René José Moreira dos Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Lins Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL – IHMT

CONSELHO DE GESTÃO

Filomeno Fortes (Diretor)

Miguel Viveiros (Subdiretor)

Filomena Pereira (Subdiretora)

Teresa Pires (Administradora)

CONSELHO CIENTÍFICO

Paulo Almeida (Presidente)

CONSELHO PEDAGÓGICO

Maria do Rosário Martins (Presidente)

CONSELHO DE ÉTICA

Claudia Conceição (Presidente)

**GABINETE DE COOPERAÇÃO
E RELAÇÕES EXTERNAS**

Deolinda Cruz (Coordenadora)

**GABINETE DE COMUNICAÇÃO
E MARKETING**

Ana Sofia Calaça

**UNIDADES DE ENSINO
E DE INVESTIGAÇÃO**

Clínica Tropical

Jorge Seixas

Microbiologia Médica

Celso Cunha

Parasitologia Médica

João Pinto

*Saúde Pública e Internacional
e Bioestatística*

Ana Abecasis

CONSELHO EDITORIAL – LEIASS

CONASS

Fernando Passos Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

René José Moreira dos Santos

IHMT

Isabel Craveiro

Luis Lapão

Zulmira Hartz

EDITORES CIENTÍFICOS

Fernando Passos Cupertino de Barros

Zulmira Hartz

EDITORES CIENTÍFICOS CONVIDADOS

Filomeno Fortes

Paulo Ferrinho

ORGANIZAÇÃO

Fernando Passos Cupertino de Barros

Paulo Ferrinho

Zulmira Hartz

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROGRAMAÇÃO VISUAL E DIAGRAMAÇÃO

Marcus Vinícius de Carvalho

SUMÁRIO

Apresentação	8
Capítulo 1 – Covid-19 em Angola: do início à circulação comunitária (Dados e Desafios)	10
Capítulo 2 – Cabo Verde: a primeira onda covid-19 nos Estados-Membros da CPLP de março a agosto de 2020.....	58
Capítulo 3 – A Primeira Onda COVID-19 nos Estados Membros da CPLP: o caso da Guiné-Bissau.....	74
Capítulo 4 – Pandemia da covid-19 em Moçambique: experiências e desafios	94
Capítulo 5 – As formas de organização do Estado em seis países da região europeia, os modelos de sistemas de saúde e os resultados em saúde em resposta à covid-19.....	120
Capítulo 6 – A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável no pós-covid-19: exemplos para a CPLP	140
Capítulo 7 – O Brasil e o enfrentamento da covid-19	170

APRESENTAÇÃO

A presente publicação, a quinta da série LEIASS (Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde), do Conass e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, reúne artigos oriundos de vários dos Estados-Membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). O intuito foi o de registrar como esses países enfrentaram a chamada primeira onda da Covid-19, na singularidade de seus respectivos contextos.

Registra-se aqui um agradecimento muito especial aos doutores Mário Fresta, Helga Freitas e Tânia Lourenço (**Angola**); Magda Robalo, Plácido Cardoso, Jamila Bathy, Joana Cortez e Rachel Schwartz (**Guiné-Bissau**); Mohsin Sidat e Ilesh Jani (**Moçambique**); António Pedro Costa Delgado, Artur Jorge Correia, Maria da Luz Lima Mendonça, Francisca Suassuna Freyre Monteiro (**Cabo Verde**); Jorge Simões, André Biscaia, João Paulo Magalhães, António Pereira, Gonçalo Figueiredo Augusto, Inês Fronteira e Manuel Clarote Lapão (**Portugal**); Fernando Passos Cupertino de Barros, Jurandi Frutuoso Silva e Nereu Henrique Mansano (**Brasil**) que aceitaram de muito bom grado o convite para contribuir para o propósito deste volume dedicado especialmente a documentar a atuação dos diferentes países diante da emergência internacional de saúde pública provocada pela pandemia da covid-19. Infelizmente, a despeito dos esforços dos editores, não foi possível obter o contributo de São Tomé e Príncipe, da Guiné Equatorial e de Timor Leste.

Para além do registro das estratégias adotadas, das dificuldades enfrentadas e das perspectivas de uma pandemia ainda em curso, os textos servem, também, para evidenciar, como em um instantâneo, a imagem da situação transcorrida desde o final do mês de fevereiro até o mês de setembro de 2020, data em que findou a coleta dos artigos. De tudo isso, espera-se que lições tenham sido aprendidas para que, tanto agora como no futuro, em situações de similar gravidade, possam servir aos nossos sistemas de saúde como alavancas capazes de garantir as respostas adequadas e eficazes na proteção de toda a população.

Carlos Lula
Presidente do CONASS

Filomeno Fortes
Diretor do IHMT NOVA

CAPÍTULO 1

COVID-19 EM ANGOLA: DO INÍCIO À CIRCULAÇÃO COMUNITÁRIA (DADOS E DESAFIOS)

Mário Fresta¹
Helga Freitas²
Tânia Lourenço³

1. Médico Especialista em Fisiologia e Professor Catedrático, Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica (Cedumed) da Universidade Agostinho Neto (Luanda, Angola). Correspondência: Mário Fresta, CEDUMED, UAN. Av. Hoji ya Henda (recinto do Hospital Américo Boavida), Luanda, Angola. Telefone; +244.923636805, E-mail: mariofresta@gmail.com

2. Médica e Mestra em Saúde Pública.

3. Consultora e Especialista Sênior de Monitoria e Avaliação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Resumo

Apresenta-se e discute-se o desenvolvimento da covid-19 em Angola desde 21 de março, quando foram confirmados os primeiros dois casos (importados), até 31 de agosto de 2020, quando registava 2.654 casos (62,8% masculinos e 37,2% femininos, idade modal 30-39 anos com 769 casos (30,0%)), com lenta evolução durante os primeiros seis meses, potencialmente devido às fortes medidas de saúde pública de prevenção e contenção impostas precocemente com mobilização de consideráveis recursos. A evolução (ainda ascendente) foi lenta, com aumento significativo na 24ª semana epidemiológica e observando-se o maior número até agora (473) na 32ª semana (3-9 de agosto). Considerando a prolongada recessão econômica que Angola vive, prevalência de pobreza, baixas taxas de escolarização e alguma debilidade nos serviços de saúde (no entanto, reforçados durante a pandemia), a progressão tem sido admissível; aliás, inferior às projeções. A capacidade científica em Angola é baixa, e a publicação sobre covid, incipiente; mas foram instalados dois grandes projetos de investigação para produzir novo conhecimento local sobre a doença e o vírus, reforçar a contenção da pandemia e melhorar a qualidade da assistência médico-medicamentosa, designadamente “Perfil Epidemiológico, Clínico e Laboratorial da Covid-19 em Angola” e “Criando Capacidade Covid em Angola”. É imprevisível uma segunda onda.

Palavras-chave: COVID-19. Angola. Primeira Onda.

Abstract

The COVID-19 development in Angola is reported and discussed since March 21st, when the first two (imported) cases were confirmed, until August 31st 2020 when 2654 total cases were attained (62.8% male and 37.2% female, modal age 30-39 years with 769 cases (30.0%)), showing a slow evolution during the first six months, potentially due to strong prevention and containment public health measures early imposed, mobilizing considerable resources. The (still climbing) progression has been slow, with a significant increase in the 24th epidemiological week and the highest number so far (473) was observed in the 32nd week (3-9 August). Bearing in mind the prolonged Angolan economic recession, poverty prevalence, low schooling rates and health services weaknesses (in spite of strong health measures undertaken), the pandemic progression has been acceptable, indeed far lower than projections. Scientific capacity in Angola is low and the

COVID research is incipient, but two major research projects have been installed to produce new local knowledge about the disease and the virus, reinforce the containment of the pandemic and improve the quality of health services, namely “COVID-19 Epidemiological, Clinical and Laboratory Profile in Angola” and “Creating COVID Capacity in Angola”. A second wave is unpredictable at this stage.

Palavras-chave: COVID-19. Angola. First wave.

1. INTRODUÇÃO

Angola situa-se na região ocidental da África Austral, ocupando 1.246.700 km², tem 1.650 Km de costa Atlântica e fronteiras terrestres com a República do Congo, a República Democrática do Congo, a República da Zâmbia e a República da Namíbia. Tem muitas reservas de água doce, incluindo o rio Kwanza com 1.000 Km de comprimento, o Kubango o Cunene e o Zaire, grande riqueza e diversidade de flora e fauna, elevado potencial para os negócios de interesse turístico ou mistos do tipo comércio-turismo ou ainda a prática do ecoturismo. É potencialmente rica em recursos minerais, estimando-se que o seu subsolo albergue 35 dos 45 mais importantes do comércio mundial, entre os quais se destacam: petróleo, gás natural, diamantes, fosfatos, substâncias betuminosas, ferro, cobre, magnésio, ouro e rochas ornamentais. Existem 32,9 milhões de habitantes (46,4% de 0 a 14 anos, 51,4% de 15 a 64 e 2,2% com 65 e mais; havendo 32,8% indivíduos dos 10 aos 24 anos) e um crescimento anual de 3,3%, a esperança de vida ao nascer é de 61 anos e a taxa de fertilidade total é 5,4 filhos por mulher. O país está integrado na União Africana (UA) e na Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), sendo parte dos Acordos de Livre circulação de pessoas e bens em vigor na Região.

O risco de entrada de pessoas contaminadas com covid-19 no país é moderado. Nota-se que Angola possui cerca de 32 pontos de entrada distribuídos pelas fronteiras aéreas, marítimas, ferroviárias e terrestres, o que eleva o risco de importação pela impossibilidade de controle da entrada de pessoas nomeadamente nas fronteiras terrestres. Pela via marítima, a preocupação é direcionada às embarcações de carga, petroleiros e barcos pesqueiros na sub-região. Na via ferroviária, a atenção está voltada para a atividade dos Caminhos-de-ferro de Benguela, enquanto na via rodoviária, ela é direcionada para a camionagem de longo curso com entradas nos postos do Luvu, Luau (Província de Moxico) e em “Santa Clara” (Província de Cunene).

Sendo a covid-19 uma doença de fácil propagação, o risco de contágio é mais elevado nas áreas urbanas, relacionado com viagens internacionais e com a vida cidadina. A progressão para transmissão local e, conseqüentemente, comunitária implica que todas as comunidades poderão estar em risco da covid-19, considerando a grande mobilidade em todo o território, concertação populacional ao redor das zonas urbanas, baixa cobertura dos serviços de saúde, limitada capacidade de resposta das equipes locais, baixas condições higienicossanitárias nas comunidades e baixa literacia da população.

É uma constante para Angola tentar manter o equilíbrio entre a implementação de medidas de saúde pública para reduzir a propagação da covid-19 e a esfera econômica e social do país. Neste capítulo, trazemos aos leitores uma detalhada apresentação da resposta à covid-19, com o objetivo de reduzir ao mínimo o risco de introdução e disseminação do coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) em Angola e o impacto negativo que a pandemia pode causar na sociedade angolana.

Neste capítulo, os leitores encontram dados, informações e questões que a covid-19 tem colocado a Angola desde 21 de março até 31 de agosto de 2020, com a circulação comunitária estabelecida na Província de Luanda e o vírus circulando na maioria do território – um grande desafio. Foi redigido em um salutar ambiente de liberdade acadêmica proporcionado pelos editores. Os autores interpretaram com grande autonomia o que incluir e como apresentar, que dados fornecer e que análises desenvolver. A inclusão deste capítulo em uma obra sobre a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) vai certamente aprofundar o nosso conhecimento mútuo, coesão e solidariedade, promovendo a própria matriz da CPLP, e preparar-nos melhor na prevenção e gestão de uma eventual “segunda onda” da covid-19 nos nossos países. Cada leitor é mais um obreiro deste capítulo, pelo que os autores agradecem desde já todos os comentários e contribuições que generosamente queiram compartilhar.

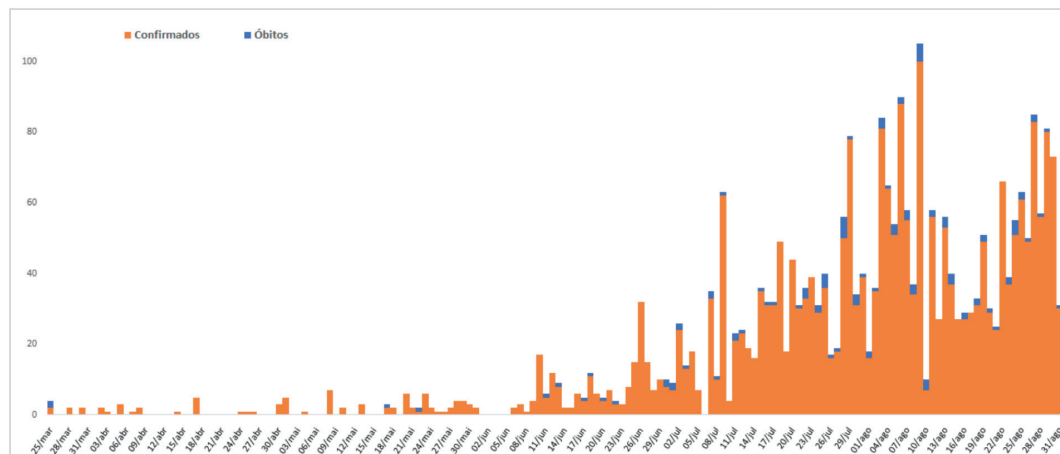
2. ANÁLISE

2.1 EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA COVID-19 EM ANGOLA

Desde o relato do primeiro caso de covid-19 na Província de Wuhan na China, em dezembro de 2019, o vírus SARS-CoV-2 tem-se propagado rapidamente pelo mundo afora, afetando os sete continentes¹. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que o continente africano foi o último a apresentar casos; e, até este momento, é um dos que apresentam menos casos de covid-19, depois da Oceânia².

Em Angola, os primeiros dois casos confirmados da covid-19 foram notificados no dia 21 de março de 2020³. Após investigação, identificou-se que esses casos tinham viajado de Portugal para Angola no voo do dia 13 de março. Apesar da detecção desses casos, não significou necessariamente que tenha originado em um surto imediato, uma vez que a trajetória da pandemia em Angola tem sido lenta (Figura 1), potencialmente devido às medidas de saúde pública de prevenção e de contenção impostas que reduziram a probabilidade de importação e de transmissão local do vírus⁴.

Figura 1. Curva epidêmica da covid-19 em Angola (até 31 de agosto)

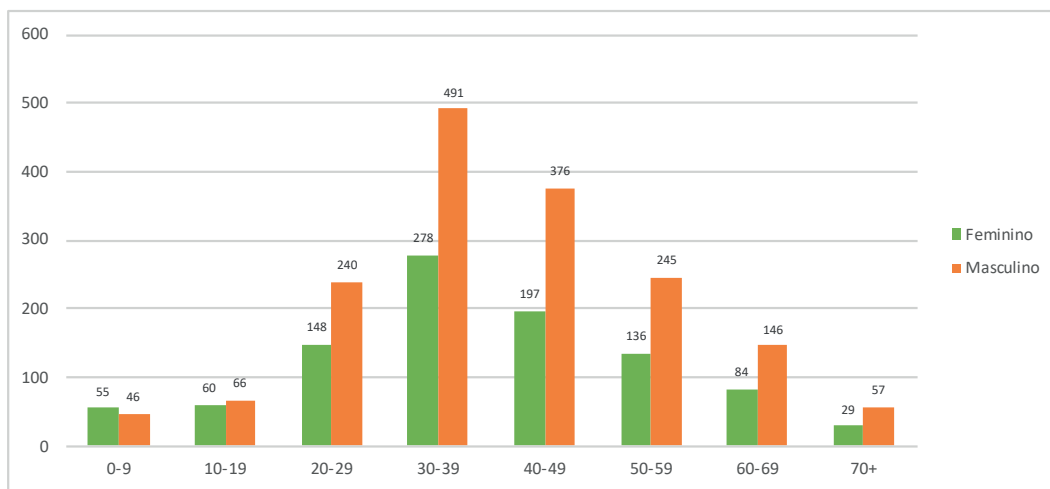


Fonte: DNSP, CPDE 2020.

Angola, sendo considerada um país de risco moderado de importação do vírus⁵, era provável que os primeiros casos notificados fossem importados de países com presença comprovada do SARS-CoV-2 a uma velocidade moderada. Nessa conformidade, até ao dia 25 de abril, todos os 26 casos notificados eram de transmissão importada, maioritariamente de Portugal. No dia 26 de abril, foi notificado o primeiro caso de transmissão local em Luanda, cidade capital de Angola⁶.

Até ao dia 31 de agosto de 2020, foi registrado um total de 2.654 casos positivos de covid-19, com 1.475 casos ativos (55,6%), 1.071 recuperados (40,3%) e 108 óbitos (4,1%)⁷. Com relação à distribuição dos casos por sexo, 62,8% são do sexo masculino enquanto 37,2% são do sexo feminino (Figura 2)⁷. A faixa etária que apresenta mais casos até ao momento é representada pela população dos 30-39 anos, com 769 casos (30,0%) (Figura 2)⁷.

Figura 2. Distribuição etária e sexo dos casos confirmados da covid-19 em Angola (até 31 de agosto)



Fonte: DNSP, CPDE 2020.

A curva epidêmica (Figura 1) ilustra que a evolução da pandemia foi relativamente lenta até a 24ª semana epidemiológica, altura em que se observou um aumento significativo do número de casos, tendo este atingido um pico na 32ª semana epidemiológica (3-9 de agosto de 2020), em que foram notificados 473 casos em uma única semana⁷. O aumento do número de casos registado na 24ª semana pode ser justificado não só pelo maior número de testes realizados no período em análise, pela testagem nas comunidades que estiveram expostas aos casos 26 e 31, considerados casos supertransmissores, como também pelo levantamento do Estado de Emergência⁸ e transição para a Situação de Calamidade Pública⁹. Essa transição foi acompanhada por um conjunto de medidas que contribuíram para o relaxamento do confinamento⁹, que, por sua vez, aumentaram a probabilidade de transmissão do SARS-CoV-2.

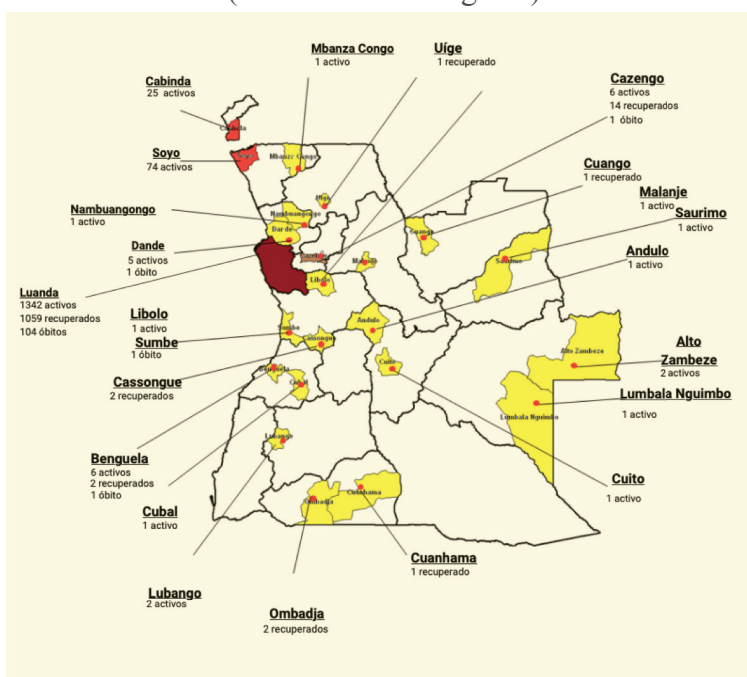
Entre esse aumento do número de casos da covid-19, foram registados até a data um total de 110 em profissionais de saúde¹⁰. Esse fato demonstra que não só os profissionais de saúde devem estar capacitados em matéria de biossegurança, como também devem ter, à sua disposição, o equipamento adequado para se protegerem da covid-19.

Na 33ª semana, a pandemia apresentou uma tendência de desaceleração, tendo sido registados cada vez menos casos⁷. Na 35ª semana, Angola registou um aumento significativo no número de casos notificados, com 417 casos⁷.

Com relação à distribuição geográfica de casos, até ao dia 20 de junho de 2020¹¹, os casos confirmados estiveram limitados à Província de Luanda, por ser o maior ponto

de entrada internacional onde foram diagnosticados os primeiros casos. Nessa data, três casos foram notificados na Província do Cuanza Norte, no Município do Cazengo (município sede da província)¹¹. A investigação epidemiológica determinou que esses casos eram contatos do caso 31, já identificado acima como um caso supertransmissor. Dos 2.654 casos registados até a data, 94% foram notificados em Luanda⁷. Atualmente, 15 Províncias apresentam casos confirmados da covid-19 (Figura 3 e Tabela 1)⁷.

Figura 3. Distribuição geográfica dos casos de covid-19 em Angola (até ao dia 31 de agosto)



Fonte: DNSP, CPDE 2020.

Tabela 1. Distribuição geográfica dos casos de covid-19 em Angola (até ao dia 31 de agosto)

Província	Casos ativos	Recuperados	Óbitos	Total
Bengo	6		1	7
Benguela	7	4	1	12
Bié	1			1
Cabinda	25			25

Província	Casos ativos	Recuperados	Óbitos	Total
Cuanza Norte	7	14	1	22
Cuanza Sul	1	2	1	4
Cunene	0	3		3
Huíla	2			2
Luanda	1.342	1.050	104	2.496
Lunda Sul	1			1
Lunda Norte		1		1
Malanje	1			1
Moxico	3			3
Uíge		1		1
Zaire	75			75
Total	1.471	1.075	108	2.654

Fonte: DNSP, CPDE 2020.

Para conhecer melhor a situação epidemiológica, foram realizados inquéritos soroepidemiológicos em amostras de conveniência na população geral desde a primeira semana de julho de 2020 nas 18 províncias do país, utilizando o teste rápido da Abbott (covid-19 IgG/IgM Rapid teste device). Os resultados indicavam que até ao dia 9 de agosto, de 45 149 testes rápidos realizados, 2.763 pessoas tinham anticorpos do SARS-CoV-2, o que significa que cerca de 6,1% da população testada estivera exposta (Tabela 2)¹².

Tabela 2. Rastreamento de casos de covid-19 com testes sorológicos por província

Província	Nº Rastreado	IgG	IgM	IgG/IgM	% Reativo
Bengo	326	24	4	0	8,6
Benguela	553	13	14	3	5,4
Bié	271	14	12	4	11,1
Cabinda	869	25	7	2	3,9
Cunene	588	4	6	1	1,9
Huambo	792	7	50	3	7,6
Huíla	214	7	10	2	8,9
Quando Cubango	35	0	0	0	0,0
Cuanza Norte	2.293	95	40	4	6,1
Cuanza Sul	618	17	28	1	7,4
Luanda	35.585	1.699	414	81	6,2
Lunda Norte	641	32	56	4	14,4

Província	Nº Rastreado	IgG	IgM	IgG/IgM	% Reativo
Lunda Sul	83	2	1	0	3,6
Malanje	549	11	11	0	4,0
Moxico	477	10	2	0	2,5
Namibe	180	3	0	0	1,7
Uíge	164	2	3	0	3,0
Zaire	911	3	17	15	3,8

Fonte: DNSP, CPDE 2020.

Os fatos acima mencionados mostram que o cenário atual de transmissão varia dependendo da localização geográfica (Tabela 3). Existem províncias onde não se registam casos confirmados, outras com transmissão local confirmada e locais com circulação comunitária sustentada (Província de Luanda), neste caso, poderá desencadear em uma demanda massiva de atendimento de casos moderados e graves dessa doença, com risco crescente de colapsar a rede de serviços caso não se reforce a aplicação as medidas previstas.

Tabela 3. Cenários de transmissão da pandemia em Angola (até ao dia 31 de agosto)

Cenário	Províncias
Cenário A: províncias e municípios sem casos confirmados da covid-19.	Quando Cubango, Huambo, Namibe, Lunda Sul
Cenário B: províncias e municípios com um ou mais casos confirmados da covid-19, esporádicos, importados ou transmitidos localmente.	Bengo, Benguela Bié, Cuanza Sul, Cunene, Huíla, Lunda Norte, Malanje, Moxico, Uíge
Cenário C: províncias e municípios com aglomerados de casos confirmados da covid-19; a maior parte dos quais de transmissão local, relacionados com as cadeias de transmissão conhecidas.	Cuanza Norte, Zaire Cabinda
Cenário D: províncias e municípios com grande número de casos confirmados da covid-19 e surtos, que não têm vínculo epidemiológico com casos confirmados e cadeias de transmissão conhecidas, ou pelo aumento consistente de testes positivos da covid-19 em amostras de Sítios Sentinela estabelecidos pela DNSP/INIS.	Luanda

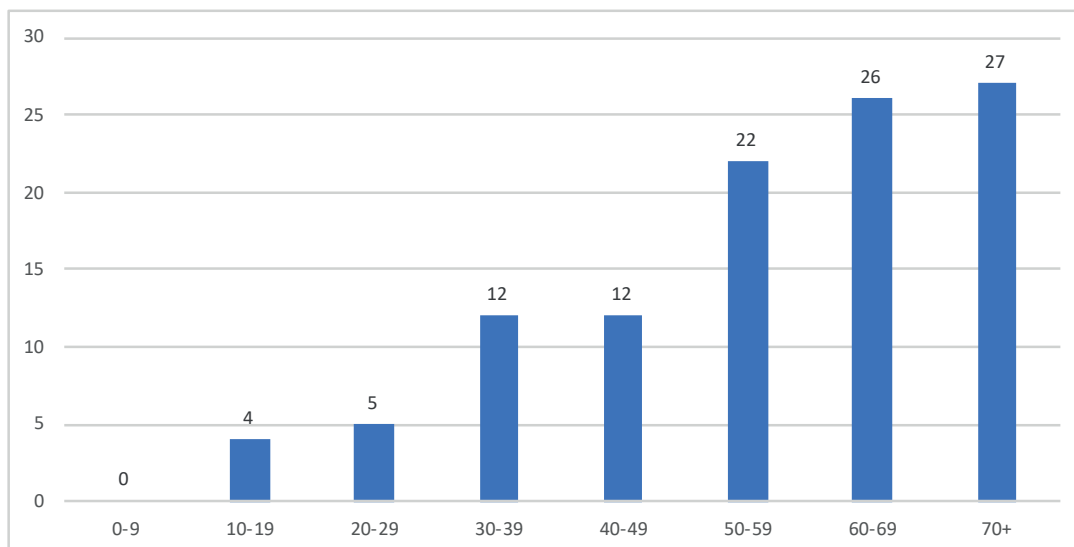
Com relação à apresentação da covid-19, esta varia de casos leves, moderados a graves. O período de estadia dos doentes na unidade hospitalar é longo. O indivíduo

infectado por SARS-CoV-2 pode ser assintomático. Nos casos em que se desenvolvem sintomas, o doente pode apenas apresentar manifestações de uma síndrome gripal, que ocorre, na maioria dos casos leves, na primeira semana de infecção. As situações mais severas traduzidas pela síndrome respiratória aguda grave (SARS) podem variar de leve a grave ou ainda evoluir para sépsis com falência multiorgânica. Em Angola, verifica-se que 92,7% dos casos registados são assintomáticos, e apenas 7,3% apresentam sintomas⁷. A razão dessa elevada percentagem de casos assintomáticos em Angola, em comparação com a registada em outros países da Europa e Ásia¹³, não é clara, contudo, pode ser justificada pelo fato de 66% da população angolana ser menor de 25 anos, e 45% ter menos de 15 anos de idade¹⁴. A realização de estudos clínicos e imunológicos é necessária para melhor entender a razão pela qual a população angolana é maioritariamente assintomática ao SARS-CoV-2.

Esse fato, pode ser considerado um elemento favorável para o sistema de saúde angolano, que já apresenta debilidades de várias ordens¹⁵, reduzindo assim o fardo que um vasto número de pacientes pode causar nas unidades sanitárias. Contudo, olhando pelo prisma de controle da pandemia, existem evidências que suportam a hipótese de indivíduos assintomáticos poderem transmitir o vírus de forma eficiente^{15,16}. Esses transmissores silenciosos de SARS-CoV-2 causam diversas dificuldades uma vez que os casos assintomáticos não são, por norma, identificados e, por sua vez, não são investigados, desconhecendo-se assim importantes cadeias de transmissão do vírus, prejudicando as atividades de controle da pandemia. Por outro lado, as evidências também sugerem que o vírus permanece mais tempo no corpo de um caso assintomático do que nos sintomáticos¹⁸. Mediante a interpretação desse contexto, favorece-se o reforço das medidas de confinamento, distanciamento físico, higienização constante das mãos e o uso da máscara em locais públicos para conter a propagação da doença em Angola.

Dos 108 óbitos registados até ao dia 31 de agosto (Figura 4), a maior parte incide sob a população com idade superior a 70 anos (24,7%). Dos óbitos, 61% ocorreram em casos do sexo masculino, e 39%, do sexo feminino. É de realçar que esses óbitos estão todos associados a comorbidades existentes, como, por exemplo, diabetes, hipertensão arterial, tuberculose, HIV, anemia falciforme, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crônicas e doenças renais crônicas⁷.

Figura 4. Distribuição etária dos óbitos por covid-19 em Angola (até 31 de agosto)



Fonte: DNSP, CPDE 2020.

Os dados apresentados nesta seção devem ser interpretados com cautela, uma vez que o verdadeiro número de casos da covid-19 no país pode continuar indetectável devido à baixa capacidade de testagem, ao vasto número de casos assintomáticos e à indisponibilidade de realizar um inquérito sorológico em todo o território nacional.

2.2 RESPOSTA DO PAÍS

2.2.1 PAPEL DO ESTADO

A pandemia da covid-19 foi assumida ao mais alto nível, como uma questão de segurança de Estado. Desde março de 2020 que a covid-19 ocupa o primeiro lugar da agenda nacional. O Estado tenta procurar o equilíbrio entre o impacto negativo sobre a área econômica e social do país. O grande desafio é não deixar morrer a economia, sem deixar morrer as pessoas.

De acordo com a Constituição da República de Angola, o Estado tem o papel de garantir a paz e a segurança nacional conforme explicita o art. 21, alínea j¹⁹. Em situações em que se considera que existe risco de a pandemia se converter em uma situação de calamidade pública, o Estado exerceu o seu papel para a proteção da Nação tendo tomado medidas de severa restrição dos direitos e liberdades, em especial no que con-

cerne aos direitos de circulação e às liberdades econômicas por meio da aplicação do Estado de Emergência²⁰. Isso implicou também o envolvimento ativo dos vários setores que integram o Executivo angolano (Tabela 4).

Tabela 4. Missão / Responsabilidades de cada setor no âmbito do papel do Estado na resposta da covid-19

Setor	Missão / Responsabilidade
Saúde	Buscar o Reforço do sistema de vigilância, gestão de riscos, de resposta, gestão de casos, divulgação de normas, literacia da população.
Interior	Reforçar o Sistema Nacional de Vigilância, Alerta, Resposta e Gestão dos Riscos; Controlo das fronteiras.
Relações Exteriores	Apoiar a coordenação na esfera internacional.
Comércio e Indústria	Garantir as trocas comerciais seguras e promover e acompanhar o controle da qualidade dos alimentos e serviços no contexto da pandemia de modo a garantir a segurança alimentar; Promover e sensibilizar os industriais na distribuição ativa da produção de materiais de biossegurança.
Cultura	Sensibilizar e envolver a participação da comunidade na preparação e vigilância; Promover a adoção dos novos hábitos e costumes a população das zonas rurais e periurbanas para evitar a propagação do Coronavírus.
Educação	Contribuir para a melhoria do conhecimento da população em idade escolar sobre a prevenção da doença.
Comunicação Social	Promover ações de comunicação social visando ao aumento da consciência e participação da população nas atividades de vigilância e controle da doença.
Administração do Território e Reforma do Estado	Garantir o engajamento das autoridades provinciais e municipais para a implementação do Plano a esses níveis.
Ação Social, Família e Promoção da Mulher	Promover ações visando o aumento da consciência e participação da população nas atividades de vigilância e controle da doença; apoio social psicológico às famílias mais desfavorecidas e aos estudantes no exterior do país.
Finanças	Garantir e disponibilizar o orçamento para execução do Plano Nacional de Preparação e Resposta e agilizar mecanismos de procedimentos administrativos no desalfandegamento de meios, equipamentos e produtos sanitários.

Setor	Missão / Responsabilidade
Transportes	Implementar ações que visam à restrição da deslocação de pessoas e bens em todo o território nacional e garantir a aplicação das medidas de biossegurança estabelecidas pelo país, bem como pela IATA; apoio no transporte de bens.
Agricultura e Pescas	Buscar o Reforço do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Veterinária e o reforço da segurança alimentar.
Ensino Superior, ciência, tecnologia e inovação	Contribuir no apoio técnico-científico.
Recursos Minerais e Petróleos	Complementar o esforço do Sistema Nacional de Vigilância e Controlo da Doença, em todas as instalações mineiras e petrolíferas, e promover ações que visam o aumento da consciência e participação destas comunidades nas atividades de vigilância e controle da doença nas plataformas petrolífera e outros ambientes de trabalho.
Energia e Águas	Assegurar a continuidade do serviço de abastecimento de água, assim como o reforço/reparação de outros sistemas de água, fundamentalmente para as zonas sensíveis; e contribuir para a melhoria da implementação das medidas para boas práticas de higiene.
Construção e Obras Públicas	Priorizar ações que visam ao aumento da capacidade de resposta do governo para a gestão de casos e outras situações necessárias.
Hotelaria e Turismo	Contribuir na tomada de medidas conducentes a prevenção, dos aspectos higienicossanitários, dos movimentos dos turistas que entram nas fronteiras e que frequentam os estabelecimentos; selecionar unidades hoteleiras para quarentenas; estabelecer normas para o funcionamento das instituições hoteleiras.
Ambiente	Garantir a segurança ambiental particularmente a gestão adequada dos resíduos hospitalares e urbanos.
Defesa e Veteranos da Pátria	Reforçar o Sistema Nacional de Vigilância e gestão dos riscos específicos para a saúde e resposta; Reforçar o controle de fronteiras, diagnóstico e gestão de casos; apoio no transporte de bens.

O Estado tem exercido um papel de coordenação, orientação e de gestão, altamente coeso e harmonioso, o que tem permitido estabelecer medidas de acordo com a situação epidemiológica do país, acompanhando e adaptando as orientações e diretrizes da OMS, União Africana e SADC. O Estado reconhece que as medidas que têm vindo a ser implementadas não foram possíveis sem o apoio das Organizações da Sociedade Civil, entidades religiosas, autoridades tradicionais, associações profissionais, bem como o engajamento da população.

O Executivo angolano coordenou os esforços conjuntos de todos os parceiros que atuam nas várias esferas do desenvolvimento no país na resposta à covid-19, tendo em conta as lacunas identificadas pelo Estado.

Para o Estado angolano, responder à pandemia não significa apenas controlar a covid-19. A situação epidemiológica em Angola é caracterizada essencialmente por doenças transmissíveis, como a malária, a tuberculose e o HIV, bem como as doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes, a hipertensão, doença renal crónica e anemia falciforme²¹, tornando o nosso país ainda mais vulnerável devido à pandemia que se vive. Nesse contexto, foi necessário aplicar medidas fortes para mitigar os efeitos da pandemia no controle das outras doenças ou eventos de saúde pública. Foram emitidas várias normas direcionadas essencialmente às unidades sanitárias do sistema nacional de saúde, bem como foram acautelados produtos de saúde específicos. Destacamos os seguintes: i) priorização do atendimento da gestante e crianças; ii) dispensação de antirretrovirais para um período suficiente de três meses; iii) reforço da disponibilização de testes rápidos de malária para o diagnóstico diferencial; iv) reforço da disponibilização de reagentes para o diagnóstico da tuberculose.

2.2.2 MEDIDAS IMPLEMENTADAS E IMPACTO

Em Angola, estão a ser implementado um conjunto de medidas em nível nacional por cada setor do Governo com o objetivo de reduzir a magnitude da pandemia, reduzir a transmissão através da aplicação de medidas de proteção individual, coletiva e ambiental e, por conseguinte, reduzir o número total de infeções²².

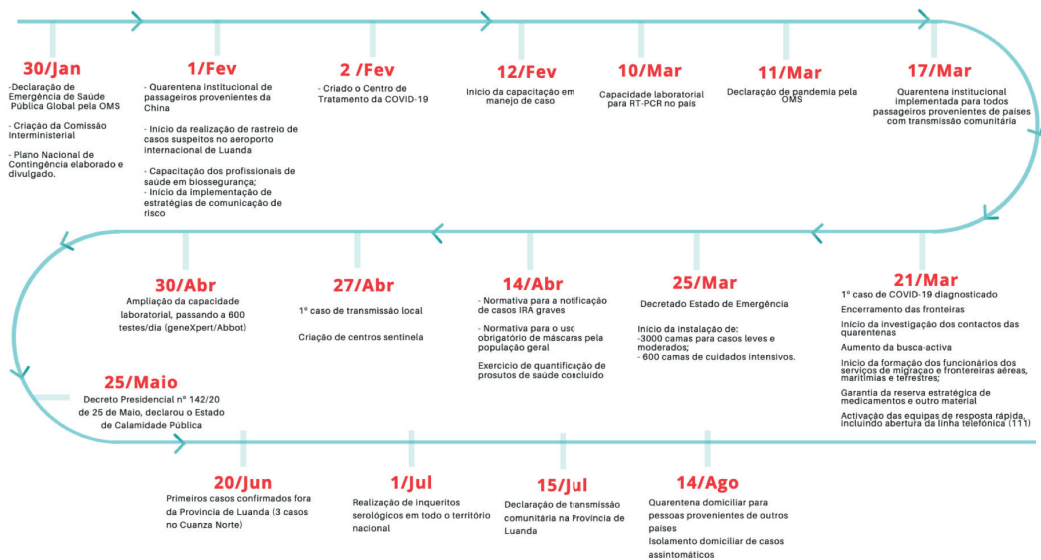
Um estudo realizado para avaliar a preparação e a vulnerabilidade de países africanos contra o risco de importação do SARS-CoV-2 colocou Angola no grupo de países que apresentavam um risco moderado de importação do vírus, como também uma capacidade média de detectar e de responder a uma emergência de saúde pública²³. Contudo, o estudo também demonstrou que Angola apresenta um baixo índice de vulnerabilidade às doenças infecciosas (IDVI), o que reflete uma alta vulnerabilidade do país à covid-19²³.

As debilidades que o sistema de saúde angolano apresenta, acompanhado pelo fato de uma grande parte da população estar imunocomprometida devido à existência de malnutrição, anemia, malária, HIV/aids, tuberculose²⁴, distinguem Angola de países de outros continentes que também têm de lidar com a covid-19.

Foi nesse contexto que o Governo de Angola instituiu uma série de medidas para responder e conter a propagação da covid-19²², bem como para mitigar os seus efeitos,

tal como pode ser observado na linha do tempo apresentada na Figura 5 que ilustra os principais marcos da resposta. O Governo de Angola, bem como a sua população, tem encarado esta pandemia com bastante seriedade e sentido de dever cívico e de dever para com a Pátria²⁵.

Figura 5. Linha de tempo da resposta de Angola à pandemia da covid-19 e principais marcos



A resposta de Angola a esse flagelo de saúde pública teve início em meados do mês de janeiro, após a República Popular da China ter notificado casos de pneumonia viral de causa desconhecida. Nessa altura, foi imediatamente criado um grupo técnico ao nível do Ministério da Saúde para a elaboração de um plano multissetorial de contingência para o controle da pandemia da covid-19. Quando a OMS declara o surto pelo novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública Global no dia 30 de janeiro de 2020²⁶, Angola já tinha um plano multissetorial em modo de implementação, com ações-chave para cada setor, que foi sofrendo ajustes ao longo do surgimento de novas evidências e recomendações da OMS²². Nessa mesma data, foi criada a Comissão Interministerial para Resposta à Epidemia por Covid-19, coordenada pelo Ministro de Estado e Chefe da Casa de Segurança do Presidente da República. Essa Comissão tem sido chave na implementação das medidas de forma que todos os setores caminhem lado a lado na luta contra a covid-19 para que os esforços estejam concertados e que os recursos humanos e financeiros, já limitados, sejam otimizados.

No dia 1º de fevereiro de 2020, Angola estabeleceu que todos os passageiros provenientes da República Popular da China deveriam ficar em quarentena institucional durante um período de 14 dias, de forma a monitorizar o surgimento e o desenvolvimento de sinais e sintomas da covid-19. Nessa mesma data, iniciou-se o rastreio de casos suspeitos no Aeroporto Internacional de Luanda. Deu-se início, também, à capacitação dos profissionais de saúde em medidas de biossegurança e a implementação da estratégia de comunicação de risco prevista no Plano de Contingência.

No dia 2 de fevereiro, foi criado o primeiro Centro de Tratamento da Covid-19 (Barra do Kwanza), tendo nas próximas semanas sido criados mais dois Centros de Quarentena e de Tratamento (Calumbo I e Calumbo II) ^{27,28}.

No dia 10 de março de 2020, foi criada a capacidade nacional para o diagnóstico laboratorial da covid-19, por meio da metodologia de RT-PCR, considerada *gold standard*. No dia 11 de março, a OMS declarou a covid-19 como pandemia²⁶, o que levou Angola a estabelecer a quarentena institucional e a testagem de todos os passageiros provenientes do exterior do país no dia 17 de março de 2020, bem como todos os seus contatos (casos suspeitos e prováveis). Essa medida corajosa, implementada, de certo modo “tardia”, permitiu identificar os primeiros dois casos da covid-19 no país no dia 21 de março²⁹. Esse evento deu lugar a ativação das várias medidas previstas no plano de contingência²². Nessa mesma data, foram encerrados todos os pontos fronteiriços do país, foram ativadas as equipas de resposta rápida já formadas, foi aberta a linha telefónica 111 do Centro Integrado de Segurança Pública para apoio à população, deu-se início à investigação dos contatos dos casos positivos que estiveram em quarentena institucional, incrementaram-se as ações de busca-ativa e estabeleceu-se uma garantia de reserva estratégica de medicamentos e outros produtos de saúde.

No dia 25 de março de 2020, Angola declarou Estado de Emergência³⁰ que se prolongou durante dois meses. Nesse período, medidas de confinamento domiciliar foram instituídas, bem como o encerramento de instituições de ensino e religiosas. Iniciou-se o processo de instalação de mais de 3 mil camas hospitalares para casos leves e moderados e 600 camas para casos graves.

Entre 3 e 13 de abril de 2020, foi realizado o exercício da quantificação de produtos de saúde para a resposta à covid-19, que contou com a participação do Ministério da Saúde, do Projecto de Fortalecimento do Sistema de Saúde com financiamento do Banco Mundial, do Programa Mundial de Alimentação das Nações Unidas e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Dessa forma, foi possível quantificar as necessidades de Angola com relação aos equipamentos de biossegurança, reagentes, testes e equipamentos para o diagnóstico, camas para cuidados intensivos, ventiladores

invasivos e não invasivos, entre outros. Após esse exercício, o país realizou mais de 49 voos para o transporte dos meios e produtos adquiridos³¹⁻³⁴.

O uso da máscara pela população geral tornou-se obrigatório no dia 14 de abril³⁵, e no dia 30 de abril, a Ministra da Saúde anunciou a ampliação da capacidade laboratorial para a realização de aproximadamente 600 testes por dia³⁶.

Durante o Estado de emergência, o país estabeleceu que todos os casos confirmados de SARS-CoV-2 (mesmo sem apresentação de sintomas) deveriam ser acompanhados em uma unidade sanitária de referência para o tratamento da covid-19 e lá permanecer até a obtenção da alta clínica como da alta epidemiológica. Isso foi necessário para conter a transmissão, uma vez que esses casos são transmissores da doença; e, na maioria das vezes, os utentes não têm condições de cumprirem com os requisitos da quarentena domiciliar. Durante o Estado de Emergência, uma cerca sanitária foi imposta em todo o território nacional, incluindo as fronteiras interprovinciais.

Esse conjunto de medidas permitiu conter a propagação do SARS-CoV-2 em Angola e serviu para o país se preparar para um potencial aumento do número de casos da covid-19. Até ter sido decretada a Situação de Calamidade Pública no dia 25 de maio de 2020³⁷, o país contava apenas com 70 casos diagnosticados de covid-19³⁸, em que a maioria era representada por casos importados e casos de transmissão local (desde o dia 27 de abril de 2020³⁹). Durante a Situação de Calamidade a cerca sanitária nacional bem como a cerca sanitária imposta à Província de Luanda e do Cuanza Norte continuou a vigorar³⁷.

Durante o mês de junho, foram inaugurados um hospital de campanha (Viana) e um Centro de Rastreio e Tratamento da Covid-19 da Clínica Girassol (Quilómetro 27) para responder a eventuais casos de covid-19^{40,41}.

Apesar das medidas recomendadas de distanciamento físico, higienização constante das mãos, uso obrigatório da máscara em locais públicos e etiqueta respiratória continuarem efetivas durante a Situação de Calamidade Pública, o fato de ter permitido o desconfinamento parcial da população levou a um aumento exponencial do número de casos, tal como ilustra a curva epidêmica apresentada na Figura 1. Desde o dia 10 de junho, começou-se a observar um aumento inicialmente paulatino do número de casos, tendo se registado um aumento acentuado nas semanas seguintes, que alarmou as autoridades sanitárias. Nessa senda, foi verificada uma reduzida disponibilidade de camas para esses utentes que testaram positivo para o SARS-CoV-2. No dia 20 de junho de 2020, foram notificados os primeiros três casos fora da Província de Luanda.

A testagem serológica da população em sítios sentinela deu-se início no dia 8 de julho. Essa medida permitiu conhecer o nível de exposição da população ao SARS-CoV-2.

Concluiu-se que 17 das 18 províncias tinham a presença do vírus⁴². A transmissão comunitária foi declarada pela Ministra da Saúde no dia 15 de julho de 2020⁴³, quatro meses após a notificação do primeiro caso. Entretanto, não tardou para começar a notificar casos em outros pontos do país. Atualmente, existem 100 casos espalhados por outras 13 províncias do país.

Devido à evolução epidemiológica da covid-19 no país, com a transmissão comunitária na Província de Luanda, acionou-se a fase 3 do plano de contingência no dia 17 de julho. Desse modo, uma das mudanças a destacar no mês de agosto foi a transição da quarentena institucional para quarentena domiciliar de todos os viajantes provenientes do exterior do país em voos humanitários, acompanhada pela implementação do isolamento domiciliar de todos os casos positivos assintomáticos^{44,45}. Todos os casos em quarentena e em isolamento são acompanhados por uma equipe municipal de resposta rápida, com o apoio indispensável da administração local e da sociedade civil. Estão sujeitos à realização de testagem obrigatória após o período estabelecido pela autoridade sanitária local, mediante orientação da Direcção Nacional de Saúde Pública. O incumprimento dessa medida está sujeito à aplicação de multas conforme disposto no art. 22 do Decreto Presidencial nº 212/20, de 7 de agosto, que remete para o art. 24 da Lei nº 28/3, de 7 de novembro, com a redacção dada pela Lei nº 14/20, de 22 de maio, sem prejuízo das sanções administrativas aplicáveis⁴⁵. Ainda em agosto, foram inaugurados mais três hospitais de campanha na Província de Cabinda, da Lunda Norte e Uíge⁴⁶⁻⁴⁸.

Plano Nacional de Contingência

O Plano Nacional de Contingência (PNC) serve de documento orientador para a implementação de ações de prevenção e resposta ao surgimento de um surto pelo SARS-CoV2²².

O plano apresenta oito pilares de preparação para prevenção e resposta. O primeiro pilar é representado pelo estabelecimento de mecanismos de coordenação e de planeamento estratégico, em que as estruturas nacionais de gestão de emergências em saúde pública devem ser ativadas com o envolvimento dos setores relevantes. O segundo pilar é caracterizado pela comunicação de risco e mobilização social. Esse é um pilar-chave que pretende informar e mobilizar as famílias e comunidades para promover condutas de prevenção da infecção, por serem as intervenções mais importantes para o controle da pandemia. Diariamente, é elaborado e divulgado um boletim informativo da covid-19 no qual constam informações sobre a situação epidemiológica atualizada. São igualmente realizadas diariamente uma divulgação televisiva pelo Ministério da Saúde e uma conferência de imprensa semanal para responder a inquietações da população,

informar os órgãos da comunicação social e promover a transparência da informação disseminada, de modo a melhorar a literacia da sociedade sobre a doença.

O terceiro pilar, sobre a vigilância epidemiológica, equipes de resposta rápida e investigação de casos, tem como objetivo a deteção de casos importados, rastreamento abrangente e rápido de contatos bem como no seu seguimento. Em nível nacional, foram criadas 161 equipes de resposta rápida e de um Centro de Coordenação da Resposta Rápida à Covid-19. O quarto pilar, denominado por “Pontos de Entrada”, corresponde à atividade de vigilância epidemiológica ativa e gestão de casos suspeitos ou confirmados nos postos fronteiriços. O quinto pilar, representado pela rede laboratorial nacional, tem como base a preparação da capacidade dos laboratórios para gerir e realizar testagem em grande escala para a covid-19. Até a data, existem seis laboratórios na Província de Luanda e um cada na Província de Benguela e da Huíla que realizam RT-PCR. A previsão é que cada província tenha pelo menos um laboratório funcional para a realização do diagnóstico da covid-19. O sexto pilar corresponde à prevenção e ao controle de infecção nas unidades sanitárias como nas comunidades e tem como objetivo impedir a transmissão a profissionais de saúde, a pacientes e à comunidade. O sétimo pilar é caracterizado pela gestão de casos, em que se orienta que as unidades sanitárias e funcionários devem estar familiarizados com a definição de caso suspeito, provável e confirmado e dar o devido acompanhamento. O oitavo pilar, e último, refere-se ao suporte operacional e logístico de resposta à pandemia que orienta a implementação de um conjunto de atividades direcionadas ao planeamento das compras, operacionalização e utilização dos meios adquiridos.

2.3 RESPOSTA CIENTÍFICA NACIONAL

Investigação Científica em Angola

A covid-19 e o seu agente causal desencadearam justificadamente uma resposta científica sem precedentes, sistematizada pela OMS que contabilizava 64.438 publicações em 31 de agosto de 2020, das quais 64.352 em 2020⁴⁹, mas também uma “infodemia” ímpar, caracterizada por alto débito e baixa qualidade informativa, potenciada pelo grande desenvolvimento da comunicação social e das redes sociais no mundo de hoje^{50,51}, bem como posicionamentos e ações à margem das boas práticas científicas e da bioética⁵²⁻⁵⁴.

No caso de Angola, essa resposta é condicionada pela baixa capacidade nacional em termos de ciência, tecnologia e inovação (CTI) que está documentada pela Unesco⁵⁵ e foi consolidada pelo “ciencia.ao” nos seguintes termos⁵⁶:

Gastos públicos em Educação: 3.5 % do PIB (2010); Não estão disponíveis dados sobre os gastos em Investigação e Desenvolvimento (I&D); Patentes: 7 (2008-2013); Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação: Sim (2011); Investigadores por um milhão de habitantes: 73 (2011), dos quais 27.1% são mulheres; Angola tem tido um forte crescimento, embora ainda com valores relativos muito baixos, em termos de publicações: de 17 em 2005 para 45 em 2014; As publicações em Angola têm incidido principalmente nas seguintes áreas: Ciências médicas (61 publicações, 35.7%), Ciências biológicas (48 publicações, 28.1%) e Geociências (38 publicações, 22.2 %), de 2008 a 2014; Publicações por milhão de habitantes: 2 (2014); Principais parceiros de investigação internacionais: Portugal (73 publicações), USA (34 publicações), Brasil (32 publicações), UK (31 publicações) e Espanha/França (26 publicações), de 2008 a 2014; Estado do sistema nacional de inovação: Viável (a UNESCO prevê 3 níveis: Frágil, Viável e Evoluindo); Número de universidades: Mais de 60; Número de estudantes no ensino superior: Mais de 200.000; Existe o Plano Nacional de Formação de Quadros (PNFQ).

No que tange ao gênero, é interessante registar que:

[...] de acordo com o 2º Inquérito Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação o percentual de mulheres na ciência passou de 17% em 2011/2012 para cerca de 34% em 2013/2014, sendo que os últimos dados mostram que a área de conhecimento com mais mulheres é a das ciências naturais com 10.7% (15.4% de homens). A área das ciências sociais e das ciências médicas vem logo a seguir com 9% (25.3% de homens) e da saúde com 7.5% (7.4% de homens). Em termos de idades, o maior percentual de mulheres, 10.2%, pode ser encontrado entre os 35 e os 44 anos, enquanto que em relação aos homens, o maior número de investigadores científicos pode ser encontrado entre os 45 e os 54 anos de idade, 19.6%⁵⁷.

Especificamente quanto à investigação em saúde, ela podia caracterizar-se da seguinte forma até 2014: o número de publicações vinha aumentando constantemente na última década, maioritariamente sobre malária, seguido do HIV e da tripanossomose; a maioria era composta por estudos de epidemiologia ou saúde pública; as doenças infecciosas representaram 59% dos *papers*; Angola foi o país com o maior número de afiliações do primeiro autor; a contribuição das instituições angolanas foi relativamente baixa; e eram poucos os estudos de determinantes socioeconômicos da saúde, políticas ou sistemas de saúde, recursos humanos ou educação médica⁵⁸.

A avaliação da política e estratégia em CTI em Angola, no período 2013-2017, considerou bom o quadro legal e institucionalização; insuficiente o financiamento (estimado em 0,07% do Produto Interno Bruto – PIB); e regulares as restantes dimensões^{59,60}. O Ministério do Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação (MESCTI) tem dois programas inscritos no Plano de Desenvolvimento Nacional de Angola para 2018-2022 (PDN 2018-2020), designadamente “Melhoria da Qualidade do Ensino Superior e Desenvolvimento da Investigação Científica” e “Promoção da Investigação e Transferência de Tecnologia”, e está consciente que o impacto da covid-19 é maior nos países com sistemas de saúde frágeis, frequentemente também com sistemas de ciência e tecnologia incipientes⁶⁰; por outro lado, a atual pandemia constitui também um desafio para esses mesmos países reforçarem o financiamento da ciência, nomeadamente em saúde, alavancarem a for-

mação de recursos humanos e a capacidade infraestrutural para a pesquisa em saúde, como acontece em Angola com o Projecto de Desenvolvimento de Ciência e Tecnologia (PDCT) financiado pelo Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) com cem milhões de euros, dos quais sete milhões destinados a financiar projetos (tendo sido aprovados 25; e rejeitados 39 na primeira fase)⁶⁰.

Em síntese, em Angola, o quadro jurídico-legal da ciência está definido, a realização dos Inquéritos Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação inseriu o país no panorama mundial e criou uma nova dinâmica (primeiro inquérito em 2011/2012, segundo em 2013/2014 e terceiro relativo ao período 2015-2018 com dados ainda não disponíveis), mas o número e a qualificação dos investigadores, assim como a capacidade laboratorial, são baixas, o financiamento é incipiente (primeiro edital público em 2018) e, consequentemente, a atividade e a produção científica são ainda escassas (sendo também difícil avaliar o alinhamento com as políticas públicas e o seu impacto).

Resposta Científica à covid-19

Perante o desafio da corrente pandemia, foi elaborado o PNC para a covid-19 de Angola a cargo da Comissão Interministerial para as Emergências, incluindo a análise de risco, o faseamento da pandemia, as intervenções estratégicas e a resposta setorial⁶¹, cabendo ao MESCTI a missão/responsabilidade de contribuir no apoio técnico-científico, com as seguintes medidas/intervenções: disponibilização de recursos humanos capacitados para integrarem as equipas de investigação; apoio na identificação e calibração de equipamentos (sensores de registo de temperatura para humanos); criação de plataformas dinâmicas para suporte de informação e registo; e apoio técnico na elaboração dos manuais formatados como banda desenhada e vídeos^{61 (33-34)}.

Posteriormente e nesse quadro, o MESCTI criou, em 26 de março, o chamado Grupo de Trabalho Técnico-Científico (GTC, com um total de 17 membros nominalmente designados e a faculdade de poder convidar outros profissionais, coordenado pela Prof.^a Fernanda Monteiro coadjuvada pelo Prof. Albano Ferreira)⁶²; e elaborou um Plano Sectorial de Contingência (PSC), apresentando, atualizando e sistematizando um conjunto de ações em curso desde meados de março de 2020⁶³⁽⁵⁾. O GTC funcionaria no quadro e na dependência do MESCTI (sob a liderança nacional da Comissão Inter-Ministerial) e integraria sete subgrupos envolvendo Instituições de Ensino Superior (IES) e Instituições de Investigação e Desenvolvimento (I&D), designadamente Saúde Pública, Clínica e Terapêutica, Laboratórios, Engenharias e Tecnologias, Ciências Sociais e Humanidades, Tecnologias de Informação e, por último, Divulgação Científica⁶³⁽¹⁴⁾, a que posteriormente se juntou um oitavo subgrupo de Bioética.

Esse GTC tem, no âmbito da covid-19, o objetivo geral de “prestar apoio técnico-científico aos órgãos responsáveis pela implementação do PNC, produzindo informação relevante, com base na evidência científica disponível e atualizada que sirva de recomendação e de base para a tomada de decisões”⁶³⁽⁶⁾ e, como objetivos específicos,

“Elaborar documentos de referência, com evidência científica para os profissionais de saúde e para apoio às equipes de investigação científica; Dar suporte à realização de trabalhos de investigação científica e de formação técnica e profissional [...]; Congregar e apoiar o fortalecimento de iniciativas procedentes de diferentes actores do SNCTI [...]; e Projectar e/ou propor a realização de atividades de divulgação da ciência, de sessões de debate científico e de formação contínua [...]”⁶³⁽⁷⁾.

Cada objetivo específico integrava um pacote de atividades, das quais destacamos, como atividades/produtos científicos propriamente ditos (originando artigos, relatórios e “documentos de referência”), a revisão da literatura e a produção de recomendações com base nos níveis da evidência científica; a elaboração de protocolos/projetos de investigação científica aplicada e operacional, a partir de problemas identificados; a realização de atividades de investigação científica no quadro dos projetos; e a produção de artigos científicos para publicação e posterior disseminação e divulgação⁶³⁽⁷⁻⁹⁾. A essas atividades, acrescentavam-se outras, não menos importantes em termos de responsabilidade social, visando a promoção, formação, gestão e divulgação científica dos profissionais e da população⁶³⁽⁷⁻⁹⁾, como o Programa “Ciência para a Vida”, em parceria com a Academia Angolana de Ciência, que se destina a recolher, gerir e divulgar os fatos científicos, nesta primeira fase dedicado à covid-19⁶⁴.

Concomitantemente, o MESCTI suspendeu o ensino superior a partir de 24 de março⁶⁵ (simultaneamente à suspensão em todo o sistema de educação e ensino que iniciara recentemente, em 2 de março⁶⁶, com impacto no intimamente relacionado Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (SNCTI).

A essa altura, o Presidente da República de Angola declarava o Estado de Emergência em todo o território pelo período de 15 dias a partir de 27 de março, suspendendo parcialmente um conjunto de direitos, com a finalidade de prevenir e conter a transmissão do vírus⁶⁷, que foi regulamentado e complementado por diversas disposições. Essa situação foi sendo prorrogada e finalmente sucedida pela declaração da Situação de Calamidade Pública a 25 de maio, atualizando as medidas de proteção individuais e estabelecendo um amplo conjunto de regras individuais e institucionais, tanto transversais como setoriais, incluindo a previsão de reinício da atividade letiva no ensino superior a partir de 13 de julho (dependente da evolução da situação epidemiológica)⁶⁸ que não veio a acontecer⁶⁹.

Ações e Produtos no âmbito do Grupo Técnico-Científico

Nessa conjuntura, o GTC, funcionando principalmente em teletrabalho, desenvolveu os seguintes projetos, atividades e produtos científicos:

1. Publicação evolutiva de um livro digital⁷⁰, organizado nas seguintes seções e contendo (até agora) os seguintes capítulos: Introdução, Sumário e Recomendações, Virologia e Biologia Molecular (Virologia e Biologia Molecular; Genoma e Variações Genéticas dos Coronavírus; Sobrevivência do SARS-Cov-2 em Condições Variáveis de Temperatura e Humidade; e Ocorrência Sazonal da Covid-19 e Transmissão do SARS-Cov-2 de Humanos para Animais e Vice-Versa), Epidemiologia e Fisiopatologia (As pandemias e a sua relevância e Epidemiologia e Fisiopatologia), Quadro Clínico e Diagnóstico, Tratamento (Tratamento e Aprofundamento farmacológico específico para covid-19), Evolução, Manuseio dos Casos, Situações Especiais (A covid-19 na gravidez, parto, puerpério e amamentação), Vigilância Epidemiológica, Medidas de Prevenção e, finalmente, Aspectos Bioéticos (Covid-19 em Angola: que desafios bioéticos? Como “fazer o bem”?).
2. Publicação de videoaulas gravadas (destinadas à divulgação científica ao grande público)⁶⁴, até agora: Programa Ciência para a Vida; O que são Pandemias?; O que são Vírus?; Pessoas em Risco, Infectadas e Doentes de covid-19; Contaminação de Superfícies e de Objectos pelo vírus da covid-19; O uso correto de máscaras como medida de proteção à covid-19; Como se comporta o vírus da covid-19 na célula; e Fique em Casa, Evite a Transmissão Comunitária.
3. Projetos de Investigação

Foi proposto o primeiro projeto de doutoramento sobre covid-19 em Angola (Avaliação da carga viral em pacientes com a covid-19 da Doutoranda Evelise Machado, orientada pela Prof.^a Maria Madalena Chimpolo da UAN e pelo Prof. Celso Cunha do IHMT).

De forma muito significativa, o MESCTI procedeu, em 20 de julho de 2020, à apresentação pública dos seguintes dois projetos de investigação científica no âmbito da covid-19 e à assinatura dos respectivos acordos de financiamento, no quadro do PDCT estabelecido entre o Governo de Angola e o BAD, com a colaboração prevista da OMS e do Centro para o Controlo e Prevenção de Doenças (CDC)⁷¹.

3.1. Perfil Epidemiológico, Clínico e Laboratorial da covid-19 em Angola⁷¹

Projeto financiado em US\$ 431.590,12 para 12 meses de execução, com uma equipe de 40 investigadores liderada pela Faculdade de Medicina da

Universidade Agostinho Neto (Prof.^a Fernanda Dias Monteiro, coordenadora do GTC de Apoio à Comissão Interministerial), com a participação do Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa – NOVA (Portugal) e do Instituto Karolinska (Suécia).

O seu objetivo geral é caracterizar os casos do ponto de vista epidemiológico, clínico e laboratorial, contribuindo para a tomada de decisão baseada na evidência e, conseqüentemente, a melhoria dos cuidados médicos prestados.

3.2 Criando Capacidade covid em Angola⁷¹

Projeto financiado em US\$ 613.029,00 para 18 meses de execução, com uma equipe de 9 investigadores liderada pelo Instituto Nacional de Investigação em Saúde – INIS (Doutora Joana Morais Afonso, Diretora do INIS), com a participação de cinco outras instituições, bem como das universidades de Ulster e Oxford, ambas britânicas, e de São Paulo, Brasil.

O seu objetivo geral é reforçar a infraestrutura de Angola para diagnóstico do SARS-CoV-2 e fornecer a base científica para a tomada de decisões para mitigar o impacto da pandemia covid-19.

Produção Científica sobre covid-19 e Angola

No que concerne ao universo de publicações que envolvem covid-19 e Angola, a base de dados da OMS regista apenas duas publicações com a palavra Angola⁷², uma referente ao confinamento com apoio policial⁷³ e uma avaliação do currículo do Laboratório Móvel Angolano (CHERRT) para resposta a desastres e pandemia⁷⁴, ambas aparentemente sem envolvimento de instituições ou autores nacionais.

A primeira referência denuncia que, apesar da declaração do Estado de Emergência em Angola e da intervenção das forças da ordem para garantir o seu cumprimento, as multidões continuam a aglomerar-se nos mercados, em frente às lojas e nos pontos de abastecimento de água, porque muitos angolanos consideram legítimo (ou precisam de) sair de casa para ganhar dinheiro, encontrar comida e conseguir água; e que essa situação pode manter-se com o agravamento da pobreza e a diminuição continuada da receita nacional (pelo efeito conjugado da diminuição do preço do petróleo nos mercados mundiais e da baixa da produção nacional por imposição da Organização dos Países Exportadores de Petróleo – Opec)⁷³. A segunda referência demonstra a melhoria da autoavaliação da capacidade de 32 participantes da “Equipa de Resposta Rápida” (RRT) no diagnóstico por *Polimerase Chain Reaction* (PCR) em situação de risco de Ebola, depois de um seminário de 14 dias realizado em Luanda,

em dezembro de 2019 (embora publicada digitalmente em 13 de abril e impressa em 3 de maio de 2020)⁷⁴.

O Pubmed devolve quatro publicações, sendo uma delas comum à base da OMS26 e outras duas que referem “acidentalmente” Angola: uma sumariza um projeto de investigação registado em Espanha em 1º de abril de 2020, com o código EudraCT number: 2020-001474-29, sobre os efeitos projetores da Ivermectina, que tem como critério de exclusão “recent travel history to countries that are endemic for Loa loa (Angola) [...]”⁷⁵; enquanto a outra anuncia a entrevista televisiva de um médico cubano sobre a pandemia da covid-19 no mundo, nas Américas e em Cuba, constando do currículo do autor, citamos “Abroad, he served as advisor to Angola’s Minister of Health [...]”⁷⁶. Apenas a restante publicação é relevante, embora feita em um contexto mais lato: trata-se de um estudo de modelagem sobre a preparação e vulnerabilidade dos países africanos contra as importações de covid-19, em que se considera que Angola tem risco moderado de importação da covid-19 (juntamente com a Nigéria, Etiópia, Sudão, Tanzânia, Gana e Quênia, todos com alta vulnerabilidade, mas com capacidade variável para responder a surtos) e tem um valor intermédio do indicador IHR MEF (um conjunto de quatro componentes desenvolvidos pela OMS para apoiar a avaliação da capacidade funcional de um país para detectar e responder a uma emergência de saúde), com um valor mais desfavorável do “Infectious Disease Vulnerability Index (IDVI)” (introduzido como um indicador sintético consolidando um conjunto de fatores indiretos adicionais – como sejam demográficos, ambientais, socioeconômicos e políticos – que comprometem o controle de epidemias emergentes)⁷⁷.

A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) devolve cinco publicações, das quais quatro já referidas⁷⁴⁻⁷⁷ e sendo a última o relatório periódico da OMS de 21 de março de 2020 que reporta os primeiros (dois) casos de Angola⁷⁸.

É ainda de referir o anúncio na comunicação social angolana da criação, por um engenheiro angolano, de um equipamento à base de raios ultravioletas, para a eliminação de microrganismos, que já é utilizado no tratamento de água em Angola desde 2012 e que servirá agora para o combate ao novo coronavírus, visando atender ao mercado global, depois de conseguir reduzir o atual custo e produzir em grande escala⁷⁹. Como já é conhecido o efeito germicida da radiação ultravioleta que pode ser agora inclusivamente usada na esterilização de ventiladores⁸⁰ – havendo também evidência de que a radiação ultravioleta-B (UVB) pode reduzir as mortes por covid-19⁸¹ e estando em investigação a utilização da radiação Ultravioleta-C distante (Far-UVC light) por ser inócua ao organismo humano⁸² –, fica por esclarecer se existe, na referida “criação” angolana, algum elemento de inovação (mais do que, aparentemente, invenção ou descoberta) ou

se constitui unicamente uma nova marca comercial para um esterilizador ultravioleta que, nesse contexto, possa ser utilizado no combate ao SARS-CoV-2.

Para além das publicações disponíveis nos repositórios de saúde acima descritas, o Google Acadêmico permite recuperar algumas fontes relevantes sobre o combate à covid-19 em Angola ou em África (aplicáveis a Angola), destacando-se um estudo local que identifica a experiência Angolana na gestão de diversas epidemias como uma vantagem no combate à covid-19, no entanto, contrariada por problemas preexistentes, como o analfabetismo, a pobreza, a falta de água potável, a habitabilidade precária e o saneamento básico inadequado que comprometem a manutenção das medidas e sua sustentabilidade em médio e longo prazo⁸³.

Outro estudo prevê o impacto da covid-19 na África Subsaariana em diferentes cenários, concluindo que a pandemia vai apagar muito do progresso feito na luta contra a pobreza nos últimos anos, retrocedendo as metas definidas no mundo e na região africana; e a situação de saúde vai piorar significativamente à medida que aumentam as infecções e a mortalidade por covid-19, mas o impacto econômico (e não a mortalidade) será a principal causa do sofrimento em África⁸⁴. Esse estudo preconiza (para evitar outra “década perdida” em África, mitigar o impacto socioeconômico negativo a curto prazo e impulsionar o crescimento a longo prazo) fortalecer os sistemas nacionais de saúde e melhorar o acesso à água e ao saneamento, usar tecnologias digitais para acelerar a transformação estrutural econômica, promover a boa governança e proporcionar o alívio substancial da dívida⁸⁴. Especificamente em Angola, o estudo prevê que o PIB per capita diminua US\$ 163,00 em 2020 (Figura 4); que a população em pobreza extrema (12,5 milhões em 2019 e que, sem covid-19, seria de 12,98, de 15,94 e de 16,60 milhões, respectivamente, nos anos de 2020, 2025 e 2030) aumentaria no pior cenário para 13,19, para 16,94 e para 17,89 milhões, respectivamente, nos anos de 2020, 2025 e 2030) (Anexo A); e um crescimento econômico de -0,40, de 0,95 e de 3,30, respectivamente, em 2020, 2021 e 2022 (cenário U) ou de -1,40, de 0,43 e de 2,27 (cenário L) (Anexo C, p. 33)⁸⁴.

Noutro trabalho sobre a África Subsaariana, identifica-se que Angola (como os outros grandes exportadores de petróleo) enfrenta a desvalorização da moeda e diminuição das reservas, comprometendo a segurança alimentar que depende, em grande parte, das importações de trigo e arroz; e que os preços domésticos dos alimentos aumentam constantemente colocando muita pressão nas populações já com baixos rendimentos, ao mesmo tempo que encerramentos locais e a redução da atividade econômica e mesmo encerramentos de empresas levam a perdas adicionais da renda; recomendando, nessa base, facilitar a burocracia comercial e as barreiras tarifárias, evitar o

reforço autárquico e a desglobalização nessa conjuntura precária⁸⁵. Outro estudo refere que Angola, cujo orçamento de 2020 foi planeado com um preço do US\$ 55,00 por barril de petróleo, teve cortes substanciais nas dotações orçamentais que resultaram em receitas limitadas, cortes nas despesas e investimentos inadequados nos setores da energia, enquanto a perfuração planejada de alguns campos de petróleo também foi adiada para, pelo menos, 2021 devido à pandemia de coronavírus; e, conseqüentemente, o governo angolano anunciou um pacote de saúde de US\$ 40 milhões, uma isenção de impostos sobre a ajuda humanitária e atraso nos desembolsos fiscais, para reduzir o impacto do covid-19 na economia que não recuperou da crise de petróleo de 2014-2016⁸⁶. Finalmente, outra publicação denuncia que Angola é um país com marcadas desigualdades na saúde, onde 17 milhões de habitantes (mais da metade da população) não têm instalações para lavar as mãos⁸⁷.

Conclusão

Em síntese, Angola é um país com baixo desenvolvimento científico e tecnológico que se reflete na escassez de publicações científicas sobre a covid-19. Não obstante, assistiu-se, na última década, à edificação jurídico-regulamentar (publicação da política, estratégia e mecanismo de coordenação do SNCTI e outros diplomas sobre as II&D e os Conselhos Científicos), um considerável reforço do diagnóstico e organização do setor (com a realização de três inquéritos nacionais sobre CTI) e a publicação, em 2018, do primeiro edital público para financiamento da investigação (que já apoia 9 projetos, estando em fase de desembolso outros 16). Significativamente, foram recentemente instalados, por iniciativa do Governo de Angola e com financiamento do BAD, dois projetos estruturantes dedicados à covid-19 e ao SARS-CoV-2, designadamente “Perfil Epidemiológico, Clínico e Laboratorial da covid-19 em Angola” e “Criando Capacidade covid em Angola”, visando reforçar a contenção da pandemia e melhorar a qualidade da assistência médico-medicamentosa.

2.4 ESPECIFICIDADES LOCAIS E GRUPOS DESFAVORECIDOS

Introdução

O impacto da covid-19, em qualquer país, é modelado pelo seu perfil e contexto. No caso de Angola, diversas variáveis que passamos a discutir sucintamente podem influir negativa ou positivamente, nomeadamente em alguns grupos-alvo, embora a evi-

dência científica propriamente dita possa ainda não estar disponível (forçando-nos a recorrer à comunicação social e analogias ou diferenças com outras realidades). Em linhas gerais, Angola é um país da África Subsaariana, com médio desenvolvimento humano, mas grandes assimetrias sociais, muito dependente da exportação de petróleo, “pós-conflito”, com elevado potencial socioeconômico e que, desde 2017, combate abertamente a corrupção e a impunidade.

Educação/Ensino e covid-19

A taxa bruta de matrícula escolar para meninos e meninas é de, respectivamente, 157 e 100 (ensino primário), 35 e 23 (secundário), 10 e 8 (terciário)⁸⁸. A pirâmide etária muito jovem implica uma grande demanda de escolaridade e, perante a pandemia da covid-19, coloca maiores desafios ao reinício das aulas (que se encontram suspensas em todos os níveis desde março) para garantir condições de biossegurança a tantas pessoas (estudantes, professores e funcionários) na vasta rede escolar dispersa pelo território e porque o reinício escolar acarreta grande aumento na circulação e contatos pessoais mais difíceis de controlar nas crianças e jovens.

Por outro lado, a substituição ou a complementação do ensino presencial pelo ensino a distância (EAD) é agravado pela pouca tradição nacional nesse domínio e por limitações de infraestruturas, tecnologia de informação e comunicação, sinal de internet (de qualidade variável e custo relativamente elevado), escassez de materiais apropriados e desmaterializados. A parcela de população em Angola usando a Internet em 2016 era de 13% (3,75 milhões); e as subscrições de telemóvel, em 2017, eram de 44,73%⁸⁹, enquanto, em 31 de dezembro de 2019, os utilizadores de Internet eram 7.078.067 (21%), e as subscrições do Facebook, 2,244,000 (7%)⁹⁰, acreditando-se que “a maior parte dos utilizadores pode ter vários aplicativos instalados, mas no final acaba por utilizar mais o WhatsApp”⁹¹. Para além dessas percentagens relativamente baixas (embora crescentes), faltam a formação e os hábitos de utilização em EAD, tanto entre estudantes como entre docentes, que estão agora a ser paulatinamente desenvolvidos também “a distância”. Mesmo a primeira regulamentação do EAD no ensino superior só foi publicada em março de 2020⁹², o que obstou a sua oferta anteriormente e manteve demasiado tempo o bem equipado Centro de Ensino a Distância da Universidade Agostinho Neto como um “gigante adormecido”^{93,94}.

Saúde e covid-19

Angola tem Taxas de Mortalidade de Adultos (homens 324% e mulheres 220%)⁹⁵, Materna (241/100 mil nascidos vivos)⁹⁶, Infantojuvenil (77,2%), Infantil (51,6%) e Ne-

onatal (28,5%)⁹⁷ relativamente elevadas (embora reduzindo consideravelmente nas últimas décadas); e a despesa com a saúde é relativamente baixa (US\$ 239,00 per capita, equivalentes a 3,3% do PIB)⁹⁸, segundo estimativas de várias fontes mais recentes do que a última informação nacional disponível⁹⁹⁻¹⁰⁰. As grandes causas de morbimortalidade incluem tanto doenças infecciosas e transmissíveis (malária, como primeira causa, tuberculose, HIV-aids e doenças negligenciadas) como crônicas e degenerativas (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, neoplasias), a que acrescem toxicodependências, doença mental, violência e acidentes rodoviários (estes últimos a segunda causa)¹⁰¹, agora agravadas pela covid-19 que veio acentuar a fragilidade do sistema de saúde e comprometer a prestação dos serviços (“triplo fardo da doença”, passe o termo).

As notícias e os debates na comunicação social nacional e redes sociais têm-se focalizado na importância da boa comunicação para assegurar o melhor cumprimento por parte da população, da formação em quantidade e qualidade dos clínicos gerais e da mobilização dos mais jovens¹⁰², da garantia de materiais de biossegurança para os profissionais de saúde¹⁰³, de compatibilizar o combate à pandemia com a atividade econômica, a circulação da população e as relações com o exterior¹⁰⁴ e da utilização da máscara facial¹⁰⁵.

Economia e covid-19

Do ponto de vista econômico, em 2013, o setor petrolífero angolano representava 57% do PIB, 80% das receitas, e 97% das exportações¹⁰⁶; e em 2019 – ano em que o PIB foi de US\$ 94,6 bilhões¹⁰⁷ –, o setor petrolífero representou mais de 20% do PIB e 95% das exportações, fazendo com que a economia angolana seja cada vez mais vulnerável a choques externos, causados pela volatilidade do preço do petróleo e, adicionalmente, tenha uma forte dependência externa, no que diz respeito à oferta de bens e serviços (importações), sobretudo de produtos industriais e alimentares, colocando pressão sobre os níveis das reservas internacionais¹⁰⁸. O ano de 2019 foi o quarto seguido de contração econômica, registando uma recessão de 0,9% do PIB¹⁰⁹, e o país deve manter-se em recessão em 2020 e 2021, podendo prolongar o crescimento negativo até 2023, essencialmente devido à pandemia de covid-19 e ao petróleo barato¹¹⁰. Na realidade, não apenas pela baixa do preço do petróleo, mas também pela diminuição da exploração que se acentua ao longo dos anos. A percentagem do PIB investido por Angola (*versus* países de renda média, onde recentemente foi incluída) é, na saúde, 3,3% (vs. 5,8%); na educação, 3,5% (vs. 4,1%); na proteção social de pensionistas, 1,7% (vs. 0,034%); na economia real, 8,4% (vs. 31,3%)⁸⁸. Em síntese, a situação macroeconômica é desfavorável, agravada (e agravando, em um tenebroso *feedback* positivo) pela covid-19.

No entanto, o efeito da covid-19 na economia Angolana diferencia-se, em parte, do que acontece nos países industrializados da Europa, América e Ásia não produtores de petróleo, em que a covid-19 veio diminuir a procura e a produção de produtos e serviços diversificados, a cargo de um vasto tecido industrial e empresarial (micro, pequenas, médias e algumas grandes empresas): Angola começou a decair pelos efeitos indiretos da crise mundial do *subprime* (desde 2007) e, mais acentuadamente, pelo efeito direto da baixa do preço do crude (a partir de 2014, acentuando-se com a pandemia em 2019) – decorrente da contração da economia mundial –, pela escassez de novos investimentos petrolíferos em Angola e, parcialmente, em cumprimento de decisões da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (Opep). O efeito sobre o relativamente reduzido tecido empresarial e capacidade industrial instalada foi dramático, como em outros países, mas com menor efeito no PIB e em outros indicadores macroeconômicos do que nas economias desenvolvidas dos países industrializados.

Por outro lado, a pandemia e as respectivas medidas de contenção estão a ter um efeito direto amplo e profundo em nível da predominante economia informal, como permitiam já antecipar os trabalhos (independentes um do outro e anteriores à covid-19) de Elsa Barber¹¹¹ e de Francisco Queirós¹¹². Essas obras revelam que uma grande parte de população vive (ou sobrevive), principalmente, nos enormes subúrbios das grandes cidades, de pequenos “expedientes”, biscates ou serviços informais prestados na via pública ou em residências (localmente designados bifeiro, kandongueiro, lotador, kupapata, roboteiro, kinguila, kitandeira/zungueira, arrumador de carros, clínica de telemóveis, casa de tranças, pintura de unhas, engraxador de sapatos, lavador de carros, chamadas telefônicas e tantos outros)¹¹¹; e que o setor informal é um fenómeno estrutural de grande dimensão em Angola e demais economias africanas (não necessariamente ilegal ou criminoso, mas à margem dos impostos e das estatísticas), exigindo soluções macroeconômicas e culturais inovadoras¹¹². Consequentemente, as restrições à circulação e aos contatos exigidos pelas cercas sanitárias (nacional, provinciais e locais), o confinamento geral da população, a quarentena de pessoas com risco de exposição e o isolamento de infectados/doentes podem ser praticamente uma “sentença de morte” para o trabalhador informal que ganha para comer cada dia, enquanto constituem desconforto ou prejuízo para a classe média, empresários e funcionários públicos. Em contrapartida, a maior circulação, proximidade e contatos associados à economia informal colocam esses trabalhadores em maior risco de exposição à covid-19. Em Angola, decorre um público e vigoroso programa de “combate à corrupção e à impunidade” desencadeado pelo Partido no poder, assumido pelo Estado e pela sociedade civil, para controlar essa situação que, reconhecidamente, é o pior flagelo do país, a seguir à guerra que terminou em 2022^{113,114}.

Desenvolvimento Humano e covid-19

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Angola em 2018 foi de 0,574, correspondente a um *ranking* mundial 149 (contra 147 em 2017) que é 16 posições inferiores ao seu *ranking* mundial pelo PIB per capita, enquanto o IDH médio da África Subsaariana foi de 0,541115. Comparando os determinantes do IDH de Angola *versus* os da África Subsaariana, regista-se uma esperança de vida ao nascer de 60,8 anos (vs. 61,2), uma duração média de escolaridade de 5,1 anos de escolaridade (vs. 5,7) e um PIB per capita de US\$ 5.555,00 (vs. US\$ 3.443,00)¹¹⁵, demonstrando que o maior IDH de Angola na região deve-se exclusivamente ao PIB (devido à exportação de petróleo), já que tanto a esperança de vida como a escolaridade são mesmo um pouco menores que a média regional. Mais ainda, o Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado às Desigualdades (IHDI) é 0,392 (31,8% menor que o IDH), e o coeficiente de Gini é 42,7¹¹⁵, revelando que Angola tem grandes assimetrias socioeconômicas, mas também algum potencial econômico para transformar em desenvolvimento humano. O Índice de Pobreza Multidimensional (MPI) é de 0.282 (com 51,1% da população abrangida, e 32,5% em pobreza multidimensional grave, a que crescem outros 15,5% em risco), ligeiramente menos gravoso que a média da África Subsaariana¹¹⁵. Portanto, como teria de acontecer perante indicadores sanitários, educacionais e econômicos desfavoráveis, o desenvolvimento humano em Angola é relativamente baixo (apesar de ter ascendido recentemente de país de baixo para médio desenvolvimento humano).

Para aliviar os constrangimentos agravados da população, foi lançado o programa Kwenda que prevê beneficiar 1,608 milhão de famílias vulneráveis de todo o país, com financiamento global de US\$ 420 milhões (sendo US\$ 320 milhões concedidos pelo Banco Mundial; e os restantes US\$ 100 milhões, pelo Executivo angolano) para atribuir trimestralmente às famílias 25 mil Kwanzas, durante um ano, visando inserir os beneficiários em atividades produtivas e geradoras de rendimentos¹¹⁶.

As análises públicas disponíveis sobre o desenvolvimento humano e seu impacto na pandemia incidem principalmente na incapacidade do (baixo) consumo interno reanimar a economia, no baixo investimento direto estrangeiro e igualmente nacional (devido aos compromissos com o Fundo Monetário Internacional), na dificuldade em acelerar a consolidação orçamental (pela sua incidência deletéria na pobreza e no desemprego) e, pelas mesmas razões, na entrada em vigor do novo Imposto de Rendimento de Trabalho¹¹⁷, na necessidade de melhorar a qualidade da despesa pública e minimizar os efeitos potenciais da austeridade na educação e na saúde¹¹⁸. É preocupante a involução da capacidade aquisitiva dos cidadãos nos últimos seis anos, como ilustra a diminuição nesse período de 55,1%, do poder de compra do salário mínimo nacional da agricultura,

apesar de o seu valor nominal ter aumentado 43,0%, devido ao concomitante aumento de 218,4% no Índice de Preços ao Consumidor¹¹⁹.

Conclusão

Angola, país independente desde 1975 depois de 14 anos de luta armada, viveu uma violenta guerra até 2002 (28 anos), proclamando esperançadamente a paz, a “reconstrução nacional” (de um país com total destruição das infraestruturas), o crescimento econômico (sob a bandeira da “diversificação da economia”) e o desenvolvimento humano (nos planos educacional, sanitário e econômico; mas também social, cultural, moral e espiritual). Poucos anos depois (a partir de 2007), instalou-se em todo o mundo a crise do *subprime*, de que Angola não deixou de sentir os efeitos indiretos; e, desde 2014, a acentuada queda do preço do petróleo nos mercados mundiais comprometeu a almejada diversificação da economia e afetou profundamente a economia angolana (enferma da chamada “Doença Holandesa”), sobrevivendo, em 2019, a pandemia covid-19 que, mais do que simplesmente uma doença, constitui uma tragédia global (global pela expansão mundial, mas também por afetar todas as dimensões da vida humana), transformando o “duplo fardo” que até aí afligia a saúde nacional (acumulação das novéis “doenças do desenvolvimento” às tradicionais “doenças tropicais”) em um verdadeiro “triplo fardo” (passe o termo).

A recessão econômica instalada em Angola, que pode manter-se mais alguns anos, é agravada pela corrupção endêmica (atualmente objeto de declarado combate), pela elevada prevalência de pobreza e pelas acentuadas assimetrias regionais. Esse ambiente, a que se acrescentam insuficiências nos sistemas de ensino e de saúde, lança à Nação Angolana o provocante e indeclinável desafio de relançar o crescimento econômico e o desenvolvimento humano sustentável no quadro da pandemia covid-19.

É imperioso continuar e aprofundar o combate à corrupção e à impunidade e, mais ainda, qualificar o sistema de ensino a todos os níveis, educar (para além de instruir), dignificar e reconhecer o trabalho honesto e produtivo e moralizar a sociedade. Nesse ambiente, captar investimento externo (observando as recomendações e regras bem conhecidas de boa gestão, transparência, *compliance*, *doing business* e outras, na banca e nas empresas) para os *megaclusters* prioritários e projetos estruturantes nas áreas de maior vantagem comparativa, competitiva e rentabilidade, bem como apoiar os (verdadeiros) empresários nacionais. É uma visão e missão para todos: governo, banca, empresariado, instituições, igrejas, sociedade civil, cidadãos...

No que tange à covid-19, em que o conhecimento se atualiza todos os dias e tem de ser (re)validado, é necessário prudência, equilíbrio e coesão em torno de um pro-

grama consensual, promovido por um marketing eficaz para os diversos grupos-alvo da população (dos quais os habitantes na periferia das grandes cidades e os agregados familiares mais pobres – em grande parte sobrepostos – serão os principais grupos desfavorecidos). Ainda, colocar o país em posição vantajosa para aquisição e distribuição de uma vacina eficaz e segura, assim como de medicações específicas, logo que existirem.

Entretanto, é obrigatório melhorar a qualidade e reduzir os custos das telecomunicações, de que dependem tanto o ensino a distância como a telemedicina, ambos cada vez mais necessários, se bem que o ensino a distância não dependa apenas da Internet, podendo ser reforçado por materiais e serviços disseminados pelo correio convencional, por sinal de rádio e de televisão (muitas vezes como *blended-learning*). As famílias devem ser mais apoiadas para resgatar alguma da sua responsabilidade educacional e mesmo instrutiva, criando-se mais condições para acompanhamento da aprendizagem em casa, nomeadamente no ensino primário e secundário. Nesse sentido, os atuais Adecos (agentes de desenvolvimento comunitário, até agora mais mobilizados para a saúde pública) podem ser capacitados para um maior envolvimento na educação, principalmente em comunidades rurais e periurbanas. Os *smartphones* (mais que os *personal computers* e os *tablets*, de maior custo), já usados por grande parte da população (inclusivamente jovem e mesmo infantil), podem ser mais aproveitados para a aprendizagem. Também alguns recursos de elevado capital humano (como idosos, reformados e desocupados) poderiam ser mobilizados organizadamente (em voluntariado ou de outra maneira) para reforçarem programas sociais.

Como “não há nada novo debaixo do sol”, restaria adotar as medidas há muito reconhecidas: esquecer definitivamente a miragem do petróleo (que não trouxe significativo desenvolvimento humano quando era exportado a bom preço e em quantidade); resgatar o espírito nacionalista (no bom sentido); reforçar o papel da família na sociedade e construir uma economia sustentável com todo o enorme potencial que desde sempre existiu em Angola (população jovem, hospitalidade africana, climas amenos, reservas de água doce, flora e fauna diversificadas, belezas naturais, grande potencial agrícola, imensa riqueza mineral...).

2.5 SEGUNDA ONDA E PERSPECTIVAS

De acordo com a curva epidemiológica apresentada na Tabela 1, Angola ainda se encontra na primeira onda, com o mês de agosto a figurar o período com mais casos notificados. Observa-se também que durante esse mês, apesar de terem sido observadas oscilações com relação ao número de casos notificados, a tendência é de continuar a

crescer, com o epicentro da transmissão a permanecer na Província de Luanda e com um incremento da transmissão em aglomerados de cadeias de transmissão conhecidas por todo o território nacional¹²⁰.

Um fator que poderá explicar a evolução lenta da pandemia e com os poucos casos que têm sido observados em Angola, em comparação com outros países do continente africano, como a Nigéria, a África do Sul e o Gana, e outros países do continente europeu, é a baixa densidade populacional que se regista no nosso país. A importância da densidade populacional já foi demonstrada como um fator que contribui para a propagação da covid-19¹²¹. Para cada km² da Província de Luanda, residem 347 pessoas¹²², em comparação com Lagos, na Nigéria, que tem 7.941 pessoas/km², e Joanesburgo, na África do Sul, que tem 2.364 pessoas/km²¹²³⁻¹²⁴. Essas cidades são as que apresentam o maior número de casos até ao dia 26 de agosto de 2020¹²⁵.

Nesse contexto, ainda não é possível prever a possibilidade de uma segunda onda da pandemia em Angola. O país está a entrar na época chuvosa e quente, que se estenderá até maio de 2021, prevendo-se uma redução da transmissão do SARS-CoV-2, provavelmente por uma maior exposição da população à luz solar que foi documentada como um fator protetor que contribui para o fortalecimento do sistema imunitário, desacelerando o desenvolvimento de patógenos como a influenza e o SARS no corpo humano¹²⁶⁻¹²⁷. A OMS também faz referência ao benefício da luz solar, quando combinada com outras medidas de prevenção¹²⁸.

Apesar de Angola ainda registar um aumento do número de casos de covid-19, a tendência que se observa na região africana é de desaceleração conforme está documentado no relatório de situação da região africana da OMS de 26 de agosto de 2020¹²⁵. Se esta tendência continuar, é possível que a região africana esteja no final desta onda de transmissão do SARS-CoV-2. As razões para esse desaceleramento não são claras e devem ser investigadas.

No contexto epidemiológico da covid-19 em que o país se encontra, consideramos que, agora mais do que nunca, os princípios e a prática dos cuidados primários de saúde assumem uma dimensão estratégica para reposicionar as prioridades em saúde mais focadas nas necessidades essenciais e nas intervenções mais efetivas para garantir prevenção e tratamento das principais doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doença renal crónica, anemia falciforme, entre outras, que se tornaram grupos mais vulneráveis à covid-19.

Para mapear e avaliar o nível de exposição da população ao SARS-CoV-2, deve-se continuar a realizar estudos sorológicos. Isso permite informar e orientar as estratégias de modo que estas sejam baseadas em evidências.

Tendo em conta que os países terão de conviver com a covid-19 durante muito tempo, devido à falta de um tratamento eficaz, a imunização contra esse flagelo apresenta-se como a melhor estratégia. Angola faz parte da iniciativa Covax (GAVI-OMS-CE-PI), que é uma aliança criada para garantir o acesso equitativo de vacinas contra a covid-19. Com essa aliança, Angola assegurou 12 milhões de doses para pessoas de alto risco. Um desafio será o financiamento das restantes doses necessárias para cobrir as necessidades de imunização.

3. CONCLUSÃO

Este convite foi um desafio e igualmente estimulante, pois existem muitos dados dispersos em documentos oficiais nacionais, na literatura cinzenta, em bases de dados internacionais e na comunicação social, mas produção científica sobre a covid-19 em Angola é ainda escassa, como seria de esperar em uma situação sanitária recente, mas, principalmente, pelo desenvolvimento científico e tecnológico relativamente baixo do país. Considerando a prolongada recessão econômica que Angola vive, as baixas taxas de escolarização e alguma debilidade nos serviços de saúde (no entanto reforçados durante a pandemia), existe um contexto adverso, principalmente nas famílias em situação de pobreza e nos subúrbios das grandes cidades, mas a antecipação, a mobilização de consideráveis recursos e a organização do combate à covid-19 poderão contrariar parcialmente esse *handicap*. O sucesso do combate à pandemia está também a ser favorecido por dois projetos de investigação estruturantes – designadamente “Perfil Epidemiológico, Clínico e Laboratorial da covid-19 em Angola” e “Criando Capacidade covid em Angola” – que visam reforçar a contenção da pandemia e melhorar a qualidade da assistência médico-medicamentosa, ao mesmo tempo que promovem a geração de novo conhecimento local e a publicação nesse domínio.

A proteção contra ameaças como a covid-19 assenta não só na capacidade de saúde pública que cada país tem como também na vontade política para combater esta pandemia. A forte liderança política que se observa na resposta de Angola à covid-19 contribui largamente para a situação epidemiológica em que o país se encontra, em que o maior número de casos foi observado apenas quatro meses após a notificação do primeiro caso, o que permitiu que o país se preparasse para a demanda aos serviços de saúde.

O fato de Angola ser um país que está habituado a responder a epidemias e/ou emergências de saúde pública facilitou a preparação da resposta. Contudo, esta pandemia traz diversos desafios que obrigaram os profissionais de saúde a rapidamente

adotarem estratégias nunca utilizadas, como as quarentenas e os isolamentos institucionais e domiciliares. Por outro lado, esta pandemia veio reforçar o sistema nacional de vigilância epidemiológica, a todos os níveis e contextos.

A resposta de Angola tem sido atempada, mas, apesar do número de casos ser baixo, ainda existe um risco elevado, devido, principalmente, ao grande número de casos assintomáticos que podem ser considerados os impulsionadores da transmissão pela sua especificidade. Nessa conformidade, as autoridades sanitárias devem reforçar a prevenção e a gestão dos casos, em que o governo deve continuar a assumir a prestação de cuidados, e as comunidades devem assumir a promoção e a prevenção da covid-19: *a prevenção é adoptada por mim, pela minha família, pela minha comunidade, pelo meu município, pela minha província, pelo país.*

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos Editores da série LEIASS (Zulmira Hartz & Fernando Cupertino) e aos Editores convidados (Filomeno Fortes e Paulo Ferrinho) pelo honroso e estimulante convite para a redação do capítulo sobre Angola.

Os autores agradecem também à Comissão Multisectorial para a Prevenção e Combate à covid-19, e em especial à Ministra da Saúde, Dr.^a Sílvia Valentim Lutucuta, pela transparência e partilha de informação que foram cruciais para redação deste capítulo.

Os autores agradecem ainda às instituições, autoridades e colegas, em Angola, com quem têm compartilhado e debatido os desafios da covid-19, ajudando, dessa forma, a construir uma visão e um acervo nesse domínio, embora todos os dados incluídos no trabalho sejam públicos e da exclusiva responsabilidade dos autores.

A todos que estão na linha da frente na resposta a esta pandemia, o nosso agradecimento especial.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Timeline of WHO's response [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>.
2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 2019 [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 31]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
3. Angola. Ministério da Saúde. Epidemia da COVID-19 em Angola. Boletim Informativo nº 60. 21 mar 2020.

4. Angola. Ministério da Saúde. Epidemia da COVID-19 em Angola. Boletim Informativo nº 95. 25 abr de 2020.
5. Gilbert M, Pullano G, Pinotti F, Valdano E, Poletto C, Boëlle P, et al. Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: A modelling study. *Lancet*. 2020;(395):871–877.
6. Angola. Ministério da Saúde. Epidemia da COVID-19 em Angola. Boletim Informativo nº 96. 26 abr 2020.
7. Angola. Ministério da Saúde. Epidemia da COVID-19 em Angola. Boletim Informativo nº 223. 31 ago 2020.
8. Angola. Decreto Presidencial n.º 81, de 25 de março de 2020. Declaração do Estado de Emergência ao Abrigo da Pandemia COVID-19. *Diário da República I Série n.º 35*. 25 mar 2020.
9. Angola. Decreto Presidencial n.º 142, de 25 de maio de 2020. Declaração da Situação de Calamidade Pública ao Abrigo da Pandemia COVID-19. *Diário da República I Série n.º 70*. 25 maio 2020.
10. Angola. Dados administrativos da Direcção Nacional de Saúde Pública. Base de dados acedida aos 31 de agosto de 2020.
11. Angola. Ministério da Saúde. Epidemia da COVID-19 em Angola. Boletim Informativo nº 151. 20 jun 2020.
12. Angola. Ministério da Saúde. Epidemia da COVID-19 em Angola. Boletim Informativo nº 201. 9 ago 2020.
13. Heneghan C, Brassey J, Jefferson T. COVID-19: What proportion are asymptomatic? [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://www.cebm.net/covid-19/covid-19-what-proportion-are-asymptomatic/>
14. Angola. Instituto Nacional de Estatística. Resultados definitivos. Recenseamento Geral da população e habitação. 2014.
15. Angola. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025. 2015.
16. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xu X, et al. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Sci China Life Sci*. 2020;(63):706-711.
17. Bai Y, Yao L, Tian F, Jin D, Chen L, Meiyun W. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *JAMA*. 2020;323(14):06-1407.

18. Long Q, Tang X, Shi Q, Li Q, Deng H, Yuan J, et al. Clinical and immunological assessment of asymptomatic SARS-CoV-2 infections. *Nature*. 2020;(26):1200-1204.
19. Angola. Constituição da República de Angola [Internet]. 2010. [citado 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/pt/ao/ao001pt.pdf>
20. Angola. Decreto Presidencial n.º 81, de 25 de março de 2020. Declaração do Estado de Emergência ao Abrigo da Pandemia COVID-19. *Diário da República I Série n.º 35*. 25 mar 2020.
21. Angola. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025. 2015.
22. Angola. Comissão Interministerial Para as Emergências. Plano Nacional de Contingência para o Controlo da Pandemia da Doença por Coronavírus 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020. [citado 2020 ago 25]. Disponível em: https://www.ispsn.org/sites/default/files/relatorio_covid19.pdf
23. Gilbert M, Pullano G, Pinotti F, Valdano E, Poletto C, Boëlle P. et al. Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: A modelling study. *Lancet*. 2020;(395):871-877.
24. Angola. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025. 2015.
25. Agência Angola press. Governo anuncia plano para travar Coronavírus. 25 jan 2020 [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 31]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/sociedade/2020/0/4/Governo-anuncia-plano-para-travar-Coronavirus,e44aeb36-f8ce-4d01-bc0e-817f1c20dbae.html
26. World Health Organization. Timeline of WHO's response [Internet]. 2020. [citado 2020 ago 31]. Disponível em <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>
27. Jornal de Angola. Covid-19: Instalados 21 ventiladores no Centro da barra do Kwanza [Internet]. 25 mar 2020 [citado 2020 ago 21]. Disponível em: <http://jornaldeangola.sapo.ao/sociedade/covid-19-instalados-21-ventiladores-no-centro-da-barra-do-kwanza>
28. Agência Angola press. Covid-19: Centros de quarentena de Calumbo reactivados [Internet]. 23 abr 2020 [citado 2020 ago 23]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2020/3/17/Covid-Centros-quarentena-Calumbo-reactivados,b5fee9b4-31bb-4a91-a884-56e061f70dbb.html
29. Angola. Ministério da Saúde. Epidemia da COVID-19 em Angola. Boletim Informativo n.º 60. 21 mar 2020.
30. Angola. Decreto Presidencial n.º 81 de 25 de março de 2020. Declaração do Estado de Emergência ao Abrigo da Pandemia COVID-19. *Diário da República I Série n.º 35*. 25 mar 2020.

31. Jornal de Angola. Covid-19: Angola adquire 380 toneladas de material de biossegurança [Internet]. 12 maio 2020 [citado 2020 ago 31]. Disponível em: <http://jornaldeangola.sapo.pt/sociedade/covid-19-angola-adquire-380-toneladas-de-material-de-biosseguranca>
32. Agência Angola press. Covid-19: Mais 25 toneladas de material de biossegurança [Internet]. 7 jun 2020 [citado 2020 ago 23]. Disponível em: https://www.angop.pt/pt_pt/noticias/saude/2020/5/23/Covid-Mais-toneladas-material-biosseguranca,b57f8af9-f13c-4e1a-a205-316163378f09.html
33. Agência Angola press. Angola aumenta capacidade de resposta à covid-19 [Internet]. 25 jun 2020 [citado 2020 ago 20]. Disponível em: https://m.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/mobile/noticias/saude/2020/5/26/Angola-aumenta-capacidade-resposta-covid,af2f1765-39af-402a-a2a0-f150d9a5e347.html?version=mobile
34. Notícias ao Minuto. Covid-19. Domingo chega a Lisboa um voo da China com reforço de material [Internet]. 19 mar 2020 [citado 2020 ago 23]. Disponível em: <https://www.noticiasao minuto.com/economia/1437237/covid-19-domingo-chega-a-lisboa-um-voo-da-china-com-reforco-de-material>
35. Angola. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde Pública. Circular nº 06/2020. Sobre a utilização de Máscaras no âmbito da COVID-19.
36. Agência Angola press. Covid-19: MINSA alarga testagem para 400 amostras/dia. 26 abr 2020 [citado 2020 ago 23]. Disponível em: https://m.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/mobile/noticias/saude/2020/3/17/Covid-MINSA-alarga-testagem-para-400-amostras-dia,0436c94d-7d1b-4c4d-89cc-14a4440574d2.html?version=mobile
37. Angola. Decreto Presidencial n.º 142, de 25 de maio de 2020. Declaração da Situação de Calamidade Pública ao Abrigo da Pandemia COVID-19. Diário da República I Série n.º 70. 25 maio 2020.
38. Angola. Ministério da Saúde. Epidemia da COVID-19 em Angola. Boletim Informativo nº 125. 25 maio 2020.
39. Angola. Ministério da Saúde. Epidemia da COVID-19 em Angola. Boletim Informativo nº 97. 27 abr 2020.
40. Novo Jornal. Covid-19: Já está activo o 1º hospital de campanha do País, inaugurado hoje por João Lourenço [Internet]. 2 jun 2020 [citado 2020 ago 31]. Disponível em: <http://www.novojornal.co.ao/sociedade/interior/covid-19-ja-esta-activo-o-1o-hospital-de-campanha-do-pais-inaugurado-hoje-por-joao-lourenco-88114.html>

41. Jornal de Angola. Inaugurada mais uma unidade especializada para tratar a Covid-19 [Internet]. 7 jun 2020 [citado 2020 ago 31]. Disponível em: <http://jornaldeangola.sapo.ao/politica/inaugurada-mais-uma-unidade-especializada-para-tratar-a-covid-19>
42. Angola. Ministério da Saúde. Epidemia da COVID-19 em Angola. Boletim Informativo nº 201. 9 ago 2020.
43. Agência Angola press. Covid-19: Angola declara transmissão comunitária [Internet]. 15 jul 2020 [citado 2020 ago 31]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/sau-de/2020/6/29/Covid-Angola-declara-transmissao-comunitaria,f90ac52f-735c-4a3e-b7ee-27e617db74ef.html
44. Agência Angola press. Covid-19: Quarentena domiciliar inicia sábado [Internet]. 13 ago 2020 [citado 2020 ago 23]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/sau-de/2020/7/33/Covid-Quarentena-domiciliar-inicia-sabado,74980632-86e8-404b-a299-009947520fdb.html
45. Angola. Decreto Presidencial nº 212, de 7 de agosto de 2020. Atualiza as medidas de prevenção e controlo da propagação do vírus SARS-CoV-2 e da Doença COVID-19. Diário da República I Série n.º 120. 7 ago 2020.
46. Agência Angola press. Covid-19: Hospital de Campanha de Cabinda entra em função. 21 ago 2020 [citado 2020 ago 23]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/sau-de/2020/7/34/Covid-Hospital-Campanha-Cabinda-entra-funcao,0774e860-9587-414d-ac55-5b639e4cc0eb.html
47. Agência Angola press Covid-19: Hospital de Campanha da Lunda Norte entra em função. 28 ago 2020 [citado 2020 ago 29]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/sau-de/2020/7/35/Covid-Hospital-Campanha-Lunda-Norte-entra-funcao,45510683-ac2c-466b-89a8-e01fe9181946.html
48. Jornal de Angola. Uíge vai ter hospital de campanha e laboratório de alta qualidade. 30 jun 2020 [citado 2020 ago 30]. Disponível em: <http://jornaldeangola.sapo.ao/sociedade/uige-vai-ter-hospital-de-campanha-e-laboratorio-de-alta-qualidade>
49. World Health Organization. Global research on coronavirus disease [Internet]. [cited 2020 Aug 31]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>
50. Ball P, Maxmen A. Battling The Infodemic. Nature [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 05];581:371-374. Available from: <https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-020-01452-z/d41586-020-01452-z.pdf>

51. Naeem SB, Bhatti R. The Covid-19 ‘infodemic’: a new front for information professionals. *Health Info Libr J* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 05];37:233-23. Available from: <https://doi.org/10.1111/hir.12311>
52. Hellmann F, Williams-Jones B, Garrafa V. COVID-19 and Moral Imperialism in Multinational Clinical Research. *Arch. Med. Res* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 05]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7188637/pdf/main.pdf>
53. Monteiro WM, Brito-Sousa JD, Baía-da-Silva D, Melo GCD, Siqueira AM, Val F, et al. Driving forces for COVID-19 clinical trials using chloroquine: the need to choose the right research questions and outcomes. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 25];(53). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v53/1678-9849-rsbmt-53-e20200155.pdf>
54. Tambornino L, Lanzerath D. COVID-19 human challenge trials–what research ethics committees need to consider. *Research Ethics* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 05];16(3-4). Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1747016120943635>
55. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO Science Report: Towards 2030 [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 05]. Available from: <https://en.unesco.org/unesco-science-report>
56. Portal Ciencia ao. Angola no Relatório da UNESCO Sobre Ciência. 2016 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: <https://www.ciencia.ao/noticias/noticias/item/575-angola-no-relatorio-da-unesco-sobre-ciencia>
57. Portal Ciencia.ao. MESCTI Comemora o Dia Internacional das Mulheres e Meninas na Ciência [Internet]. [citado 2020 ago 05]. Disponível em: <https://www.ciencia.ao/ciencia/item/812-mesc-ti-comemora-o-dia-internacional-das-mulheres-e-meninas-na-ciencia>
58. Sambo MR, Ferreira AVL. Health sciences research on Angola up to 2014. *Health Res Pol Syst* [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 05];13(32). Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12961-015-0021-z.pdf>
59. Silva Neto D. Publicação vs. produção científica de Angola comunicação. In: Seminário sobre a criação, gestão e indexação de Revistas Científicas. (Sessão 1 do webinar, 29 de julho de 2020).
60. Sambo MRB. Contribution of scientific research to the COVID-19 approach in Angola – a challenge for funding science. Networking Friday with Minister Maria do Rosário Sambo, Angola. AIRCENTRE Webinar, 14 Aug 2020. [cited 2020 Aug 15]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=RFYK7KXDrI0>
61. Comissão Interministerial para as Emergências (República de Angola). Plano Nacional de Contingência Para o Controlo da Epidemia por Coronavírus (2019nCoV). Luanda; 2020.

62. Angola. Ministério do Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação. Despacho n.º 03/20. Luanda, de 26 de março (cria o Grupo de Trabalho Técnico-Científico).
63. Angola. Ministério do Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação Plano Sectorial de Contingência do MESCTI para o controlo da pandemia COVID-19. Luanda: MESCTI; 2020.
64. Ciência para a Vida. Sobre [YouTube canal]. [2020]. [citado 2020 ago 07]. Disponível em: <https://www.youtube.com/channel/UCXpLT7mf8Wa0pcDAYUWa2FQ/about>
65. Agência Angola press. COVID-19: Ensino superior suspenso por 15 dias. 19 mar 2020. [citado 2020 ago 07]. Disponível em: shttp://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2020/2/12/COVID-Ensino-superior-suspenso-por-dias,75bae79f-7d67-49d8-9246-25503dc5d59f.html
66. Angola. Decreto Executivo n.º 429, de 30 de dezembro de 2019. Aprova o Calendário do Ano Académico 2020. Diário da República I Série n.º 165. 30 dez 2019.
67. Angola. Decreto Presidencial n.º 80, de 25 de março de 200. Declara o Estado de Emergência. Diário da República I Série n.º 35. 25 mar 2020.
68. Angola. Decreto Presidencial n.º 142, de 25 de maio de 2020. Declaração da Situação de Calamidade Pública ao Abrigo da Pandemia COVID-19. Diário da República I Série n.º 70. 25 maio 2020.
69. Agência Angola press. Covid-19: Governo recua no reinício das aulas. 7 jul 2020 [citado 2020 ago 07]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/educacao/2020/6/28/Covid-Governo-recua-reinicio-das-aulas,3c15f6e8-0075-4d52-9661-7870a925adcc.html
70. Portal ciencia.ao. Aspectos Actuais sobre a Pandemia da COVID-19 no Contexto de Angola. 2020 [citado 2020 ago 07]. Disponível em: <https://ciencia.ao/covid-19>
71. Agência Angola press Covid-19: Ensino Superior lança projectos de investigação. 24 jul 2020 [citado 2020 ago 01]. Disponível em: https://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/educacao/2020/6/30/Covid-Ensino-Superior-lanca-projectos-investigacao,86ea5f24-e18a-4330-afce-ed226eebf8ab.html
72. World Health Organization. Global research on coronavirus disease. Global research database. [cited 2020 Aug 08]. Available from: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/>
73. S/A. Angola: Police Enforce Lockdown. Afr Res Bull. 2020 [citado 2020 ago 05];57(3):22929B-22929C. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6346.2020.09424.x>.
74. Owens MD, Lloyd ML, Brady TM, Gross R. Assessment of the Angolan (CHERRT) Mobile Laboratory Curriculum for Disaster and Pandemic Response. West J Emerg Med [Internet]. 2020

[cited 2020 Aug 05];21(3):526-531. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7234718/pdf/wjem-21-526.pdf>

75. Chaccour C, Ruiz-Castillo P, Richardson MA, Moncunill G, Casellas A, Carmona-Torre F, et al. The SARS-CoV-2 Ivermectin Navarra-ISGlobal Trial (SAINT) to Evaluate the Potential of Ivermectin to Reduce COVID-19 Transmission in low risk, non-severe COVID-19 patients in the first 48 hours after symptoms onset: A structured summary of a study protocol for a randomized control pilot trial. *Trials* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 09]; 21(1),1-4. Available from: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13063-020-04421-z>

76. Dúran F. Stemming COVID-19 in Cuba: Strengths, Strategies, Challenges. *MEDICC Review* [Internet]. 2020 [cited 2020];22(2):47-49. Available from: https://mediccreview.org/wp-content/uploads/2020/05/MR-April2020_interview-Reed-Francisco-Duran.pdf

77. Gilbert M, Pullano G, Pinotti F, Valdano E, Poletto C, Boëlle PY. Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: a modelling study. *Lancet* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 09];395(10227):871-877. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930411-6>

78. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 62. 2020 [cited 2020 Aug 09]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331606>

79. Agência Angola press. Covid-19: Angolano cria dispositivo ultravioleta. 5 ago 2020 [citado 2020 ago 14]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/ciencia-e-tecnologia/2020/7/32/Covid-Angolano-cria-dispositivo-ultravioleta,042e640f-4ce3-4c10-8552-a0116202e37e.html

80. Hamzavi IH, Lyons AB, Kohli I, Narla S, Parks-Miller A, Gelfand JM, et al. Ultraviolet germicidal irradiation: possible method for respirator disinfection to facilitate reuse during COVID-19 pandemic. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];82(6):1511-1512. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962220305089>

81. Moozhipurath RK, Kraft L, Skiera B. Evidence of Protective Role of Ultraviolet-B (UVB) Radiation in Reducing COVID-19 Deaths. *MedRxiv* [Preprint]. 2020 [cited 2020 Aug 14]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/medrxiv/early/2020/05/15/2020.05.06.20093419.full.pdf>

82. Welch D, Buonanno M, Grilj V, Shuryak I, Crickmore C, Bigelow AW, et al. Far-UVC light: A new tool to control the spread of airborne-mediated microbial diseases. *Scientific Reports* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 14];8(1):1-7. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-21058-w.pdf>

83. Jacinto GMP, Campos PA, Campos PMD. Uma Análise SWOT dos Desafios da Educação nos Países da África Subsaariana Ante o COVID-19. *Revista Angolana de Extensão Universitária*. 2020;2(3):11-29.
84. Cilliers J, Kwasi S, Yeboua K, Oosthuizen M, Alexander K, Poee TK, et al. Impact of COVID-19 in Africa: A Scenario Analysis to 2030 [Internet]. *Africa Report*, Institute for Security Studies, Pretoria; 2020 [cited 2020 Aug 05]. Available from: <file:///C:/Users/PC/Downloads/SSRN-id3660866.pdf>
85. Heigermoser M, Glauben T. COVID-19, the oil price slump and food security in low-income countries. *IAMO Policy Brief* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 25];(37). Available from: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/221830/1/1701958236.pdf>
86. Akrofi, MM, Antwi, SH. COVID-19 energy sector responses in Africa: A review of preliminary government interventions. *Soc Sci* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 25];68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7338023/pdf/main.pdf>
87. Okoi O, Bwawa T. How health inequality affect responses to the COVID-19 pandemic in Sub-Saharan Africa. *World Development* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 25];135. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7351451/pdf/main.pdf>
88. United Nations Population Fund. UNFPA Angola. [cited 2020 Aug 17]. Available from: <https://www.unfpa.org/data/AO>.
89. Our World in Data [Internet]. [cited 2020 Aug 17]. Available from: <https://ourworldindata.org/internet>
90. Internet World Stats. Internet Users Statistics for Africa [Internet]. *Africa Internet Usage, 2020 Population Stats and Facebook Subscribers*. 2020 [cited 2020 Aug 2017]. Available from: <https://www.internetworldstats.com/stats1.htm>
91. Cognitivo J. 400 milhões usuários activos: Os impressionantes números do WhatsApp [Internet]. 2013 [citado 2020 ago 10]. Disponível em: <https://www.menosfios.com/400-milhoes-usuarios-activos-um-dos-impressionantes-numeros-do-whatapp/>
92. Angola. Regulamento das Modalidades de Ensino à Distância e Semi-Presencial no Subsistema do Ensino Superior. Decreto Presidencial n.º 59, de 3 de março de 2020. *Diário da República I Série n.º 23*. 3 mar 2020.
93. Agência Angola press. Inaugurado centro de ensino à distância da UAN [Internet]. 11 set 2009 [citado 2020 ago 18]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/educacao/2009/8/37/Inaugurado-centro-ensino-distancia-UAN,3dbb8035-e0e0-4029-9c01-40d312457ace.html

94. Folha 8. Ensino à distância ou uma miragem [Internet]. Sociedade; 18 jun 2017 [citado 2020 ago 10]. Disponível em: <https://jornalf8.net/2017/ensino-distancia-miragem/>
95. The World Bank. Mortality rate [Internet]. [cited 2020 Aug 10]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.AMRT.MA?locations=AO>
96. World Health Organization. World Health Statistics data visualizations dashboard. [cited 2020 Aug 10]. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-1-viz?lang=en>
97. United Nations. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation [Internet]. [cited 2020 Aug 20]. Available from: https://childmortality.org/?r=site/graph&ID=AGO_Angola
98. World Health Organization. Angola [Internet]. [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/countries/ago/en/>
99. Instituto Nacional de Estatística. Ministério da Saúde, Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016 [Internet]. 2017 [citado 2020 ago 20]. Disponível em: https://www.ine.gov.ao/images/Populacao_Sociedade/RELATORIO_IIIMS.pdf
100. Instituto Nacional de Estatística. Objectivos de Desenvolvimento Sustentável: Relatório de Indicadores de Linha de Base Agenda 2030 [Internet]. 2018 [citado 2020 ago 20]. Disponível em: file:///C:/Users/PC/Downloads/UNDP_AO_Relat%C3%B3rio%2000DS_IND_BASE_FINAL%202018.pdf
101. Institute for Health Metrics and Evaluation. IHME Measuring hat matters [Internet]. Angola. [cited 2020 Aug 20]. Available from: <http://www.healthdata.org/angola>
102. Ver Angola. Médico Luís Bernardino defende substituição da quarentena institucional pela domiciliar [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.verangola.net/va/pt/062020/Saude/20576/M%C3%A9dico-Lu%C3%ADs-Bernardino-defende-substitui%C3%A7%C3%A3o-da-quarentena-institucional-pela-domiciliar.htm>
103. Fukiady T. Mais de 50 profissionais de saúde estão infectados com COVID-19, diz SINMEA. Novo Jornal, 14 ago 2020. p. 14-15.
104. Bernardino L. COVID em Angola: Como estamos? Novo Jornal, 21 ago 2020. p. 27.
105. Viriato J, Gonçalves M. Uso de máscara facial durante e condução de veículo automóvel – é realmente necessária? Novo Jornal, 21 ago 2020. p. 24-26.
106. Rodrigues RDA. Sonangol: o petróleo e a estratégia de desenvolvimento económico em Angola [dissertação]. Lisboa (LX): Universidade Aberta; 2013 [citado 2020 ago 25]. Disponível em: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2823/1/TMG/MBA_RuiRodrigues.pdf

107. The World Bank. Angola [Internet]. [cited 2020 Aug 25]. Available from: <https://data.worldbank.org/country/angola?locale=pt>
108. Banco Nacional de Angola. Notícias. Quinta edição do Ciclo Anual de Conferências subordinada ao tema “Sustentabilidade das Reservas Internacionais” [Internet]. 2019 [citado 2020 ago 25]. Disponível em: https://www.bna.ao/Conteudos/Artigos/detalhe_artigo.aspx?idc=175&idi=16358&idl=1
109. Lusa. Agência de Notícias de Portugal, SA. Economia de Angola sofreu recessão de 0,9% no ano passado, INE [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 25]. Disponível em: <https://noticias.sapo.ao/economia/artigos/economia-de-angola-sofreu-recessao-de-09-no-ano-passado-ine-2>
110. Novo Jornal. COVID-19: Angola arrisca ficar em recessão económica até 2023 – Standard Bank [Internet]. 1 jun 2020 [citado 2020 ago 25]. Disponível em: <http://www.novojornal.co.ao/economia/interior/covid-19-angola-arrisca-ficar-em-recessao-economica-ate-2023---standard-bank-88083.html>
111. Barber E. Negócios sustentáveis em Angola. Nova Iorque: PNUD; 2015.
112. Queirós F. Economia informal: o caso de Angola. Rio de Janeiro: Almedina; 2017.
113. Agência Angola press. Justiça deve combater à corrupção e impunidade [Internet]. 13 mar 2018 [citado 2020 ago 25]. http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/politica/2018/2/11/Justica-deve-combater-corrupcao-impunidade,d2d9802a-bb70-41ec-b0ef-345ab41f20b4.html
114. Rodrigues V. Lourenço para e manda investigar “negociata” em transporte de material de combate à Covid-19 [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www.voaportugues.com/a/louren%C3%A7o-para-e-manda-investigar-negociata-em-transporte-de-material-de-combate-%C3%A0-covid-19/5424619.html>
115. United Nations Development Programme. Human Development Report 2019 - Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century [Internet]. UNDP: New York; 2019 [cited 2019 Aug 14]. Available from: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>
116. Agência Angola press. Programa “Kwenda” já é realidade [Internet]. 30 maio 2020 [citado 2020 ago 25]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/economia/2020/4/22/Programa-Kwenda-realidade,e982b508-20c2-4974-90ff-9d2ee97c45a5.html
117. Lopes RD. Pensar fora ou dentro da caixa? Mercado [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 25]. Disponível em: <https://mercado.co.ao/economia/pensar-fora-ou-dentro-da-caixa-o-pais-segue-dentro-de-momentos-AJ931103>

118. Cascais A. Covid-19: “A situação económica e social em Angola é dramática” [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/covid-19-a-situa%C3%A7%C3%A3o-econ%C3%B3mica-e-social-em-angola-%C3%A9-dram%C3%A1tica/a-54177766>
119. Carvalho CR. Televisão Pública de Angola. Programa “Directo ao Ponto” Análise económica. 15 ago 2020, 21h15.
120. Agência Angola press. Covid-19: Angola declara transmissão comunitária. 16 jul 2020. [citado 2020 ago 23]. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2020/6/29/Covid-Angola-declara-transmissao-comunitaria,f90ac52f-735c-4a3e-b7ee-27e617db74ef.html.
121. Coşkun H, Yildirim N, Gunduz S. The spread of COVID-19 virus through population density and wind in Turkey cities. *Sci Total Environ.* 2021;751. [in press].
122. Instituto Nacional de Estatística. República de Angola. Resultados definitivos. Recenseamento Geral da população e habitação [Internet]. 2014 [citado] Disponível em:
123. Statistics South Africa. Statistical release (Revised) – P0301.4. Census 2011 [Internet]. 2012 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <http://www.statssa.gov.za/publications/P03014/P030142011.pdf>
124. Nigeria Data Portal. State Population, 2006 [Internet]. [cited 2020 Aug 30]. Available from: <https://nigeria.opendataforafrica.org/ifpbxbd/state-population-2006>
125. World Health Organization. Regional Office for Africa. COVID-19 Situation update for the WHO African Region [Internet]. External Situation Report 26. 26 Aug 2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://www.afro.who.int/publications/situation-reports-covid-19-outbreak-sitre-26-26-august-2020>
126. Cannell R, Vieth J, Umhau M, Holick W, Grant S, Madronich C, et al. Epidemic influenza and vitamin D. *Epidemiol Infect.* 2006;134(6):1129-40.
127. Miller B. Immune System: Your Best Defense against Viruses and Bacteria from the Common Cold to the SARS Virus. Oak Publication Sdn Bhd [Internet]; 2018 [cited 2020 Sep 26]. Available from: <https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/immune-cells-common-cold-may-recognize-sars-cov-2>
128. World Health Organization. Water, sanitation, hygiene and waste management for the COVID-19 virus [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 31]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331305/WHO-2019-NCoV-IPC_WASH-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

129. Gavi. COVAX: Ensuring global equitable access to COVID-19 vaccines [Internet]. [cited 2020 Aug 30]. Available from: <https://www.gavi.org/covid19/covax-facility>

CONFLITOS DE INTERESSE

Mário Fresta é Director do Centro de Educação Médica da UAN (CEDUMED) e Coordenador do Subgrupo de Bioética do Grupo de Trabalho Técnico-Científico (GTC) criado pelo Ministério de Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação (MESCTI) no âmbito do PNC para a covid-19 de Angola. A responsabilidade deste trabalho é individual, são suas opiniões pessoais e não vinculam essas instituições.

Helga Reis de Freitas é Directora Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde de Angola. A responsabilidade deste trabalho é individual, são suas opiniões pessoais e não vinculam esta instituição.

Tânia Lourenço é consultora do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. A responsabilidade deste trabalho é individual, são suas opiniões pessoais e não vinculam esta instituição.

CAPÍTULO 2

CABO VERDE: A PRIMEIRA ONDA COVID-19 NOS ESTADOS-MEMBROS DA CPLP DE MARÇO A AGOSTO DE 2020

Delgado APC¹
Correia AJ²
Mendonça MLL³
Monteiro FSF⁴

1. António Pedro Costa Delgado. MD, PhD. GHTM/ IHMT/Universidade Nova de Lisboa. Professor Auxiliar. Universidade de Cabo Verde. antoniop.dalgado@docente.unicv.edu.cv; α Autor correspondente.

2. Artur Jorge Correia, MPH, PhD, Diretor Nacional de Saúde de Cabo Verde, MSSS. Professor Auxiliar. Universidade de Cabo Verde e Universidade de Santiago. artur.correia@ms.gov.cv; arturcorreia51@hotmail.com.

3. Maria da Luz Lima Mendonça. Mestre em Saúde Pública, Presidente do Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde, mariadaluz.lima@insp.gov.cv.

4. Francisca Suassuna Freyre Monteiro; Psicóloga, PhD, Professora Auxiliar. Universidade de Cabo Verde (Uni-CV) francisca.monteiro@docente.unicv.edu.cv.

Resumo

Cabo Verde registou a sua primeira infecção por SARS-CoV-2, importada, em 18 de março de 2020, em Boa Vista, uma das ilhas mais turísticas do país. Até 27 de agosto de 2020, acumulou 3.699 casos e 38 óbitos, concentrados na capital Praia (80%), Sal (15,5%) e Fogo, mais recente (0,8%), os três principais focos de infecção. Há casos dispersos pelas outras ilhas, menos a Ilha Brava. O impacto da covid-19 foi sentido nos diversos setores, como um dos maiores desafios para o sistema nacional de saúde. Atingiu os setores econômico-financeiro e sociais e interrompeu o fluxo turístico, responsável por cerca de 25% PIB. As medidas de Emergência Nacional, estado de calamidade, distanciamento social, quarentena para os contatos e isolamento dos casos positivos, e apoio ao setor informal de economia e às famílias mais desfavorecidas amenizaram os primeiros impactos, mas não os travaram. O vírus chegou provocando uma espécie de cataclismo, instalando o medo, “outra epidemia”: logo após o primeiro caso positivo, cerca de 50 pessoas estavam infectadas. Algum fatalismo era percebido entre as pessoas, talvez por causa da grande rapidez e quantidade de contágios e óbitos noticiados, na altura, em países como a Itália e a Espanha. Contudo, a primeira onda continua em Cabo Verde.

Palavras-chave: Cabo Verde; covid-19; CPLP; pandemia.

Abstract

Cape Verde, registered its first infection with SARS-CoV-2, imported, on March 18, 2020 in Boa Vista, one of the most touristic islands in the country. Up to 27 / August / 2020, it accumulated 3,699 cases and 38 deaths, concentrated in the capital Praia (80%), Sal (15.5%) and Fogo, most recent (0.8%), the three main sources of infection. There are cases spread over the other islands, except the island Brava. Covid-19's impact was felt in different sectors, as one of the biggest challenges for the national health system. It reached the economic-financial and social sectors and interrupted the tourist flow, responsible for about 25% GDP. The measures of National Emergency, state of calamity, social distance, quarantine for contacts and isolation of positive cases and support for the informal sector of the economy and for the most disadvantaged families, will have alleviated the first impacts, but have not stopped them. The virus arrived causing a kind of cataclysm, installing fear, “another epidemic”: shortly after the first positive case, about

50 people were infected. Some fatalism was perceived among people, perhaps because of the great speed and amount of contagions and deaths reported at the time, in countries like Italy, Spain. But the first wave continues in Cape Verde.

Keywords: Cape Verde; Covid-19; CPLP; pandemic.

Introdução

Cabo Verde, enquanto país pequeno e insular com grande mobilidade de viajantes nacionais e estrangeiros e com ligações por meio dos quatro aeroportos internacionais, prontamente iniciou a operacionalização das recomendações emanadas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, ao mesmo tempo, acompanhou a evolução dos conhecimentos científicos globalmente disponibilizados por intermédio das publicações de pesquisa sobre a covid-19.

A primeira infecção por coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), importada, foi registada em 18 de março de 2020, na Ilha da Boa Vista, uma das ilhas mais turísticas de Cabo Verde. Até o dia 27 de agosto de 2020, o país havia acumulado 3.699 casos de pessoas infectadas e confirmadas com o novo coronavírus, em oito das nove ilhas habitadas do arquipélago. Entre esses casos, há a registar 38 óbitos e 2.749 pessoas recuperadas (INSP/www.covid19.cv). O impacto da pandemia por covid-19 em Cabo Verde tem-se feito sentir em diversos setores: econômico, financeiro, do turismo, da saúde, sendo um dos maiores desafios para o sistema nacional de saúde cabo-verdiano na era pós-independência.

A estratégia que Cabo Verde adotou desde o início da pandemia com a implementação de diagnóstico pela técnica de biologia molecular (PCR-RT) a todos os casos suspeitos, aos contatos de casos positivos da doença e isolamento institucional de todos os casos positivos de infecção por SARS-CoV-2 permitiu que os serviços de saúde não ficassem sobrecarregados com situações mais complicadas, obtendo uma taxa de letalidade relativamente baixa (1%).

Para a sociedade cabo-verdiana, o vírus chegou provocando muita preocupação, uma espécie de cataclismo: ao ser detectado o primeiro caso positivo, tão logo mais um contingente de cerca de 50 pessoas estava infetado. Fato que, a princípio, gerou um choque, uma comoção nacional, até com traços de alguma marginalização em relação à Ilha da Boa Vista, por poucos dias a única do arquipélago com resultados positivos ao SARS-CoV-2. Algum fatalismo era percebido entre as pessoas, talvez por herança da

avantajada rapidez e quantidade de contágios e óbitos que vinham sendo noticiados, na altura, na terceira semana de março, em países como a Itália, a Espanha.

Resposta nacional à Pandemia da covid-19

Logo após a declaração do Evento de Saúde Pública de alcance internacional, feita pela OMS em 30 de Janeiro de 2020, justificada pela evolução rápida dos números registados de casos suspeitos, confirmados de infeções por SARS-CoV-2 e reportados pela República de China, mas, sobretudo, pela possibilidade de ocorrência de casos importados em outros países, o que rapidamente aconteceu; as recomendações emitidas pela OMS estimularam todos os países a se prepararem e para implementar medidas de alerta por meio de campanhas de informação, vigilância ativa, deteção precoce, gestão de casos, rastreamento de contatos e prevenção da propagação da infecção por covid-19, bem como a partilha de dados completos com a OMS.

Cabo Verde elaborou um Plano Nacional de Contingência para a Prevenção e Controlo do Covid-19¹, validado em março, na presença de altas individualidades nacionais e internacionais, com o objetivo de sistematizar todas as ações e procedimentos já em curso no país e outras a serem implementadas, com identificação e distribuição de tarefas desde o nível central até às unidades mais descentralizadas de prestação de cuidados de saúde, abrangendo a participação de todos os setores relevantes nesse processo. É um documento sujeito a atualizações periódicas, de acordo com o cenário epidemiológico e com base nas evidências técnicas e científicas nacionais e/ou internacionais.

Assim, março de 2020 foi considerado o mês de consolidação da preparação da resposta nacional à pandemia em Cabo Verde. Desde então, começou a preparação sob a coordenação do Ministério da Saúde e da Segurança Social com encontros regulares da equipa técnica nacional de intervenção rápida (Etnir) e o reforço de medidas de vigilância nos pontos de entrada. Com a notificação de casos suspeitos em países com maior ligação com Cabo Verde, sobretudo países europeus, as autoridades sanitárias começaram a implementar medidas de alerta e de risco iminente que se mantiveram até a confirmação do primeiro caso confirmado de infecção por SARS-CoV-2.

Durante essa fase, foram várias as medidas de saúde pública implementadas, das quais se destacam a complementar à elaboração e validação do plano nacional de contingência: o encerramento de voos internacionais; a suspensão dos voos e ligações marítimas entre as ilhas, apenas permitidas algumas para situações excecionais, pre-

viamente autorizadas e para circulação de mercadorias; a imposição de quarentena a viajantes oriundos de países com casos de covid-19; a implementação da Linha Verde COVID-19 – 800 11 12, para atendimento, triagem e encaminhamento de utentes; a criação de capacidade nacional de resposta laboratorial à Covid-19 e uma forte estratégia de comunicação de risco e envolvimento comunitário, nomeadamente o lançamento do site oficial da covid-19, <https://covid19.cv>.

Ante o risco iminente de surgimento de casos, o governo de Cabo Verde declarou a “Situação de Contingência”, abrangendo todo o território nacional, com a adoção de várias medidas de caráter excepcional, entre elas, reforço e apoio na área da Saúde Pública, encerramento e restrição de espaços que propiciem aglomeração de pessoas.

O Presidente da República decretou o “Estado de Emergência Nacional”² com efeito a partir da zero hora do dia 29 de março, por 20 dias, até o dia 17 de abril, por meio do Decreto-Lei nº 44/2020. Seguiram-se prorrogações por mais 15 dias, em todo o território nacional, por mais 12 dias nas Ilhas de Boa Vista e Santiago, locais de prováveis disseminação comunitária, e, posteriormente, por mais 14 dias para a Ilha de Santiago com transmissão comunitária comprovada.

Com a institucionalização do “estado de calamidade”, imediatamente, acionou-se o Conselho Nacional da Proteção Civil, um órgão multissetorial (incluindo saúde, proteção civil, polícia, defesa, reguladoras em saúde e em aviação civil, comunicação social, previdência social etc.), presidido pelo Ministro da Administração Interna.

O governo tomou medidas para apoiar o setor informal de economia e as famílias mais desfavorecidas. Destaca-se a pronta resposta e solidariedade dos parceiros bilaterais e multilaterais, incluindo as Nações Unidas, de associações e individualidades, consubstanciadas em assistência técnica, acompanhamento, apoio material e financeiro da OMS, da Organização Oeste Africana da Saúde (Ooas), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), do Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa), entre outros.

O distanciamento social, a obrigatoriedade da quarentena para os contatos e o isolamento dos casos positivos foram medidas efetivas adotadas por Cabo Verde à semelhança de vários países. Espera-se, com isso, ter impedido o crescimento exponencial de novos casos e, conseqüentemente, reduzir a demanda e a sobrecarga dos serviços de saúde, evitando o colapso das estruturas de saúde.

A situação epidemiológica da covid-19 em Cabo Verde

O diagnóstico laboratorial do SARS-CoV-2, inicialmente, foi realizado no Instituto Ricardo Jorge de Portugal, enquanto não eram criadas as condições técnicas para tal no país, o que veio a acontecer em 14 de março, quando foi feito o primeiro teste molecular para covid-19, em Cabo Verde, por PCR-RT, no Laboratório de Virologia do Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde (INSP), na Praia. Hoje existem mais dois laboratórios funcionando em São Vicente e no Sal, com perspectivas de abertura de mais um na Ilha do Fogo e outro na Praia, na Universidade de Cabo Verde.

O país dispõe, também, de capacidade para realizar testes rápidos sorológicos para pesquisa de anticorpos, para auxiliar na investigação da circulação do vírus na comunidade, na triagem de casos positivos a anticorpos, para a realização de teste molecular e no esclarecimento de certas linhas de investigação sobre a origem de casos positivos de covid-19.

Uma pesquisa soroepidemiológica de anticorpos realizada pelo INSP, entre 25 de junho e 4 de julho 2020, forneceu, como resultados, uma prevalência de 0,4%, indicando uma ainda grande vulnerabilidade da população cabo-verdiana à infecção pelo SARS-CoV-2.

Cronologicamente, aos três casos iniciais de covid-19 reportados em 21 de março em turistas de visita à Ilha da Boavista, acrescentou-se, em 25 de março, na cidade da Praia, um primeiro caso em um indivíduo cabo-verdiano, mas também importado, porque a pessoa regressara de visita a países europeus com infecção e foi confirmada com covid-19, tendo desenvolvido a doença durante o período de quarentena no domicílio. O primeiro caso em São Vicente, a terceira ilha afetada, foi confirmado em 4 de abril, também em uma pessoa com ligações ao exterior do país. Portanto, os primeiros casos registados nas primeiras semanas foram casos importados.

Ainda nesse mês, em 15 de abril, houve um episódio extraordinário de contaminação na Ilha da Boa Vista com a confirmação de 45 casos de infecção entre trabalhadores que ficaram em quarentena no hotel no qual surgiu o primeiro caso de covid-19. Até 3 de maio de 2020, foram registados, nessa ilha, 56 casos de covid-19, parando a transmissão. Boa parte dessas pessoas era oriunda de outras ilhas, que migraram para prestar serviços para o afluxo turístico.

A Ilha de Santiago, mais precisamente o concelho da Praia, rapidamente passou a ser o epicentro da pandemia em Cabo Verde, provavelmente por contágios a partir de casos provenientes da Boa Vista, não suficientemente esclarecidos, e de casos importados, com o regresso de vários cabo-verdianos provenientes da Europa. No entanto,

foram gradualmente surgindo casos de infecção, confirmados, em todos os nove concelhos de Santiago.

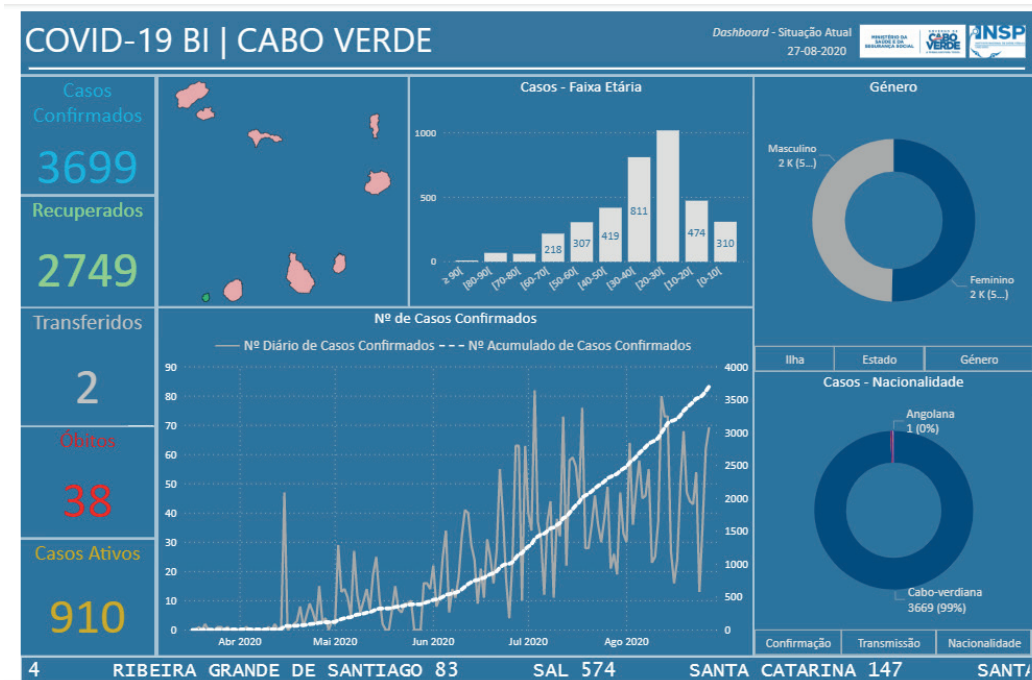
A Ilha do Sal, igualmente uma ilha turística, teve comportamento atípico. Não manifestou sinais de infecção que pudesse ser considerada importada, no início da covid-19, registando a sua primeira infecção dois meses após a declaração da pandemia no país, com uma transmissão comunitária, tal como Santiago, de origem ainda não completamente esclarecida.

Já a Ilha de São Vicente apresentou outra atipicidade. Após a identificação do primeiro caso em uma pessoa residente, sem viagens, não foram reportados mais casos ativos da doença. No entanto, ensaios sorológicos posteriores, efetuados em contactos próximos a esse caso positivo, revelaram positividade a anticorpos específicos para SARS-CoV-2 em duas pessoas, tendo uma delas regressado de uma viagem ao exterior, cerca de três semanas antes. A partir de junho, surgiram, nessa ilha, vários casos importados de São Nicolau, Sal e Santiago, ainda sem explicação epidemiológica convincente.

Com o fim do estado de emergência na Ilha de Santiago, em 29 de maio, deu-se abertura progressiva a atividades econômicas e sociais, abertura dos estabelecimentos comerciais e das instituições públicas e privadas, e a entrada em vigor da obrigatoriedade de várias medidas para a contenção da circulação do vírus e controle efetivo da doença, entre as quais, o uso obrigatório de máscaras nos espaços públicos e fechados, a partir dos 7 anos de idade, bem como o distanciamento social.

A Figura 1, extraída do sítio digital da covid-19 do país, mostra-nos a evolução de dados epidemiológicos, ao longo do período da pandemia, até finais de agosto, oferecendo uma fotografia da situação atual.

Figura 1. Evolução dos dados epidemiológicos 18 de março até 27 de agosto de 2020



Fonte: www.covid19.cv³

Em 27 de agosto de 2020, a pouco mais de 5 meses de início, a pandemia havia atingido oito das nove ilhas habitadas – menos a Ilha Brava –, com transmissão ativa em Santiago, destacando-se aqui o concelho da Praia como o mais atingido (80% dos casos acumulados do país), Sal respondendo por 15,5% dos casos e Fogo, que é a mais recentemente atingida, ainda no início (0,8%). São esses três locais que constituem os atuais principais focos de infecção.

Os casos registados apresentavam uma distribuição equitativa por sexo. Por grupos etários, verificava-se que as pessoas em idade ativa, dos 20-60 anos, eram as que apresentavam o maior número de casos, 2.556, representando 69,1% do total, dos quais resultaram 8 óbitos, correspondente a uma letalidade de 0,31%.

Entre as pessoas mais idosas, de 60 a mais de 90 anos, acumularam-se 359 casos, que representam 9,7% do total, com um registo de 29 óbitos, ou seja, uma letalidade de 8,08%.

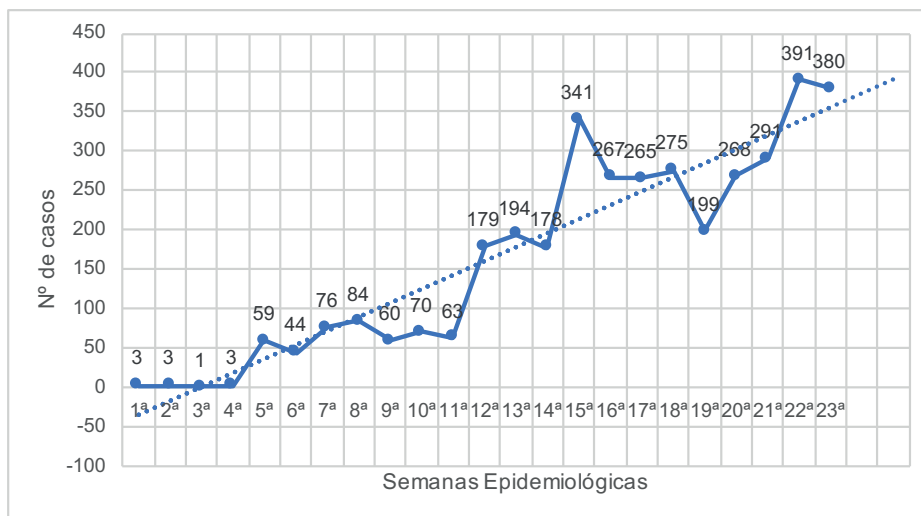
Nas pessoas com menos de 20 anos, foram registados 784 casos (21,2% do total) e 1 óbito, traduzindo-se em uma baixa letalidade de 0,13%.

Os óbitos ocorreram, na sua grande maioria, na Ilha de Santiago (78,9%), sendo o concelho da Praia com a quase totalidade dos óbitos da ilha, excetuando-se dois casos.

Outra característica dessa pandemia é que cerca de 70% dos casos confirmados são assintomáticos, afetando, sobretudo, pessoas com idades compreendidas entre 20 e 40 anos (49,5% dos casos infetados); e menos de 5% são considerados casos críticos³.

A distribuição por semanas epidemiológicas (Figura 2) permite visualizar a evolução dos casos confirmados da pandemia ao longo do tempo, com variações dos valores semanais, mas com uma tendência linear crescente. Analisando a curva do gráfico por semanas, repetem-se períodos de 3-4 semanas em planalto com valores semelhantes, seguidos de picos e, novamente, planalto de dados, mas sempre em patamares numéricos superiores, traduzindo um crescimento por surtos, uma irregularidade no aparecimento das infeções, provavelmente ligado ao tamanho e distribuição da população, às formas de contaminação, provavelmente por casos assintomáticos, e à capacidade instalada de testagem por PCR-RT para despistagem epidemiológica.

Figura 2. Cabo Verde covid-19: distribuição de casos por semanas epidemiológicas entre 16-22/03 e 17-23/08 de 2020



Fonte: Direção Nacional de Saúde, Serviço de Vigilância Integrada e Resposta /SVIR, 2020

Aspetos psicológicos da covid-19, respostas e atendimentos aos afetados pela pandemia

Não obstante as medidas tomadas em termos epidemiológicos, sociais, económicos e de equidade, não tardou, e o vírus, da Boa Vista, chegou à Ilha de Santiago;

e tão logo a São Vicente e às outras ilhas. Com ele, espalhavam-se a informação e a desinformação, quase como uma epidemia paralela. Instalou-se o medo como sensação presente e recorrente. O Estado de Emergência decretado. A vida redirecionada. Escolas esvaziadas. Trabalhos remotos. O confinamento. A incerteza. A solidão. O medo presente e persistente. Impreciso e líquido, como diria Bauman⁴⁽³¹⁾: “As oportunidades de ter medo estão entre as poucas coisas que não se encontram em falta nesta nossa época, altamente carente em matéria de certeza, de segurança e proteção. Os medos são muitos e variados”.

Os primeiros diagnósticos – com o impacto agravado pelo primeiro diagnóstico resultar no primeiro óbito – acentuaram outros tantos medos já previamente instalados e indefinidos, que encontravam na pandemia a oportunidade de manifestarem-se.

Com o confinamento, as redes sociais passaram a funcionar como espaço de encontros, de manifestos, de catarse – o que poderia ter-se configurado em algo saudável, mas que, por vezes, ultrapassava as fronteiras da intolerância, de alguma espécie de xenofobia em relação às gentes das ilhas onde registavam-se casos positivos de covid-19.

O medo parecia estar movendo o cidadão comum do lugar-comum, sem que este tivesse a dar-se conta. As chamadas na Linha Verde, disponibilizadas à população nesse período, e apoiadas por um conjunto de profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos, clamavam por proteção, por respostas às infundáveis perguntas em busca de tecer alguma certeza e segurança. Estava sendo declarada guerra contra o vírus que necessitaria do envolvimento de toda a população; e ela, a população, cheia de incertezas e indefinições, clama, em linha, por proteção, por segurança, por alguma certeza legitimada no assombro de contaminar-se, de adoecer, de necessitar de cuidados intensivos, de perder pessoas próximas para a covid-19, de falecer. Ademais, buscava na Linha Verde ouvidos que acolhessem suas questões, seus assombros, seu sentido de desproteção. Alguém que ali estivesse de modo a não se deixar esquecer. Foram muitas as chamadas dos cidadãos comuns, dos profissionais de saúde, que buscavam “simplesmente” certificar-se de que alguém ali do outro lado da Linha atenderia ao seu chamado caso necessitasse. Descodificar esses medos desordenados tornava-se uma desafiante tarefa imposta nesta nova ordem quotidiana continuamente em construção.

A cada dia, surgiam novas advertências globais, internacionais, nacionais, locais. Flutuavam teorias e recomendações. Derivavam-se os medos de outras paragens; e Cabo Verde começava a desenhar o que viria a se tornar quase o padrão da manifestação pela covid-19 na sua população: o adoecer assintomático ou manifesto através de sintomatologia leve. Desta junção entre medos derivados da experiência de outros países e a manifestação quase sempre assintomática da infecção, os medos iniciais,

que até então perduravam nos sucessivos Estados de Emergência decretados, foram sendo “desgarrados” dos perigos reais que os nutriam. E assim, “as reações defensivas ou agressivas resultantes, destinadas a mitigar o medo, podem assim ser dirigidas para longe dos perigos realmente responsáveis pela suspeita de insegurança”⁴⁽⁸⁾.

Os medos que eram, a princípio, densos, evocando incansáveis cuidados, prudência e segurança, foram sendo naturalizados, como se toda uma nação fosse aprendendo a conviver com eles na tentativa de libertar-se do pavor e da tensão inicial. Dessa convivência, diferentes comportamentos, mais ou menos prudentes, foram manifestados, cada vez mais acintosamente por parte de alguns – de uma minoria, é verdade, mas de uma minoria que renova a propagação do vírus e sentencia o coletivo às permanentes restrições.

Pouco a pouco, vai-se reprimindo o horror ao perigo e tornando a vida com medo algo tolerável, mesmo porque, com o passar do tempo e a situação inicial de suspensão de atividades econômicas, turísticas e culturais persistir e atingir diretamente boa parte da população da Ilha de Santiago e das ilhas eminentemente turísticas, como Sal e Boa Vista, os medos passaram a ser redirecionados. A desaceleração econômica, o encerramento persistente das fronteiras, a proibição da circulação de pessoas interilhas de ou para ilhas com o vírus ativo, no momento, Santiago e Sal, evocaram outros medos, multiplicaram preocupações, inauguram outros pavores.

O desemprego, a falta de rendimento no setor informal, a dificuldade na manutenção de empresas privadas – neste momento, privadas ou quase privadas da sua atividade econômica –, a fome, o agravamento de outros diagnósticos pelas faltas às consultas de seguimento temendo o contágio nas estruturas de saúde, a comunicação social que prioriza buscar falhas no cumprimento das medidas implementadas pelas autoridades sanitárias em detrimento de ações educativas, a polarização política que pouco ou nada contribuiu para a melhoria da informação e sensibilização da população que vai se intoxicando com a permanência persistente do vírus ativo no país, com as redes sociais – que muito sobre culpas e culpados apontam, mas muito pouco recomendam ou sugerem possíveis soluções. A intolerância parece ser uma das características sociais que descarrilhou desgovernadamente ao longo desta pandemia. Surgem hordas de “iluminados”, teorizando como se tivessem adotado a crise, que já ultrapassa e muito as fronteiras sanitárias e necessita retomar a ordem ou propor uma nova ordem à toda a desordem por ela provocada.

O confinamento limitou um tanto a propagação do vírus, mas acarretou outros agravos, nomeadamente em relação às situações de violência baseada no gênero (VBG) e violência sexual infantil. Segundo dados do Instituto Cabo-verdiano para Igualdade e

Equidade de Género (ICIEG), nos meses de abril e maio foram registadas 289 denúncias de VBG na Polícia Nacional, tendo sido de 267 o número de queixas no mesmo período, em 2019, e permanecendo a Cidade da Praia como maior referência, somando 71 dessas denúncias. Em relação à violência sexual infantil, segundo o Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente (ICCA), os dados de 2020 registam 83 casos denunciados entre janeiro e julho, podendo, o período de isolamento social, ter agravado a situação, pois estudos anteriores⁵ apontam a prevalência de situações de abuso sexual infantil intrafamiliar em Cabo Verde, o que, no período de confinamento, desprotege a vítima e dificulta a fuga, o pedido de ajuda, a denúncia.

Considerações sobre o futuro: a recuperação, uma segunda onda

O futuro pode parecer brumoso; os riscos, imprevisíveis. Neste momento, a saúde parece ter-se convertido naquilo que “se gasta” em busca de prazer. Do prazer do desconfinamento, da convivência social, da ousadia de mal-usar ou tirar a máscara em algum momento coletivo do dia, de baixar a guarda com os protocolos de higiene e etiqueta respiratória.

O futuro é incerto para todos, e essa incerteza poderá gerar questionamentos frouxos e inconsequentes utilizando uma roupagem pseudocrítica, ousada e aparentemente lúcida do tipo: valerá a pena este “sacrifício” de seguir as recomendações para evitar uma infecção que poderei vir a ter, talvez só de forma leve ou assintomática? E na iminência de viver o dia de hoje como se não houvesse amanhã, nessa busca incessante por prazeres imediatos – sobretudo a camada jovem da população, que parece esquecer que viver o hoje como se não houvesse amanhã perde todo o sentido se houver amanhã. Isto é, que o sentido do amanhã é a continuidade do hoje e que, por mais desalentador que o futuro possa parecer, consumi-lo hoje, de forma inconsequente, poderá gerar, no momento e situação atual, comportamentos de risco que sugiram, provoquem e antecipem danos de grande porte, individuais e/ou coletivos e até mesmo a morte.

Nesse contexto, entre as medidas tomadas, a declaração do “Estado de Emergência” talvez tenha permitido moldar o que será o futuro da pandemia em Cabo Verde, a par do que for acontecendo com a pandemia, sobretudo pelos bons efeitos que forem sendo analisados e aproveitados como lições.

Constata-se uma melhoria na consciencialização da população sobre as medidas de prevenção e o controlo da covid-19. Segundo os dados do estudo CAP, realizado pelo INSP sobre comportamentos, atitudes e práticas/CAP⁶, 90% da população tem

conhecimento sobre as características do vírus e da sua transmissão; há uma melhor preparação do setor da saúde com melhoria de medidas preventivas e com destaque pelo interesse na tomada de decisões, ocasionadas pelos resultados do estudo CAP e do Inquérito soropidemiológico⁷ e relacionadas com covid-19; um envolvimento maior de outros setores, e um aumento da disponibilidade destes nas respostas à pandemia; uma articulação e empenhamento de todos os setores sociais e econômicos parceiros na coordenação da luta contra a covid-19⁸; um engajamento político, traduzido em iniciativas normativas, regulamentares e legislativas essenciais para fortalecer a liderança e vontade política em controlar a pandemia, considerar esse combate um desígnio nacional e uma peça essencial para a mobilização dos apoios de parceiros nacionais e internacionais.

Esse conjugar de esforços criou as condições para que alguns resultados, difíceis em outras circunstâncias, fossem sendo alcançados e modelassem a situação atual. O confinamento da transmissão da infecção a algumas ilhas; um controlo eficaz da transmissão, traduzida pelas taxas de ataque reduzidas nas ilhas afetadas; um aprendizado para o reforço e alargamento das respostas do sistema de saúde são alguns exemplos. No entanto, com o levantamento das medidas de emergência, em 31 de maio, a restituição do direito de circulação às pessoas, a sua deslocação, nomeadamente de retorno aos locais de origem, contribuíram para o país assistir a um aumento de casos, mas de crescimento moderado, há mais de dez semanas de evolução epidemiológica (Figura 2).

O encerramento dos aeroportos e da ligação com o exterior ocasionou atrasos na disponibilização de consumíveis e reagentes do laboratório, máscaras, equipamentos hospitalares, pela nossa dependência externa nessa matéria. A insuficiência de recursos humanos para gestão e investigação de casos e limitação de recursos financeiros para aquisição de equipamentos, recrutamento do pessoal adicional e para manter os espaços de isolamento, bem como a fraca adesão da população às medidas preventivas de confinamento domiciliar e distanciamento físico, são constrangimentos que obrigaram as autoridades do país a repensar a sua estratégia de comunicação para melhorar as respostas.

Por tudo isso, o futuro é ainda incerto; os riscos, imponderáveis. Do ponto de vista epidemiológico, a segunda onda pode ser um fato, mas não uma fatalidade. Dependerá, por um lado, do comportamento do vírus, das novas características que ele possa adotar em sucessivas mutações ou da imunidade que poderá resultar para proteger, secundariamente, as pessoas que não forem infectadas na primeira onda. Por outro, das atitudes de relaxamento e desistência de adoção das medidas individuais restritivas e de fracos resultados palpáveis a olhos comuns ou displicentes, na esperança de

que não serão infectadas ou afetadas. Necessitará, sobretudo, dos conhecimentos e produtos científicos que possam acontecer proximamente e da sua aplicação prática em vacinas, em novas abordagens e tratamentos, na modelagem dos comportamentos. Precisarà, certamente, da recuperação sanitária, educacional, social, econômica e financeira e da repercussão dessas recuperações na vida dos indivíduos, das empresas e da sociedade, no seu todo, pressionados que foram nesse período calamitoso que persiste em se manter.

Há crises que acontecem sem anúncio, que chegam e se instalam em silêncio. Esta, apesar de anunciada, pareceu ter estado silenciosamente velada; e neste silêncio ensurdecador, desdobrou-se. Logo, tornou-se difícil suportar o medo que provocou. Desse modo, há quem opte por colocar os fones nos ouvidos com alta música e fugir à solidão que aterroriza, aglomerando-se como se buscasse refúgio, segurança, proteção. O medo não é imaginário: há cada vez mais pessoas infectadas, mortes – as notícias comprovam! O medo cresce. Torna-se insuportável manter-se isolado, com medo de ser excluído, esquecido. É quase intolerável o pavor de manter-se um seguidor das regras, solitário e indefeso. Na luta contra esse sentido de desamparo, a busca de sensações, de vivenciar experiências novas e diversificadas, incorporando o risco da atual situação pandêmica, tomando o risco como meio de atingir os objetivos de agrupamento e sentido de pertença, fatores importantes para suportar o desamparo e na contramão do controle da pandemia.

Desse modo, surge uma questão de saúde mental que clama por cuidado, segurança e proteção, em que o medo individual e abstrato desta catástrofe acaba por se sobrepor à situação pandêmica, coletiva e real, desafiando os seus esforços de superação; e quando não é possível contar com uma rede de apoio, tornam-se ainda mais complexos e de difícil compreensão, inaugurando ou intensificando a impotência que provocam. Os medos sinalizam a carência de habilidades, de ferramentas que não são um conjunto estandardizado, mas uma combinação entre as ameaças percebidas diante da situação de perigo e da forma que se reage a estas. A batalha contra o medo é individual e poderá ser aprendida, as habilidades podem ser reforçadas para que haja um reconhecimento e incremento dos recursos individuais, tendo em conta que responderá melhor às recomendações uma população mais segura, amparada e autoconfiante.

O que a pandemia nos ensinou sobre o país, as suas gentes, as suas capacidades, a sua resiliência, as suas fragilidades

Toda esta vivência precisa representar muito mais que um lembrete às situações futuras. Esta pandemia veio revelar as fragilidades sanitárias e econômicas de pequenos estados insulares como é Cabo Verde, com uma forte dependência externa quer para o crescimento econômico (turismo), quer para adequada resposta a situações sanitárias. Por outro lado, pode constituir uma oportunidade para a criação e a consolidação de um sistema nacional de saúde mais forte e resiliente por meio de um aumento de investimento na área da saúde como princípio para atrair outros investimentos.

Pessoas foram contaminadas, pessoas faleceram porque não conseguiram evitar o contato de proximidade, porque pouco ou nada foram responsabilizadas por isso e porque boa parte delas não conseguiu manter um estado mental positivo diante da agonia de várias ordens. Torna-se imprescindível cuidar da saúde mental da população como proposta preventiva e em uma perspectiva de saúde pública, para tornar a população paulatinamente responsável, como tanto foi dito nas recomendações sanitárias: “sejam um agente de saúde pública”⁹.

As lições são várias, e esta história vivida jamais repetir-se-á, de modo que poderemos estar mais preparados para crises epidêmicas vindouras se realmente nos debruçarmos sobre esta crise atual com honestidade. Nesse sentido, precisamos:

Olhar, analisar e decidir sobre aspetos sanitários que apresentam fragilidades para estarmos precavidos para que outra onda, outra pandemia ou o recrudescimento de situações que já nos aflijam não nos apanhem desprevenidos;

Reforçar as medidas de vigilância sanitária e epidemiológica, de detecção e isolamento precoces para estarmos preparados para os inesperados das epidemias, na base da estratégia “testar, diagnosticar, isolar, tratar e seguir” para uma resposta imediata com desaceleração da dinâmica de transmissão;

Considerar fundamental uma integração institucional entre todos os setores sociais e econômicos, privados e públicos, para suportar um desenvolvimento geral e sanitário efetivamente sustentável, a favor do bem-estar das pessoas;

Fortalecer o SNS para melhorar a resposta atempada, promocional, preventiva e de tratamento precoce das situações crônicas e degenerativas, sobretudo aquelas às quais é imputada, habitualmente, a maioria das causas colaterais das mortes por covid-19;

Fazer da saúde um desígnio nacional, implantado em todas as políticas, essencial para o desenvolvimento geral da nação e estar mais atentos ao caos que uma doença, a covid-19, provocou.

Para além da saúde, há outros setores enfermos, nomeadamente e fortemente a economia que, se não receber cuidados, se não forem encontradas soluções criativas, volta o setor da saúde a padecer. É crescente a busca de cuidados de saúde mental por sintomas de ansiedade, de pânico, de depressão, das ideias de suicídio. As fragilidades que se conseguia manter à sombra vieram à luz. Nota-se – e é preciso que se diga – uma reação positiva da população à procura de cuidados de saúde mental. Quiçá a pandemia da covid-19 esteja conseguindo quebrar um pouco o estigma dessa busca; e cuidar da saúde mental inicie uma trajetória reconhecida como sendo de qualidade de vida. É preciso não desistir da esperança.

Referências

1. Ministério da Saúde e da Segurança Social. Direcção Nacional da Saúde. Plano Nacional de Contingência Covid-19 [Internet]. Direcção Nacional de Saúde: DNS/01/020 [citado 2020. Ago. 21]. Disponível em: <https://covid19.cv/wp-content/uploads/2020/03/PLANO-NACIONAL-DE-CONTING%3%8ANCIA.pdf>
2. República de Cabo Verde. Decreto Presidencial nº 06, de 28 de março de 2020. Declaração de estado de emergência justificada por calamidade pública. Boletim Oficial [Internet]. 28 mar. 2020 [citado 2020.ago.21]. Disponível em: https://covid19.cv/wp-content/uploads/2020/04/BO-38-DP-06_RES-109-IX-2020.pdf
3. Ministério da Saúde e da Segurança Social. Direcção Nacional da Saúde. Boletim epidemiológico do Serviço de Vigilância e Resposta [Internet]. [acesso 2020.ago.22]. Disponível em: www.covid19.cv.
4. Bauman Z. Medo Líquido. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008.
5. Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania. Estudo Diagnóstico sobre o perfil dos condenados por crimes sexuais contra menores: conhecer para melhor intervir. Praia: CNDHC; 2017.
6. Instituto Nacional de Saúde Pública. Relatório do Estudo: conhecimentos, atitudes e práticas sobre à Covid-19 na população residente em Cabo Verde [Internet]. Praia; 2020 [citado 2020. ago.25], https://covid19.cv/wp-content/uploads/2020/07/RELAT%3%93RIO-FINAL-CAP_COVID-19_INSP-17-07.pdf
7. Instituto Nacional de Saúde Pública. Estudo sero-epidemiológico COVID19. Praia; 2020.
8. Instituto Nacional de Estatísticas. Avaliação do impacto da pandemia da COVID-19: Inquérito rápido às empresas. Praia: INE; 2020.
- 9 Portugal, Direcção-Geral de Saúde Conselho da DGS, TSF 2020.mar.16.

CAPÍTULO 3

A PRIMEIRA ONDA COVID-19 NOS ESTADOS MEMBROS DA CPLP: O CASO DA GUINÉ-BISSAU

Magda Robalo, MD, MSc¹

Plácido Cardoso, MD²

Jamila Bathy, MD³

Joana Cortez, MD, MPH⁴

Rachel Schwartz⁵

1. Alta Comissária para a COVID-19.

2. Secretário do Alto Comissariado para a COVID-19.

3. Diretora Clínica do Hospital de Cumura.

4. Consultora OMS Guiné-Bissau.

5. Economista no Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau.

Resumo

A pandemia de covid-19 na Guiné-Bissau evoluiu com um pano de fundo de crise política agudizada pela disputa pós-eleitoral. A fragilidade do sistema de saúde condicionou a capacidade do país em confrontar este desafio global. As medidas de contenção da propagação da pandemia tiveram um impacto social e econômico dramático. A suspensão da campanha da castanha de caju, principal produto de exportação, afetou toda a cadeia de empresários e empreendedores envolvidos nessa atividade econômica. O recolher obrigatório, o encerramento de fronteiras, escolas e mercados, e proibição de circulação de transportes públicos privou famílias inteiras das suas fontes de rendimento diárias e causou um empobrecimento generalizado. A primeira onda caracterizou-se por cerca de oito semanas de evolução exponencial e disseminação para as regiões, elevada taxa de infecção de profissionais de saúde e grande reticência e ceticismo da população quanto à existência da doença. A solidariedade nacional e internacional, as parcerias público-privadas, o envolvimento do poder tradicional e religioso, o recurso à tecnologia e a mudança do paradigma em relação à delegação de tarefas são alguns dos traços marcantes da gestão desta pandemia, que expandiu as desigualdades sociais e acentuou as clivagens políticas.

Palavras-chave: COVID-19. Pandemia. Desafios. Instabilidade política. Sistema de saúde.

Introdução

A Guiné-Bissau registou o seu primeiro caso de covid-19 em 24 de março de 2020; e o primeiro óbito ocorreu em 26 de abril, dando seguimento a uma onda de crescimento exponencial de casos, a uma situação de pânico e de sobrecarga dos serviços laboratoriais e de vigilância epidemiológica. Em menos de dois meses, em 17 de maio, o país já havia registado mil casos dessa doença.

Nessa época, ainda não dispunha de infraestrutura de isolamento de casos suspeitos e/ou confirmados, assim, adotou uma estratégia de isolamento domiciliar desses casos, o que deu origem a uma rápida evolução do cenário da pandemia, passando de casos importados à transmissão local e, em seguida, à transmissão comunitária na capital, Bissau, com extensão a duas regiões do país, Biombo e Cacheu.

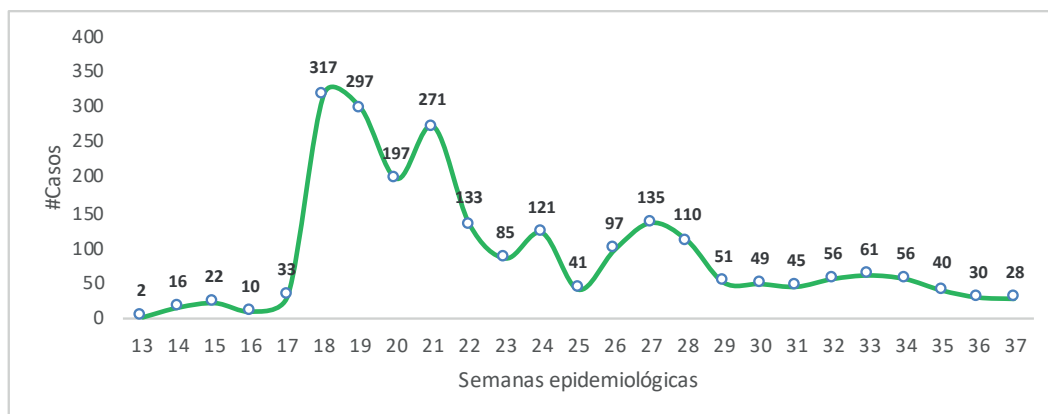
Com uma população de um pouco menos de 2 milhões de habitantes, e a braços com uma grave crise sociopolítica, a Guiné-Bissau registou, em um curto período, uma

elevada taxa de infecção de governantes, quadros médios de instituições governamentais, agentes de saúde, forças de defesa e segurança e empresários.

Os mecanismos de gestão da pandemia viriam a ser ajustados dois meses após a notificação do primeiro caso, em um esforço para travar a evolução da pandemia. As fronteiras e as escolas foram encerradas, instaurou-se o estado de emergência com recolher obrigatório e foi instalada uma cerca sanitária entre as regiões, para além de outras medidas de confinamento e de restrição de movimentos das populações, com o intuito de desacelerar a progressão da epidemia e reduzir a transmissão da infecção.

Como em vários outros países, essas medidas foram adotadas praticamente sem adaptação ao contexto social, cultural e econômico, o que rapidamente levou à resistência por parte das populações e desencadeou uma onda de desconfiança relativamente à existência da doença no país, associado à crise política vigente.

Figura 1. Evolução semanal dos novos casos de covid-19



Contexto

A Guiné-Bissau conheceu duas fases durante a primeira onda de evolução da covid-19. A primeira evoluiu da notificação dos primeiros casos em março de 2020 (semana epidemiológica 13) até à semana epidemiológica 23, quando teve início a segunda fase, com a extinção da Comissão Inter-Ministerial, que foi substituída pelo Alto Comissariado, instituído por Decreto Presidencial de 5 de junho de 2020.

O país escapou à devastadora epidemia de Ebola que assolou, entre 2014 e 2016, três países da África ocidental, entre os quais, um dos seus vizinhos fronteiriços, a Guiné-Conakry. Contudo, logo foi inscrita na lista dos países africanos afetados pela covid-19, já depois de, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS)

ter declarado que o novo Coronavírus evoluía sob a forma de uma pandemia.

Com uma população essencialmente jovem (60% da população tem menos de 25 anos de idade), a Guiné-Bissau é um país instável e conseqüentemente frágil, devido a uma crônica crise político-militar que data dos primórdios da sua independência. O sistema de saúde é ineficiente, insuficientemente financiado (nos últimos 10 anos, as despesas públicas em saúde representaram, em média, 3.5% das despesas totais (ou 0.7% do PIB)¹), e mal gerido, devido às frequentes mudanças no sistema de governação e de liderança e à falta de investimento estratégico. As taxas de mortalidade materna e infantil são das mais elevadas do mundo, a esperança de vida é baixa (59,8 anos)² e o rácio médico por 100 mil habitantes é inferior (1 médico por 5,964 habitantes)³ ao limiar recomendado pela OMS.

A maioria da população vive no limiar da pobreza extrema e longe (mais de 5 km) das unidades de saúde. O índice de alfabetização é baixo, e a taxa de prevalência do HIV/aids é a mais alta da costa ocidental de África.

O índice de desenvolvimento humano tem sido consistentemente baixo, sendo considerado um dos países mais pobres do mundo. A taxa de crescimento econômico está estimada em 4.5% em 2019¹ e a forte dependência na monocultura do caju tem condicionado o crescimento do PIB.

As previsões de crescimento econômico situavam-se em 5% para 2020, mas está agora estimado que o PIB só irá crescer de 1,5% a 3,1%, dependendo da evolução da pandemia. A baixa no preço da castanha de caju, associada à baixa da sua procura e da capacidade de exportação estão na origem desse cenário menos favorável.

A urbanização é galopante, com um acelerado crescimento de subúrbios de habitações precárias e insalubres nas imediações da capital, constituindo um enorme problema para a prestação de serviços de saúde, educação, acesso à água potável, saneamento, eletricidade e outros serviços.

As infraestruturas rodoviárias são antigas, o que torna a evacuação de doentes e a mobilidade intra e inter-regional muito difícil, apesar de ser um país muito pequeno geograficamente.

No Relatório sobre o Índice de Segurança Sanitária Global de 2019, a Guiné-Bissau ocupa a posição 186, dentre 195 países, com um total de 20 pontos/100 na avaliação global, muito abaixo da média, revelando falta de capacidade para enfrentar uma emergência de saúde pública. Já em termos de detecção precoce e notificação de epidemias com potencial de expansão internacional, o país está classificado na posição 145, com 23,4 pontos. Na avaliação da capacidade de resposta rápida e de controle da expansão de uma pandemia, a Guiné-Bissau tem 17,8 pontos e situa-se na 190^a

posição⁴. Esperava-se que as lições aprendidas durante a fase de preparação para uma possível epidemia de Ebola pudessem servir para colocar a Guiné-Bissau em um melhor patamar de resposta, com retenção de experiência e práticas, mas ficou registado, com esses resultados, que tal não foi o caso.

O período pré-pandemia

Em 26 de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde Pública (Minsap) dava conta ao país, por meio da sua página nas redes sociais e dos órgãos de comunicação social, da existência de uma nova doença do foro respiratório, de contornos ainda pouco claros, declarada pela OMS e que ainda não tinha critérios para ser declarada como uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional. O Minsap exortava também a população a adotar as medidas preventivas recomendadas pela OMS.

O Centro de Operações de Emergência em Saúde (Coes) foi ativado e iniciou as suas reuniões de coordenação entre Governo e parceiros, em 29 de janeiro de 2020. O rastreio de passageiros a partir dos Pontos de Entrada, nomeadamente em nível do Aeroporto Internacional Osvaldo Vieira, foi operacionalizado; e o Ministério dos Negócios Estrangeiros e das Comunidades envolveu-se em contatos com a China, dada a importante comunidade de estudantes guineenses presentes nesse país, que estava a braços com a epidemia, dos quais várias centenas regressaram à Guiné-Bissau entre fevereiro e março, de forma intempestiva e não programada, mas controlada pelas autoridades sanitárias por meio da gestão dos pontos de entrada e de visitas domiciliares.

Foram iniciadas as atividades de informação e sensibilização da população, com a produção de cartazes e mensagens para as rádios na língua nacional e em línguas tradicionais dos vários grupos étnicos.

Em 5 de fevereiro, o governo reuniu a mais alta instância de coordenação, com a presença de embaixadores e representantes de organismos internacionais, presidida pelo Primeiro-Ministro. No decorrer dessa reunião, foi aprovado o primeiro Plano de Contingência.

Os números gratuitos (1919/2020) do Centro de Chamadas foram ativados, em colaboração com as operadoras de telecomunicação MTN e Orange, em uma parceria público-privada que ainda está em curso, nesse e em vários outros domínios.

Os membros do Fórum de Jornalistas Promotores da Saúde e os jornalistas de demais órgãos de comunicação social foram formados e sensibilizados sobre a doença em 18 de fevereiro, em um exercício de colaboração entre o Minsap e a OMS. Conferên-

cias de Imprensa semanais foram instituídas e realizadas todas as sextas-feiras, para educar, informar e sensibilizar a população sobre a evolução da doença e as medidas de prevenção. A essa altura, a OMS já havia declarado a epidemia como uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional, e a África já tinha registado os seus primeiros casos de coronavírus.

Em 27 de fevereiro, ocorreu uma mudança no sistema político-institucional em vigor, um acontecimento que interrompeu os esforços em curso para prevenir a entrada e responder eficazmente à ameaça do novo coronavírus. Um novo processo de preparação e resposta ao novo coronavírus foi iniciado em 5 de março, tendo a OMS declarado, em 11 de março, que o mundo estava enfrentando uma pandemia, a primeira do século XXI, 100 anos após a “gripe espanhola”.

Os bastidores da luta contra a covid-19 por profissionais voluntários

A possibilidade eminente de surgimento de casos de covid-19 na Guiné-Bissau, em uma altura de conturbada situação política e mudanças da estrutura diretiva do Minsap, desencadeou, no seio de um grupo de médicos especialistas nacionais e estrangeiros, bem como profissionais que atuam em outras áreas da saúde, uma grande preocupação. Decidiram realizar, de forma voluntária, reuniões técnicas presenciais e virtuais. Por inúmeras ocasiões, os encontros duraram horas a fio, por vezes noite adentro. Estudaram vários protocolos clínicos internacionais, acompanharam as experiências de outros países perante a covid-19 – aquela que viria a ser a mais temida pandemia até então conhecida.

Criaram um grupo de trabalho no WhatsApp e, por meio dessa rede de comunicação, partilharam vários artigos científicos, normas de orientações de outros países, bem como planos de contingência. Discutiu-se a pertinência ou não de suas adaptações ao contexto guineense.

Evolução da pandemia

Em 11 de março de 2020, a OMS declarou que o mundo estava perante uma pandemia causada pelo novo coronavírus, posteriormente designado como coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV2), agente causal da doença conhecida

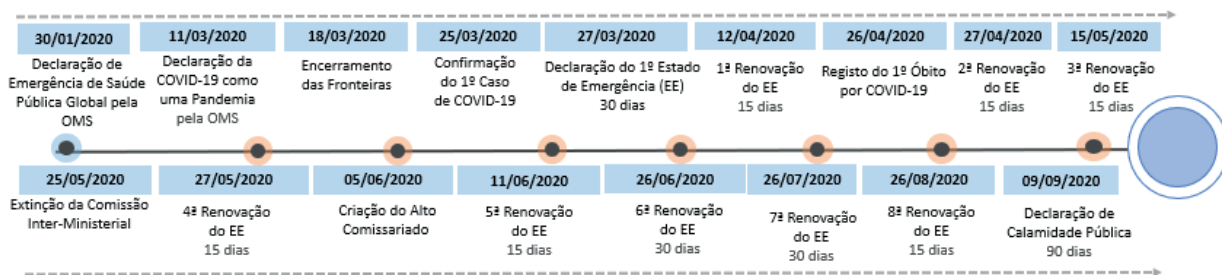
por covid-19. Em 18 de março, as fronteiras da Guiné-Bissau foram encerradas; e, em 27 de março, foi declarado o Estado de Emergência, que viria a ser renovado por oito vezes, até ser suspenso em 8 de setembro de 2020.

Na Guiné-Bissau, os dois primeiros casos (importados) foram notificados em 25 de março de 2020, e o primeiro óbito foi registado em 26 de abril de 2020, originando uma expansão comunitária que iria registar um aumento exponencial de casos em poucas semanas. Efetivamente, entre 26 de abril e 1º de maio de 2020, o país quadruplicou o seu número de casos notificados, passando de 73 a 288, sem possibilidades de isolamento institucional dos casos confirmados e suspeitos. Esse fato contribuiu para a evolução da pandemia de transmissão local à transmissão comunitária em um curto período. Em 17 de maio, havia cerca de mil casos de covid-19 registados no país.

Ao mesmo tempo que os casos importados transmitiam a infecção localmente, registava-se o crescimento de vários casos com origem em um empresário estrangeiro infectado, que faleceu no seu país de origem, e que infetou um certo número de empresários com quem esteve em contato durante a sua semana de permanência no país, propagando assim a doença para as regiões de Biombo e Cacheu. Estavam reunidos os ingredientes para uma expansão comunitária da pandemia.

A ocorrência do primeiro óbito em menos de 24 horas após admissão do paciente no maior hospital do país constituiu um ponto de viragem na evolução da pandemia. O sistema de diagnóstico laboratorial e de vigilância epidemiológica mostraram-se incapazes de responder à demanda, e gerou-se uma sobrecarga do sistema de saúde. Um grande número de profissionais de saúde, governantes, políticos, agentes de segurança e pessoal administrativo foi infectado, devido à aglomeração em torno de atividades políticas em curso e à falta de medidas de prevenção.

Figura 2. Evolução da pandemia na Guiné-Bissau



Estratégias de resposta

O Estado de Emergência vigorou na Guiné-Bissau de 27 de março a 8 de setembro de 2020, com regimes variados de restrição dos direitos, liberdades e garantias da população. Medidas de prevenção foram adotadas, com base na lavagem frequente das mãos com água com lixívia ou água e sabão, no confinamento domiciliar para todos, e só mais recentemente introduziu-se o uso universal de máscaras sociais.

Em termos de gestão clínica, a política adotada foi de manter em isolamento domiciliar os casos suspeitos e confirmados, até à ocorrência do primeiro óbito, que causou algum pânico no seio da população e levou a uma grande afluência em nível do Laboratório Nacional de Saúde Pública e aumento significativo no número de pessoas testadas.

Desenhou-se então uma estratégia de isolamento de casos em hotéis, estratégia essa que viria a ser abandonada por falta de sustentabilidade. Os casos suspeitos eram rastreados em consultas de triagem para doentes respiratórios e hospitalizados, em função da sua gravidade.

A vigilância epidemiológica continua a ser um pilar importante do combate à pandemia, associada ao seguimento domiciliar dos casos confirmados e contatos. De uma primeira fase de colheita manual dos dados, o país está agora utilizando soluções digitais para facilitar a recolha e o tratamento rápido e atempado dos dados, que podem ser partilhados com todos em tempo real.

A prevenção e o controle da infecção são uma das estratégias-chave do dispositivo de contenção da pandemia e um pilar ativo em termos de formação dos profissionais da saúde, uma categoria que se tornou uma vítima colateral da fragilidade do sistema de saúde.

A comunicação de risco e o engajamento comunitário não foram estratégias privilegiadas no início da pandemia, o que dificultou a aderência da população às medidas de prevenção e impactou negativamente o comportamento individual e coletivo em relação à doença.

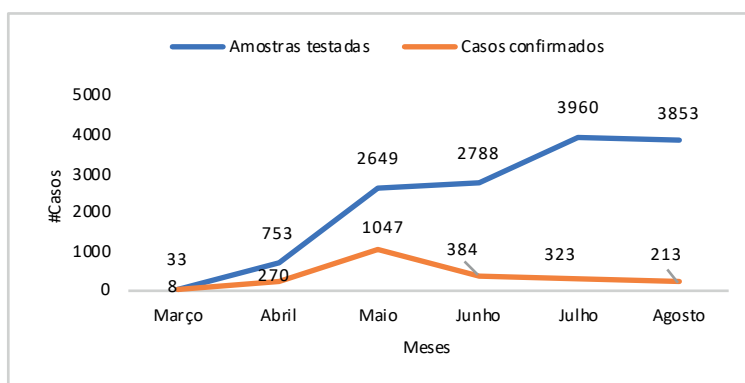
Tendo entrado na lista dos países com casos notificados de covid-19 com um único laboratório capaz de realizar testes em real time de *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR), rapidamente se instalaram os estrangulamentos relacionados com as limitadas capacidades de responder à demanda e entregar os resultados laboratoriais a tempo para uma notificação atempada e seguimento eficaz dos casos positivos. Esse fato desestabilizou a vigilância epidemiológica e complicou o seguimento dos contatos, à medida que a transmissão comunitária se instalava à volta de focos de transmissão relativamente identificados.

A pesquisa operacional, sobretudo em relação a conhecimentos, comportamentos, atitudes e práticas da população, foi introduzida como forma de melhor orientar as estratégias de comunicação, engajamento comunitário e redução da transmissão da infecção.

Uma equipe de profissionais de saúde cubanos e a assistência técnica da OMS têm complementado os esforços dos médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório, higienistas e outros profissionais na luta contra a pandemia.

A ajuda internacional de caráter humanitário tem apoiado o país no aprovisionamento de materiais, equipamentos e consumíveis necessários à prevenção e ao controle da infecção e ao manejo de casos, incluindo o fornecimento de oxigênio.

Figura 3. Evolução da capacidade laboratorial



A interface entre a saúde pública e a medicina hospitalar

Uma das grandes fragilidades do sistema de saúde da Guiné-Bissau é a falta de uma rede de estruturas hospitalares funcional e eficaz, com um serviço de referência e contrarreferência de doentes, profissionais e serviços organizados por especialidades, com serviços diferenciados, especializados e cuidados intensivos, obedecendo a um sistema matricial de interdependência de serviços, tendo o doente como elemento central. Essa carência teve um impacto significativo na gestão dos doentes por covid-19 e na propagação de infecções nosocomiais pelo coronavírus.

A Guiné-Bissau é um país tropical que não dispõe de uma unidade de internamento por doenças infecciosas, o que dificultou o isolamento dos primeiros casos diagnosticados de covid-19. O país não dispõe de uma plataforma de rede hospitalar. Não existe um repositório de informações que permita o conhecimento da real capacidade

ou potencialidade das instituições hospitalares, quer do ponto de vista técnico, recursos humanos ou materiais, independentemente de a natureza das instituições serem públicas ou privadas de cariz social ou outra. Essa ferramenta facilitaria uma avaliação rápida e eficaz das estruturas perante uma situação de emergência e a sua adequação às necessidades.

As instituições hospitalares não são autônomas financeiramente, não gerem os seus recursos humanos de forma autônoma e as suas estruturas administrativas e de governação não são independentes na forma de exercer a gestão hospitalar. Perante cenários de crise, é importante que as instituições hospitalares sejam capazes de solucionar problemas sob a sua responsabilidade; por exemplo, a disponibilidade de enfermarias e camas para internamentos de casos de covid-19 deveria ser um problema para as instituições hospitalares, que, ao elaborar o seu plano de contingência, deveriam encontrar espaços adequados para isolar doentes de covid-19.

Os hospitais de referência devem ser priorizados do ponto de vista da sua funcionalidade, dotados de recursos em todos os domínios e bem geridos. A título de exemplo, as enfermarias no principal hospital do país não dispõem de rampas de oxigénio, a fábrica de oxigénio encontrava-se avariada e o aparelho de radiologia não funcionava. Sem contar com o deficit permanente de recursos humanos efetivos, materiais e equipamentos.

A medicina hospitalar sempre foi o parente pobre da medicina guineense. Nunca se valorizou o médico do doente, a medicina familiar não é um conceito que tenha ganhado terreno e que se tenha implantado. Muitos médicos abandonaram a prática clínica ou pelo menos deixaram de se dedicar integralmente aos hospitais públicos.

Perante a pandemia, era imperativo a existência de uma vertente forte de saúde pública e outra vertente hospitalar capaz de dispensar cuidados intensivos e diferenciados.

No início da pandemia, a diferença entre a gestão clínica hospitalar e a gestão de casos na comunidade não era clara, assim como também havia falta de compreensão sobre a importância que cada um desses pilares representava, no conjunto das componentes de resposta à pandemia. O principal centro de covid-19 no país, sendo um centro para internamento de doentes complexos e graves, não foi gerido “*ab initio*” por um especialista clínico.

Os cuidados médicos intermédios ou intensivos ainda estão pouco desenvolvidos. O país não dispõe de uma verdadeira unidade de cuidados intensivos, não consegue gerir doentes sedados, entubados e ventilados mecanicamente. Muitos profissionais de saúde carecem de capacitação na abordagem do doente crítico.

Foi necessário incluir no protocolo nacional de tratamento da covid-19 ferramentas básicas de manuseio de oxigenioterapia e tratamento de algumas doenças médicas descompensadas. A pandemia veio pôr a nu as carências em formação especializada de médicos, tanto de saúde pública como de intervenção hospitalar.

Deu-se pouca atenção às outras situações especiais, nomeadamente à população pediátrica, às grávidas, aos doentes cirúrgicos e aos doentes não covid. Não houve equipas de profissionais especializados para atendimento de casos pediátricos ou grávidas com covid-19 e os blocos operatórios não foram preparados para cirurgias de casos dessa doença.

A ausência de uma abordagem holística do paciente e do sistema é a causa principal dessa negligência quase involuntária.

Apesar desse cenário pouco otimista, a melhoria progressiva do *deficit* de oxigênio, várias formações de capacitação aos profissionais implicados no tratamento de doentes com covid-19, a chegada de equipamentos médicos ao país, inicialmente fruto de doações *ad-hoc* e apoio técnico médico, pela OMS, que deu resposta inicial com a chegada da primeira equipe médica de emergência e posteriormente da Equipe Cubana; foi possível, a partir de inícios de junho, montar e utilizar os primeiros ventiladores não invasivos no tratamento do doente respiratório agudo grave. As equipas clínicas começaram, dessa forma, a assistir às primeiras altas bem-sucedidas dos doentes graves.

As parcerias público-privadas

A pandemia de covid-19 veio demonstrar, se ainda fosse necessário, que o setor da saúde não se limita ao Ministério da Saúde e que o atingimento dos objetivos de mais e melhor saúde para a população depende da participação efetiva e coordenada de todos os atores, incluindo os da sociedade civil, do setor privado e as comunidades.

A resposta à pandemia na Guiné-Bissau contou com a colaboração de vários parceiros nacionais, cuja intervenção foi determinante para ajudar a mitigar o impacto negativo da pandemia. Conta-se, nesse grupo, a contribuição das empresas de telecomunicação, os supermercados, os empresários de vários ramos de atividade, pessoas individuais e coletivas, associações de jovens e mulheres, que forneceram materiais e consumíveis de proteção, nomeadamente baldes para água, sabão, lixívia, gêneros alimentícios, disponibilidade de linhas de telefone e internet gratuitos, mensagens curtas (SMS) e áudio etc.

Outra importante e significativa colaboração do setor privado não lucrativo foi a disponibilização de enfermarias para a hospitalização de pacientes de covid-19 pelos dois hospitais da Caritas, uma organização não governamental dirigida pela Igreja Católica.

Apesar de esses dois Hospitais de Cumura (tradicionalmente um hospital dedicado ao tratamento de doentes com o Mal de Hansen, tuberculose e HIV/aids, mas com outras valências) e Bôr (tradicionalmente um hospital pediátrico, mas também com outras valências) terem tradição de colaboração e memorandos de entendimento assinados com o Ministério da Saúde, a reorganização dos serviços nessas instituições para acomodar casos de covid-19 foi valiosa para a gestão clínica dos doentes.

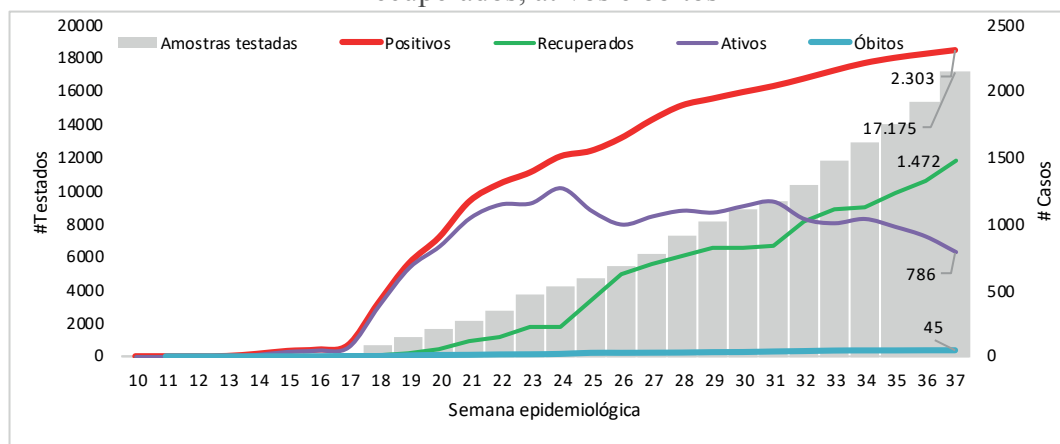
Os dois hospitais da Caritas têm, para além de serviços de radiologia funcionais e laboratórios para análises clínicas funcionais, fábricas de oxigênio com rampas de conexão às camas dos pacientes, uma característica importante no contexto da pandemia de covid-19 (embora a fábrica do hospital de Cumura se encontrasse avariada, tal como a do maior hospital do país, o Hospital Nacional Simão Mendes, e a fábrica do hospital de Bôr ter revelado insuficiências no seu funcionamento).

Os procedimentos de transferência de doentes entre os hospitais foram estabelecidos, e a cooperação entre os clínicos foi-se enraizando, criando assim uma sinergia e complementaridade entre os três centros de cuidados e desenvolvendo um espírito de equipe entre os profissionais.

A Clínica Madrugada, uma instituição hospitalar privada que produz e comercializa oxigênio, suspendeu o seu fornecimento a entidades privadas, no sentido de abastecer o oxigênio necessário aos hospitais, que muito careciam desse gás vital.

Uma parceria público-privada digna de registo é a colaboração com a Universidade Jean Piaget, cujo laboratório começou, em maio, a realizar testes de covid-19, aumentando assim de forma significativa a capacidade nacional em testar os casos suspeitos.

Figura 4: Cumulativo semanal de amostras, casos positivos, recuperados, ativos e óbitos



Quadro 1. Centros covid-19: o esforço em salvar vidas

Até à semana 38, a Guiné-Bissau registou 39 óbitos por covid-19, mais 6 óbitos de pacientes com diagnóstico positivo de covid-19, mas avaliados como tendo sucumbido por causas outras que as complicações habituais da doença. Três Centros de tratamento de covid-19 foram instalados no Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), no Hospital de Cumura e no Hospital de Bôr. O HNSM registou o maior número de internamentos, tendo atingido o seu pico máximo em agosto, com 57 casos, o mês em que Cumura também registou o seu maior número de internamentos. A maior parte dos doentes do HNSM pertence à faixa etária dos 40-60 anos, enquanto em Cumura, a maioria dos doentes tem idade entre 20 e 40 anos. À chegada ao hospital, 44% dos doentes está em estado considerado grave; 29%, em estado moderado; e 27% apresentam sintomas ligeiros. Cerca de 80% dos doentes internados tinham comorbidades associadas, dos quais 16% com hipertensão arterial, 17% com HIV, 8% com Tuberculose, 5% com HIV e Tuberculose associada e 5% com diabetes mellitus. Enquanto no Centro de tratamento do HNSM a dispneia (47%), a tosse (40%) e a febre (23%) são os sintomas mais frequentes, em Cumura, a febre é mais prevalente (70%), seguida de tosse (60%) e dispneia (40%). Nota-se que, no HNSM, a prevalência das comorbidades está, sobretudo, associada às doenças crônicas, enquanto em Cumura, a prevalência de doenças infecciosas é maior como comorbidade, o que está ligado à natureza do Hospital. Dos 39 óbitos registados até à semana 38, cerca de 80% ocorreram em menos de 24 horas da chegada ao hospital, o que está relacionado com recurso tardio às unidades hospitalares e errância em várias unidades de saúde antes da chegada ao hospital e centro de tratamento de covid-19, um aspecto a ser melhorado tanto nas comunidades como em nível das unidades de saúde, com melhoria das consultas de triagem e referência dos doentes suspeitos de covid-19.

Quadro 2. Oxigenoterapia: um investimento vital

Um total de 57 doentes, um pouco menos de 40% dos internados, teve necessidade de oxigenoterapia. No início da pandemia, os clínicos guineenses tinham muito pouca experiência na utilização de ventilação não assistida. Não havia concentradores de oxigênio e a produção de oxigênio pelas fábricas em funcionamento no país era limitada. Foi necessário proceder à importação de oxigênio do Senegal e à aquisição de ventiladores e concentradores de oxigênio, com a ajuda dos parceiros de desenvolvimento. Assim, para o consumo dos três centros de tratamento covid-19 em Bissau, entre 7 de julho e 22 de setembro, foi importado um total de 693 botijas de oxigênio (entre 4-10 m³ e 150-200 bars), por um custo total de cerca de \$180,000 (cerca de 100 milhões de francos CFA). O consumo médio semanal foi de 63 botijas, durante o período mencionado. Torna-se necessário investir na construção de fábricas de oxigênio e rampas de distribuição nos hospitais, para evitar mortes por falta desse gás e reduzir as despesas com compras de botijas e a logística de importação.

Uma doença que infeta mais os homens, mas afeta mais as mulheres

Como em todos os países, na Guiné-Bissau, a covid-19 como doença ou infecção assintomática afetou mais os homens do que as mulheres, em uma proporção de 6:4. No entanto, são as mulheres que mais sentiram o fardo dessa pandemia, tanto no setor da saúde como nas esferas de atividades econômicas, na agricultura, no pequeno comércio informal e nas lides domésticas.

Há registos de aumento da violência doméstica incluindo violência sexual. Cerca de 60% do pessoal da saúde é do sexo feminino, dos quais, 72% são enfermeiras, parteras e agentes de saúde comunitários. A dimensão gênero é uma componente ausente das estratégias de combate à pandemia.

O encerramento das fronteiras, dos mercados e a interdição de circulação dos transportes públicos colocaram as mulheres em situações de vulnerabilidade econômica e em risco elevado, na busca de meios de subsistência para a família, nomeadamente as empregadas domésticas e as badeiras (vendedoras em mercados). Jovens moças ficaram em risco de não regressar à escola e de serem submetidas ao casamento precoce, ficando assim ainda mais vulneráveis à violência doméstica e baseada no gênero.

O Banco Mundial estima que, como consequência da pandemia, 18.400 mulheres guineenses ficariam sem acesso a serviços de planeamento familiar e que poderia ocorrer um aumento de 10% da mortalidade materna⁵.

O acentuar das desigualdades

As desigualdades sociais tornaram-se mais acentuadas, com os grupos mais vulneráveis da sociedade a serem as principais vítimas da pandemia, que não foi vivida da mesma forma pelos guineenses. Se havia e há grupos populacionais que puderam abastecer as suas casas com produtos de primeira necessidade para enfrentar o confinamento, a grande maioria da população, que vive dos rendimentos diários por meio da economia informal, teve dificuldade em respeitar as restrições impostas pelo Estado de Emergência.

O governo organizou donativos de gêneros de primeira necessidade para as populações mais desfavorecidas, mas a vasta maioria das famílias, os trabalhadores precários e informais perderam os seus rendimentos devido ao encerramento dos restaurantes, comércios, escolas, interdição de circulação de transportes públicos e mercados, em razão interrupção do circuito de trocas comerciais⁶.

Desafiando a desvantagem digital

A utilização das tecnologias da informação e da comunicação no sistema de saúde e a penetração da internet na Guiné-Bissau são muito baixas. O sistema de vigilância epidemiológica é baseado na colheita e registo de dados por intermédio de fichas preenchidas manualmente, com uma elevada margem de erros, comunicados de forma irregular a grupos variados, à margem de um protocolo rigoroso de gestão de informação estratégica. Os dados são posteriormente introduzidos na plataforma do sistema de informação sanitária (DHIS2), antes de serem analisados e publicados. Esse sistema era manifestamente incompatível com uma gestão eficaz de uma pandemia, que exige a disponibilidade de dados em tempo real para tomada de decisões, gestão de recursos e advocacia.

Como estratégia para incentivar a disponibilidade de informação estratégica viável, a mais completa possível e atempadamente, foi introduzido um sistema de registo e comunicação em rede de dados, por meio da utilização de *tablets* a vários níveis do sistema, desde o centro de colheita de amostras, centros de saúde, passando pelo laboratório e pelos clínicos, que passariam assim a dispor de resultados laboratoriais dos seus doentes em tempo útil.

A conceptualização do sistema inclui ainda a recepção de resultados laboratoriais pelos utentes por SMS nos seus celulares, a possibilidade de marcação de testes *on-*

-line e a disponibilidade dos resultados em nível das equipes de vigilância sanitária em serviço nos pontos de entrada, para controlar a saída de passageiros.

Essa iniciativa deve ser expandida às regiões e sustentada, a fim de modernizar a gestão de dados sanitários no país.

A liderança comunitária, religiosa e tradicional na abordagem social e cultural da pandemia

A vida em sociedade foi profundamente abalada pela pandemia de covid-19 em todos os países do mundo, devido à forma de propagação da doença. A Guiné-Bissau não foi exceção. A forma tradicional de vida na nossa sociedade, as habitações exíguas e sobrelotadas, que albergam várias gerações de uma mesma família e geralmente sem condições mínimas de saneamento básico, o hábito de comer juntos numa grande tigela e partilhar copos são alguns dos comportamentos que facilitam a disseminação do vírus.

As cerimônias fúnebres aglomeram, durante vários dias, centenas de pessoas, familiares e amigos. As cerimônias tradicionais, como o “toca-tchur”, e os momentos de festa, como o batismo, são momentos de partilha e de comunhão que celebram a morte e a vida e juntam centenas de pessoas por vários dias. Durante todo o processo, prevalecem medidas precárias de higiene das mãos, condicionando, desse modo, focos de propagação do vírus SARS-CoV-2.

Essas celebrações tradicionais fazem parte da cultura e são práticas cuja suspensão é difícil, sobretudo no seio de uma população que tem dificuldade em acreditar na existência de uma doença que é assintomática para a maior parte dos infectados.

O receio das famílias e a problemática do enterro seguro, as restrições na manipulação dos cadáveres, que os impede de cuidar dos seus entes queridos e dar-lhes a devida honra no fim da vida traduzem-se no senso cultural, como uma morte não honrosa, aliada ao agravante estigma da covid-19. Esses fatores condicionam a ida precoce aos hospitais, favorece várias recusas de internamento e mortes por essa doença, pelo que exigem abordagens multidisciplinares adequadas ao contexto local.

Durante o estado de emergência, as cerimônias e práticas tradicionais foram interditas, para evitar e prevenir aglomerações e a propagação da doença.

A estratégia de contenção da pandemia passa pela consciencialização dos líderes comunitários, religiosos e tradicionais, cuja autoridade e influência nas suas comunidades, bairros e tabancas podem reverter o curso da pandemia. Foi assim que cerca de

três centenas de líderes tradicionais e religiosos foram treinados sobre as medidas de prevenção e armados com informação sobre a doença, para serem assim embaixadores das autoridades nacionais com as populações. O impacto dessa estratégia será avaliado, e espera-se que seja positivo, como demonstram experiências similares no passado e em outras paragens.

Serviços essenciais comprometidos

O sistema de saúde guineense não tem capacidade para lidar com uma crise sanitária enquanto mantém os serviços de rotina funcionando normalmente, sobretudo tendo em conta a natureza da pandemia de covid-19 e a forma de disseminação da doença, complicada pelas medidas de restrição.

No início da pandemia, focalizou-se muito no doente adulto com covid-19 e deu-se pouca atenção a situações especiais, nomeadamente a população pediátrica, as grávidas, os doentes cirúrgicos e os doentes com outras patologias.

O país carece de unidades específicas para casos de pediatria ou grávidas com covid-19. Não se dispõe de equipas de profissionais e serviços especializados para atendimento de casos pediátricos ou grávidas com essa doença. Os blocos operatórios não foram preparados para cirurgias de casos covid-19, tendo havido períodos em que não existiam blocos operatórios funcionais para cirurgias de urgência ou programadas.

Os doentes com patologias não covid-19 foram seguramente prejudicados, nos seus atendimentos e seguimento de doenças crônicas ou mesmo agudas. As consultas telefônicas não foram acionadas, e a maioria dos hospitais não dispõe de ferramentas para essa alternativa.

Durante a fase mais crítica e restritiva do Estado de Emergência, as consultas de atendimento pré-natal, de vacinação, acompanhamento nutricional e partos institucionais reduziram-se consideravelmente, incluindo por falta de transportes públicos para acesso aos serviços.

O sistema de informação sanitária não publica dados semanais, mensais ou anuais sobre morbidade e mortalidade, não sendo possível, por isso, avaliar de imediato a real dimensão do impacto da pandemia no fornecimento de serviços essenciais.

Conclusão

O impacto da pandemia de covid-19 sobre o setor da saúde e outros setores de desenvolvimento da Guiné-Bissau é enorme, mas carece de uma avaliação cuidadosa e detalhada.

O investimento estratégico e sustentado no setor da saúde, a boa governação e a prestação de contas são elementos-chave para prevenir e reduzir o impacto de situações de emergência, tais como epidemias, catástrofes naturais ou provocadas por ação do homem.

Uma atenção particular deve ser dada à formação de recursos humanos, à modernização dos serviços, ao funcionamento em rede e à implementação de políticas tendentes a instaurar de forma gradual, mas sustentada, a cobertura sanitária universal.

O sistema de gestão de emergências deve ser repensado, tendo em conta as limitações do atual modelo.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todos os guineenses, aos parceiros de desenvolvimento, a todas as entidades públicas e privadas, à sociedade civil e aos homens e mulheres de boa vontade, bem como às autoridades governamentais pelo engajamento na luta contra a covid-19. Os nossos sinceros agradecimentos vão para os profissionais da saúde na primeira linha de atendimento e aos que têm dedicado o seu tempo e conhecimentos na luta contra a pandemia. Louvamos os seus esforços e dedicação.

Referências

1. United Nations Guinea-Bissau (2020). Building back better starts now. COVID-19 Socio-Economic Impact Analysis for Guinea-Bissau, acedido em https://www.undp.org/content/dam/rba/docs/COVID-19-CO-Response/Guinea_Bissau_SocioEconomicImpact_UN.pdf em 15 de Agosto 2020.

2. World Health Organization. World Health Statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2020
3. Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2014, acessido em http://mics.unicef.org/news_entries/68/GUINEA-BISSAU-FINAL-REPORT-AND-DATASETS-RELEASED em 15 Agosto 2020
4. Global Health Security Index (GHSI). Global Health Security Index: Building Collective Action and Accountability [Internet]. Nuclear Threat Initiative; and the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health: Center for Health Security; 2019 [citado em 15 Agosto 2020]. Available from: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
5. Global Financing Facility. Preserve essential health services during the COVID-19 pandemic: Guinea-Bissau [Internet]. 2020 [accedido em 15 Agosto 2020]. Available from: https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/Guinea-Bissau-Covid-Brief_GFF.pdf
6. Fernandes S. Pandemia covid-19 face aos profissionais precários: PME's, comerciantes ambulantes e “surniduris” [Internet]. Capital News; 23 jun 2020 [accedido em 15 Agosto 2020]. Disponível em: <https://capitalnews.gw/pandemia-covid-19-face-aos-profissionais-precarios-pme%CA%B9s-comerciantes-ambulantes-e-surniduris/>

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



CAPÍTULO 4

PANDEMIA DA COVID-19 EM MOÇAMBIQUE: EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS

Mohsin Sidat, MD, PhD¹

Ilesh Jani MD, PhD²

1. Departamento Académico de Saúde da Comunidade, Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane.

2. Direcção Geral, Instituto Nacional de Saúde de Moçambique.

Resumo

A COVID-19 passou com relativa rapidez de um surto localizado em Wuhan na China em Dezembro de 2019 para uma pandemia em Março de 2020. Verificou-se uma rápida evolução de casos e óbitos ao nível global sobretudo por causa da elevada contagiosidade quer através da transmissão pessoa-a-pessoa quer por meio dos fômites. Na maioria dos países de África Sub-Sahariana, incluindo Moçambique, a epidemia teve uma evolução diferente daquela que foi observada na Ásia, Europa e nas Américas. Não há ainda evidências concretas, mas algumas razões avançadas incluem aspectos como a demografia, prevalência populacional das co-morbidades, condições ambientais e adopção e implementação precoce das medidas de saúde pública para achatar a curva epidémica. Neste capítulo descreve-se as experiências de Moçambique com relação à epidemia do COVID-19, incluindo a evolução da epidemia desde a divulgação formal do primeiro caso positivo para COVID-19 em Moçambique a 22 de março de 2020. São ainda discutidas as medidas implementadas e os aspectos relacionados com o sistema de saúde do país que se mostraram críticos no enfrentamento e contenção da epidemia de COVID-19. Estando ainda a curva epidémica da COVID-19 em crescimento, a resiliência e o impacto a curto-médio prazo sobre o sistema de saúde e outros sectores sociais e económicos é ainda incerto sobretudo no contexto da pressão da sociedade moçambicana de querer retornar à “normalidade” ou à chamada “*nova normalidade*” da era com COVID-19.

Abstract

COVID 19 moved relatively quickly from an outbreak located in Wuhan, China in December 2019 to a full-blown pandemic in March 2020. A rapid evolution of cases and deaths were registered at a global level, mainly due to high contagiousness through either person-to-person transmission or fomites. In most countries in Sub-Saharan Africa, including Mozambique, the epidemic has evolved differently than in Asia, Europe and the Americas. There is still no concrete evidence to support this but some possible reasons that were advanced include aspects such as demography, population prevalence of comorbidities, environmental conditions and, early adoption and implementation of public health measures to flatten the epidemic curve. In this chapter, Mozambique's experiences in relation to the COVID 19 epidemic are described, including the evolution of the epidemic since the formal disclosure of the first positive case of COVID 19 in Mozambique on the 22nd of March, 2020. In addition, the measures implemented and

aspects relating to the country’s health system, which proved to be critical in the confrontation and containment of the COVID 19 epidemic, are discussed. As the epidemic curve of COVID-19 continues to grow, resilience and the short-medium term impact on the health system and other social, and economic, sectors remains uncertain, especially in the context of pressure from the Mozambican society who want to return to “normalcy” or the so-called “new normality” of the era with COVID-19.

Introdução

Nos finais de 2019, um número crescente de indivíduos com pneumonia de provável etiologia viral foi observado na Cidade de Wuhan, Província de Hubei, na China¹. Em meados de janeiro de 2020, análises moleculares das amostras colhidas do trato respiratório dos pacientes acometidos com a referida pneumonia revelou um novo vírus da família dos coronavírus, sendo designado coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2)². O aumento relativamente rápido de indivíduos infectados com SARS-CoV-2 na China e em outros países levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar os caso, em 30 de janeiro de 2020, como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional, e em 10 de março de 2020, como pandemia. Dessa forma, a OMS alertou sobre a necessidade de os países, em nível global, implementarem medidas de prevenção e controle conhecidas até àquela altura assim como intensificarem a mobilização de recursos financeiros, materiais (incluindo material de proteção individual, sobretudo para o pessoal da saúde), entre outros, de forma a melhor enfrentamento da covid-19³, designada pela OMS, em 11 de fevereiro de 2020, como a doença causada pelo SARS-CoV-2⁴. A rápida disseminação da covid-19, resultando em pandemia, ocorreu, sobretudo, por causa da elevada contagiosidade quer por meio da transmissão pessoa a pessoa, quer por meio das gotículas respiratórias aéreas e fômites⁵. A doença evolui para um quadro clínico severo e morte em uma proporção importante de doentes, sobretudo na presença de comorbidades⁵.

Neste Capítulo, iremos descrever as experiências de Moçambique com relação à pandemia da covid-19, incluindo a sua evolução desde a divulgação formal do primeiro caso positivo para covid-19 em Moçambique até as diversas medidas definidas pelo governo. Finalmente, serão discutidos alguns aspectos na perspectiva de sistema de saúde que se mostraram críticos para o país no enfrentamento e contenção da pandemia de covid-19.

Epidemiologia da pandemia da covid-19

O surto da covid-19 teve início nos finais de dezembro de 2019, na Cidade de Wuhan, na China, com cerca de 12 mil casos e mais de 250 óbitos reportados até finais de janeiro de 2020. Ainda em janeiro, casos de covid-19 começaram a ser reportados em outros países da Ásia, da Europa e da América do Norte, levando a OMS a declarar Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional⁶. No início de março, observou-se um rápido crescimento em número de casos e de países afetados. Mais de 110 mil casos de covid-19 foram reportados em mais de 100 países, afetando todos os continentes⁷.

De acordo com os dados publicados na plataforma WHO Coronavirus Disease (COVI-19) Dashboard, até a data da preparação deste manuscrito, haviam sido reportados mais de 28,2 milhões de casos cumulativos da covid-19 em nível mundial, com mais de 911 mil mortes⁸.

Na Figura 1, estão sumarizadas as estatísticas mundiais da covid-19.

Figura 1. Estatísticas dos casos e óbitos por covid-19 em nível Mundial

	Total Casos	Total Óbitos	Total Recuperados	Total Críticos	Casos Activos
TODO MUNDO	28.329.822 <small>289.756 ultimas 24 horas</small>	913.931 <small>5.721 ultimas 24 horas</small>	20.345.796 <small>233.236 ultimas 24 horas</small>	60.741 <small>212 ultimas 24 horas</small>	7.070.095 <small>50.799 ultimas 24 horas</small>
ÁSIA	8.233.477	159.081	6.640.283	19.230	1.434.113
AMÉRICA DO NORTE	7.838.935	286.247	4.746.586	18.444	2.806.102
AMÉRICA DO SUL	6.935.687	224.019	5.647.925	15.185	1.063.743
EUROPA	3.954.816	211.562	2.211.845	6.352	1.531.409
ÁFRICA	1.330.038	32.117	1.068.493	1.500	229.428
OCEÂNIA	29.779	828	25.728	26	3.223

Fonte: worldometers.info | Informação 8:30 horas de 11/09/2020

O primeiro caso da covid-19 em África foi reportado no Egito, em 14 de fevereiro de 2020, seguido da Argélia, em 25 de fevereiro de 2020, e da Nigéria, em 27 de fevereiro de 2020⁵. O primeiro caso da covid-19 em Moçambique foi diagnosticado em 22 de março de 2020, na Cidade de Maputo³. Ao nível do continente africano, de acordo com Africa CDC, mais de 1,3 milhão de casos cumulativos foi reportado com mais de 32 mil

i. <https://covid19.who.int/> – dados de 12 de setembro de 2020

mortes, sendo a região da Austral de África a mais afetada, sobretudo a República da África do Sul (RAS) com 646.398 casos e 15.378 óbitos reportados por covid-19ⁱⁱ.

Na Figura 2, estão sumarizadas as estatísticas da covid-19 nos países africanos mais afetados.







Figura 2. Estatísticas dos casos e óbitos por covid-19 nos países africanos mais afetados

	Total Casos	Total Óbitos	Total Recuperados	Total Críticos	Casos Activos
TOTAL ÁFRICA	1.330.038	32.117	1.068.493	1.500	229.428
ÁFRICA DO SUL	644.438	15.265	573.003	539	56.170
EGIPTO	100.557	5.590	81.597	41	13.370
MARROCOS	79.767	1.491	61.850	240	16.426
ETIOPIA	62.578	974	23.640	309	37.964
NIGÉRIA	55.829	1.075	43.810	7	10.944
ARGÉLIA	47.219	1.581	33.562	40	12.076
GANÁ	45.313	283	44.188	5	842

Fonte: CDC AFRICA & worldometers.info | Informação 10.00 horas de 11/09/2020

Excluindo a RSA, os outros países vizinhos de Moçambique têm uma pandemia com cenário comparável, como ilustra a Figura 3 (abaixo).

Figura 3. Total de casos (cumulativos) da covid-19 reportados nos países vizinhos de Moçambique

ÁFRICA DO SUL*		644.438
ZÂMBIA*		13.214
ZIMBABUÉ		7.453
MALAWI		5.655
ESWATINI*		4.994
TANZÂNIA*		509

* Países com transmissão comunitária

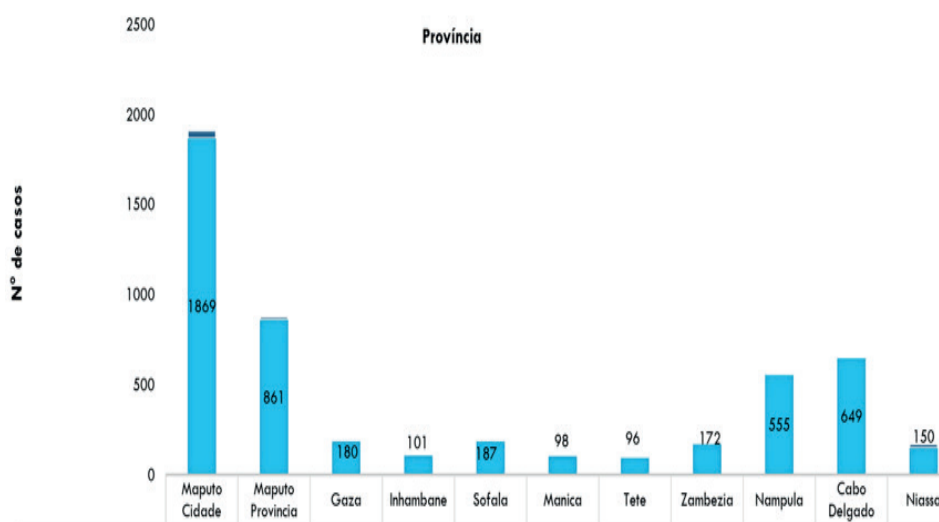
Fonte: CDC AFRICA, Informação 10:00 horas de 11/09/2020.

ii. <https://africacdc.org/covid-19/> – dados de 12 de setembro de 2020

No que diz respeito a Moçambique, a pandemia está ainda na fase de crescimento e já reportou 4.918 cumulativos e 31 óbitos por covid-19, tendo realizado mais de 1,9 milhão de indivíduos rastreados com 110.310 testagens, com 105.392 testagens com resultados negativoⁱⁱⁱ.

A ocorrência e a distribuição de casos em Moçambique são desiguais, com algumas províncias mais afetadas que outras. Na Figura 4, são apresentados os casos reportados cumulativos por províncias em Moçambique até ao dia 11 de setembro de 2020.

Figura 4. Distribuição dos casos reportados cumulativos da covid-19 por províncias em Moçambique até ao dia 11 de setembro de 2020^{iv}.



Nota-se, na Figura 4, o predomínio dos casos na Cidade de Maputo e Província de Maputo, seguido de Cabo Delgado e Nampula. Vários fatores poderão justificar as diferenças, incluindo o contato com outros países vizinhos (por exemplo, RSA) ou países altamente afetados pela covid-19 por meio das ligações aéreas (como RSA, Portugal, outros), densidade e mobilidade interna e/ou externa da população nas províncias, nível de desenvolvimento urbano e das atividades socioeconômicas nas províncias, entre outras.

Moçambique tem realizado inquéritos soropidemiológicos para SARS-CoV-2 (InCOVID 2020) por intermédio do seu Instituto Nacional de Saúde. Até a data, já foram realizados e divulgados os resultados preliminares dos inquéritos realizados em:

iii. <https://www.misau.gov.mz/index.php/informacao-sobre-coronavirus-covid-19> – dados de 12 de setembro de 2020

iv. Informação divulgada pelo Ministério da Saúde de Moçambique a 11/09/2020

Nampula (divulgados em 01/07/2020); Pemba (divulgados em 27/07/2020); Maputo (divulgados em 31/08/2020) e Quelimane (divulgados em 3/10/2020). Na altura da preparação deste Capítulo, estava em curso o inquérito soroepidemiológico em Tete. Os testes sorológicos utilizados detectavam a presença de anticorpos (IgM e/ou IgG) contra o SARS-CoV-2 no sangue capilar. O tempo de reação da testagem era de 10 a 15 minutos. Foi aplicado um questionário adequado ao modelo da OMS para inquéritos de SARS-CoV-2, e os dados foram recolhidos usando *Tablets* ou *Smartphones*; em que o controle dos dados foi feito em tempo real. Os resultados dos inquéritos soroepidemiológicos estão sumarizados na Tabela 1^v.

Tabela 1. Sumário dos resultados dos inquéritos soroepidemiológicos realizados em algumas cidades capitais de algumas províncias de Moçambique

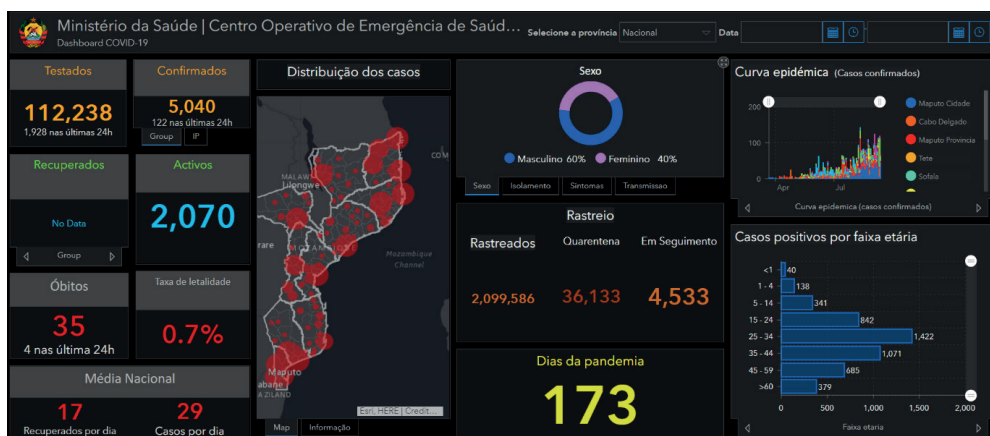
Parâmetros considerados ou avaliados	Cidades Capitais das Províncias Moçambicanas			
	Nampula	Pemba	Cidade de Maputo	Quelimane
Teste serológico aplicado	Teste Rápido Qualitativo (STANDARD Q COVID-19 IgM/ IgG Duo)	Teste Rápido Qualitativo (QINGDAO HIGHTOP BIOTECH IgM/ IgG Duo).	Teste Rápido Qualitativo (Panbio™ COVID-19 IgG/ IgM Rapid Test Duo, Abbott Laboratories).	Teste Rápido Qualitativo (Panbio™ COVID-19 IgG/ IgM Rapid Test Duo, Abbott Laboratories).
Amostragem populacional (comunidade)	Agregados familiares (AF) selecionados em todos bairros da cidade (n= 416 AFs ~ 1.248 participantes). Amostragem Probabilística (aleatória), multi-etápica e estratificada.	Agregados familiares (AF) selecionados em todos bairros da cidade (n= 576 AFs ~ 1.728 participantes) Amostragem Probabilística (aleatória), multi-etápica e estratificada.	Agregados familiares (AF) selecionados em todos bairros da cidade (n=3.060 AFs ~ 6.120 participantes). Amostragem Probabilística (aleatória), multi-etápica e estratificada.	Agregados familiares (AF) selecionados em todos bairros da cidade (n= 1600 AFs ~ 5.066 participantes). Amostragem Probabilística (aleatória), multi-etápica e estratificada.

v. Nota: os dados apresentados na Tabela 2 foram baseados nos Relatórios Preliminares divulgados pelo MISAU na página <https://www.misau.gov.mz/index.php/boletins-mensais-cov2-2>

Parâmetros considerados ou avaliados		Cidades Capitais das Províncias Moçambicanas			
		Nampula	Pemba	Cidade de Maputo	Quelimane
Amostragem dos profissionais de saúde e outros grupos profissionais		Não-probabilística, por conveniência; Profissionais de Saúde (n=500); Transportadores públicos e privados, incluindo taxistas, moto-táxis (n=250); Vendedores de mercados formais e informais (n=950); Forças de Defesa e Segurança (n=500); Outros grupos (n=500)	Não-probabilística, por conveniência; Profissionais de Saúde (n=1350); Transportadores públicos e privados, taxistas, moto-táxis (n=500); Funcionários dos estabelecimentos comerciais (n=120); Vendedores de mercados formais e informais (n=1450) Polícia da República (n= 500)	Não-probabilística, por conveniência; Profissionais de Saúde (n=1293); Transportadores públicos e privados (n=650); Funcionários dos estabelecimentos comerciais (n=865); Vendedores de mercados formais e informais (n=1230) Funcionários do porto e aeroporto (n=336); Forças de Defesa e Segurança (n= 550) Funcionários e residentes em lares dos Idosos (n=100)	Não-probabilística, por conveniência Profissionais de Saúde (n=543); Transportadores públicos e privados, taxistas, moto e bicicleta-táxis (n=367); Vendedores de mercados formais e informais (n=1123); Forças de Defesa e Segurança (n= 390); Outros grupos (n=200)
	Comunidade/ Agregados Familiares	5,0%	2,5%	3,79%	2,5%
	Profissionais de Saúde	7,0%	5,5%	2,63%	3,7%
	Vendedores de mercados	10,0%	6,5%	5,22%	1,6%
	Funcionários dos Estabelecimentos comerciais	5,0%	5,4%	4,54%	1,0%
	Transportadores	3,0%	4,8%	2,25%	7,4%
	Forças policiais, de defesa e segurança	6,0%	3,7%	3,94%	3,1%
	Lar de Idosos	n/a	n/a	1,18%	n/a
	Aeroporto e porto	n/a	n/a	3,31%	n/a
% dos positivos sem sintomatologia		66%	70,0%	70,62%	78%

Na Figura 5, apresenta-se o *screen-shot* da página web que mostra a situação da pandemia da covid-19 em Moçambique, em que se pode igualmente observar a distribuição de casos por sexo e em diferentes grupos etários. Por outro lado, pode-se observar o número de indivíduos rastreados, em quarentena e em seguimento. No dia 12 de setembro de 2020, havia 4.927 indivíduos em isolamento domiciliar e 113 pacientes hospitalizados. A grande maioria de casos foi resultado da transmissão local, mas foram identificados 283 casos de covid-19 importados. A taxa de positividade passou a ser de 4,5% (dos indivíduos que são testados diariamente, cerca de 4,5 % resultam em positivos).

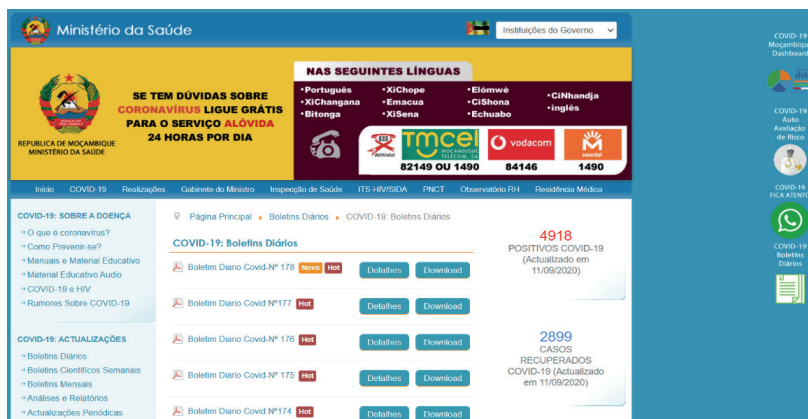
Figura 5. *Screen-shot* da página web que mostra a situação da pandemia da covid-19 em Moçambique^{vi}



Essa página tem sido um recurso importante para profissionais de saúde, membros do governo, entidades públicas e privadas do setor de saúde e outros setores, sobretudo no que diz respeito à monitoria da evolução da pandemia em Moçambique. O *link* desta página web está em outra página que o Ministério da Saúde criou especificamente para a covid-19 e que está ilustrada em forma de *screen-shot* na Figura 6:

vi. *Screen-shot* obtido a 12 de Setembro de 2020 do website seguinte: <https://experience.arcgis.com/experience/28d6725c51e545af8583f91c5494c624>.

Figura 6. *Screen-shot* da página *web* como recurso disponível para profissionais de saúde, membros do GOVERNO e o público no geral especificamente criado no contexto da covid-19 em Moçambique^{vii}.



Os casos de covid-19 em nível mundial, em África e em Moçambique, continuam a aumentar. Em alguns países, a pandemia entrou na fase decrescente em junho/julho de 2020, depois de um pico em maio/junho. Diante da redução progressiva dos casos e óbitos, instalou-se algum otimismo e criaram-se expectativas para um retorno gradual à normalidade possível (popularizada a expressão “novo-normal”) ante o risco ainda presente da transmissão da covid-19. Muitos países começaram a relaxar as medidas de contenção e a permitir a reabertura de alguns setores produtivos, sociais, entre outros. Foram definidas estratégias para o retorno ao “novo-normal”, em que algumas medidas deviam prevalecer, como: uso de máscaras em lugares públicos; observância de distanciamentos sociais; observância de medidas de higiene e coletivas, entre outras. Apesar disso, muitos países começaram a observar ao recrudescimento da pandemia da covid-19, ao que designaram por “segunda vaga epidêmica” (apesar de ser ainda difícil apurar se, de fato, seria uma segunda vaga, pois as evidências ainda são escassas sobre esse assunto). Os mídia têm relatado sobre as consequências sociais e econômicas relativamente graves decorrentes da implementação de medidas de contenção rígidas, com a quase total paralisação multissetorial, sobretudo o setor industrial e comercial, o setor de educação, cultura e arte, entre outros. Contudo, evidências efetivas do impacto negativo das medidas de contenção também ainda são escassas e, algumas vezes, contraditórias; e eventualmente só daqui a alguns anos se saberá mais e melhor sobre essa questão.

vii. *Screen-shot* obtido a 12 de Setembro de 2020 do website seguinte: (<https://www.misau.gov.mz/index.php/boletins-mensais-cov2-2>)

Medidas para contenção da pandemia da covid-19

A disseminação relativamente rápida da covid-19, desde a divulgação do surto em Wuhan na China, colocou desafios aos governos de todos os países no sentido de desenvolverem políticas e estratégias sob orientação da OMS para reduzir ou mitigar o impacto da pandemia, principalmente sobre os sistemas de saúde⁵. Assim, todos os países intensificaram os esforços de prevenção e controle da covid-19 no sentido de alcançar aquilo que ficou popularizado como “achatamento da curva”⁸. Esse termo refere-se à combinação de estratégias e intervenções implementadas com a finalidade de desacelerar a disseminação da covid-19, procurando dispersar os casos ao longo de tempo de forma a “achatar” o pico da pandemia e prevenir sobrecarga súbita que ultrapasse as capacidades de resposta existentes ao nível dos serviços de saúde em cada país⁸.

O nível de implementação das medidas de controle variou de país a país. Apesar dos esforços na contenção da pandemia, a ocorrência de casos e mortes por covid-19 foi progressivamente aumentando; e, em alguns países, com consequências mais severas que outros quanto à morbidade, mortalidade e impacto social, econômico e sobre o sistema de saúde⁹. As razões das diferenças na severidade das epidemias ainda estão por ser apuradas apesar de já terem sido avançadas algumas hipóteses, como as características demográficas das populações, a magnitude da prevalência das doenças cardiovasculares e metabólicas, as condições ambientais (temperatura, humidade), entre outras possibilidades⁹.

Moçambique também foi seguindo as recomendações da OMS. O Ministério da Saúde de Moçambique publicou a primeira versão do Plano Nacional de Preparação e Resposta à Pandemia da Covid-19 no início do mês de março de 2020¹⁰, mesmo antes de reportar o primeiro caso no país (em 22 de março de 2020). No entanto, o documento do Plano faz referência à ocorrência de casos na RAS e Eswatini (ex-Suazilândia) e, portanto, espera-se já a possibilidade de ocorrerem casos também no país. O Plano foi elaborado com base no Regulamento de Saúde Internacional de 2005 e nos vários documentos orientadores sobre a covid-19 da OMS¹⁰. É arrolado no Plano um conjunto de medidas a serem implementadas no país por cada um dos diferentes setores do governo. O Plano apresentava igualmente algumas diretrizes concretas de operacionalização da resposta para minimizar e/ou conter o impacto da pandemia da covid-19 sobre o sistema nacional de saúde, particularmente sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e outros setores sociais e econômicos do país. O Plano antecipava revisões e atualizações perante a evolução da pandemia, mas tal não aconteceu até a data deste manuscrito.

Esse Plano foi como que o primeiro instrumento legal à disposição do governo para implementação de medidas para reduzir o risco e mitigar o impacto da introdução da COVID-19 no país. Os riscos da introdução dessa doença no país, na fase inicial da pandemia, estavam potencialmente relacionados com a entrada, no território, dos indivíduos provenientes de países com casos confirmados (por meio dos aeroportos e fronteiras terrestres). Por isso, por exemplo, o país começou, logo em meados de março de 2020, a implementar o rastreio dos viajantes nos aeroportos, portos e fronteiras terrestres e a “recomendar quarentena obrigatória por um período de 14 dias aos cidadãos provenientes dos países com um cumulativo de casos superior a 1000 e transmissão local ativa de 100 casos por dia”¹¹.

Ao nível do Serviço Nacional de Saúde, foram mobilizados recursos para capacitação dos profissionais de saúde sobre os vários aspectos da covid-19, sensibilização para observância com rigor das medidas de proteção individual dos trabalhadores de saúde e partilhados os algoritmos adaptados pelo Ministério da Saúde para abordagem clínico-terapêutica e preventiva dos doentes e seus contatos. Foi reforçada a capacidade do laboratório para testagem, e pessoal técnico treinado para o efeito. Na Figura 7, estão representadas as diferentes fases de implementação do Plano de Resposta à covid-19¹¹.

Figura 7. Fases de implementação do Plano de Resposta à covid-19¹¹.

Fases de Implementação do Plano de Resposta ao COVID-19			
O plano de implementação é elaborado e aplicado em função de 02 (dois) critérios: 1. Progressão da epidemia no tempo e no espaço 2. Transmissibilidade e/ ou a gravidade da doença			
Fase 0: Pré-epidémica	Fase 1: Epidémica	Fase 2: Intra-epidémica	Fase 3: Pós-epidémica
1. Preparação	2. Alerta	3. Controlo	4. Avaliação
Sem indicação da existência de casos	Deteção do primeiro caso suspeito	02 ou mais casos confirmados e declaração da epidemia	Sem indicação da existência de novos casos por 48 dias
Sistema de vigilância do COV2	Investigação epidemiológica	Adopção e implementação de estratégias de controlo	Declaração do fim da epidemia
Medidas de precaução para o Controlo da Infecção	Colheita e envio d amostras	Coordenação Vigilância e laboratório	Resumo das actividades sociais e de todos os aspectos de estigma
Programa de Promoção da Saúde	Levantamento das necessidades de recursos	Intervenções sociais Mídias	Resumo das actividades da fase de preparação
Colaboração com os Serviços de Migração e estrangeiros (SME)	Interpretação dos resultados de laboratório	Manejo de Casos	Preparação do Relatório final da epidemia
Alerta precoce sobre passageiros sintomáticos de Países afectados	Tomada de decisão	Questões de ética Logística	Anotações de relevo Avaliação da gestão da epidemia

O Plano descreve quatro possíveis cenários para pandemia de covid-19 no país, de acordo com a classificação proposta pela OMS. Os cenários são¹⁰:

- Cenário 1: sem casos, ou seja, nenhum caso reportado no país;
- Cenário 2: casos esporádicos, ou seja, um ou mais casos, importados ou adquiridos localmente no país;
- Cenário 3: aglomerados de casos, ou seja, casos majoritariamente transmitidos localmente e identificadas por meio das cadeias de transmissão local no país;
- Cenário 4: transmissão comunitária, ou seja, casos em que não se consegue relacionar com outros casos confirmados por meio das cadeias de transmissão ou aumento dos casos testados positivos em amostras colhidas por rotina em postos sentinelas (de vigilância).

Para a classificação de casos (como suspeito, provável e confirmado), foram usadas as recomendações emanadas também pela OMS. A classificação apresentada no Plano mostrou-se desatualizada em pouco tempo; e, por isso, foram sendo produzidas atualizações para auxiliar os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados dos doentes potencialmente com covid-19 e aqueles profissionais envolvidos no rastreio e testagem dos contatos. As atualizações foram sendo divulgadas nas atualizações diárias da situação da covid-19 no país por intermédio das conferências de imprensa e outros meios, incluindo a página web especificamente desenvolvida para covid-19 com informações do país, da região e do continente africano e do mundo. Os avanços ou novidades científicas foram igualmente sendo divulgadas à medida que emergiam com base nas experiências de vários países, incluindo divulgações feitas pela mídia e pelos canais científicos credenciados.

O Ministério da Saúde de Moçambique, portanto, desenvolveu uma página web, desde os meados de março de 2020, na qual partilha as revisões e outras atualizações sobre covid-19 em Moçambique e no mundo; e que é mostrada na Figura 3 (acima). Ressalta-se que, nessa página web, são apresentadas a evolução da pandemia da covid-19 no país (por meio do *link* COVID-19 Moçambique Dashboard); COVID-19 Auto-Avaliação do Risco (permite a qualquer indivíduo autoavaliar o seu risco de estar infectado ou ser potencialmente contato de um caso positivo); COVID-19 Boletins Diários (em que são partilhadas estatísticas diárias do país, de África e do mundo); e COVID-19 Fique Atento (plataforma social WhatsApp para interagir com pessoal do Instituto Nacional de Saúde para esclarecimento de dúvidas e outras interações sociais). Para além disso, representantes da Direcção Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Saúde apresentam diariamente, por intermédio das redes televisivas em forma de conferência de imprensa em direto, a situação e a evolução da covid-19 no país, na região africana e no mundo. Os jornalistas e demais presentes têm oportunidade de

colocar questões e serem esclarecidos de imediato nessas conferências de imprensa. Assim, por meio desses diferentes mecanismos, a população moçambicana mantém-se informada e atualizada sobre a pandemia da covid-19 no país, na região africana e no mundo e é sensibilizada para aspectos específicos para prevenção e controle da pandemia da covid-19 no país.

Em 11 de março de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como pandemia, e em 12 de março, o Ministro da Saúde emitiu o Despacho nº 3/GMS/2020, criando Comitê de Emergência ao nível do Ministério da Saúde (Misau) com o objetivo de assegurar a coordenação à resposta à pandemia da covid-19 e emergências decorrentes do período chuvoso e outros eventos de saúde pública¹². A Comissão incluía representantes das diferentes Unidades Orgânicas e Entidades tuteladas pelo Misau, arrolando 17 atividades/funções relacionadas com a área de emergência e 14 para área de gestão de informação. Esse mesmo Despacho criou sete subcomissões de trabalho, integrando nelas Comissões representantes da OMS, CDC e Unicef, sobretudo para efeitos de assessoria técnica, consulta e metodologia. O Comitê de Emergência do Misau deveria reunir-se ordinariamente duas vezes por semana e, extraordinariamente, sempre que fosse necessário¹².

Ante o aumento progressivo de casos de covid-19, sobretudo nos países vizinhos, Moçambique reforçou as medidas que começou por implementar em março, nomeadamente: distanciamento social; medidas de higiene individuais e coletivas (lavagem das mãos e etiqueta da tosse, desinfecção frequente do ambiente de trabalho, entre outros); quarentena por 14 dias de todos os indivíduos provenientes dos países com casos de covid-19 reportados; isolamento domiciliar ou hospitalização de indivíduos testados positivos para covid-19; rastreio dos contatos e restrição de aglomerações para o máximo de 50 indivíduos. As atividades de capacitação dos profissionais de saúde foram reforçadas, principalmente em matéria de proteção individual e, também, no diagnóstico e manejo de casos suspeitos ou confirmados de covid-19. Algoritmos apropriados foram desenvolvidos e partilhados a todos os níveis do SNS, bem como aos níveis dos governos provinciais e distritais.

Em 30 de março, o Presidente da República fez uma comunicação à nação sensibilizando os moçambicanos para maior rigor na adoção das medidas de prevenção e controle da covid-19 e comunicou a criação de uma Comissão Técnico-Científica com representantes de diferentes setores da sociedade moçambicana e que englobava os peritos das diferentes áreas científicas com finalidade de assessorar o governo da tomada de decisões com base em evidências técnico-científicas¹³. Na altura desta intervenção, o Presidente refere oito casos de covid-19, sendo seis deles importados e dois

de transmissão local (isto é, em 30 de março de 2020)¹³. Nessa mesma comunicação, o Presidente da República decretou a implementação das medidas de nível III de Alerta da covid-19 com base na assessoria recebida da Comissão Técnico-Científica e decretou o Estado de Emergência, que foi a primeira vez em Moçambique pós-independência, perante ameaça crescente da pandemia da covid-19 no país¹³.

O primeiro Estado de Emergência teve assim o seu início em 1º de abril de 2020 e teria a duração de 30 dias. Nos meses subsequentes, e diante do progressivo aumento de casos de covid-19, sobretudo de transmissão local e de algumas mortes relativas a ela, o Estado de Emergência foi sendo prorrogado. No dia 5 de agosto, o Presidente da República declarou novamente o Estado de Emergência em todo o país, que entrou em vigor em 8 de agosto com duração até ao dia 6 de setembro de 2020. As justificações para sucessivas prorrogações assentam no aumento progressivo de casos da doença e óbitos por covid-19 no país.

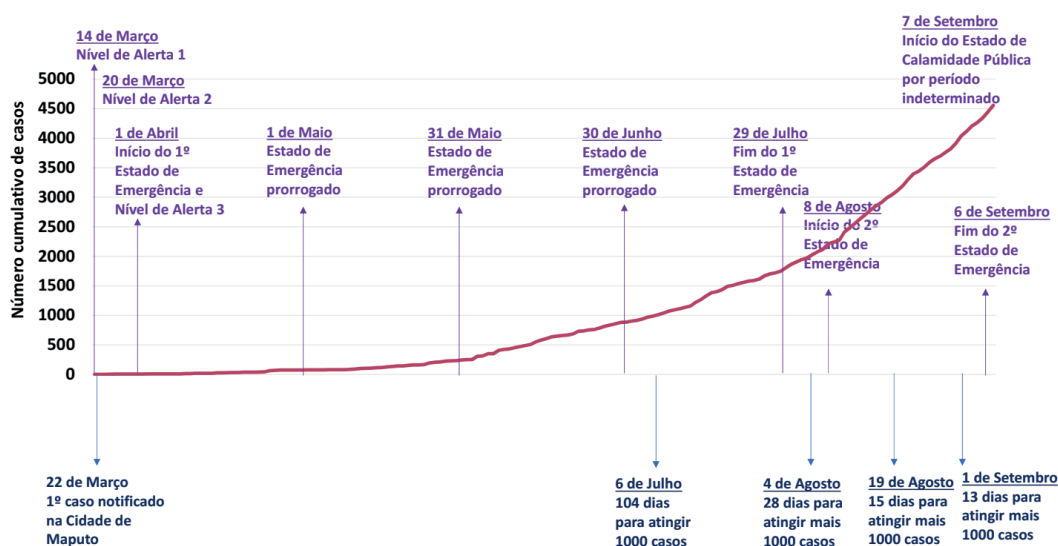
Na sequência do Decreto Presidencial nº 11/2020, foi declarado o Estado de Emergência por 30 dias, por razões de calamidade pública. Foi arrolado um conjunto de medidas e diretrizes a serem observadas em todo o território nacional. Por exemplo, o art. 3º do Decreto Presidencial nº 11/2020 estipulava:

- a. Suspensão da emissão de vistos de entrada e cancelamento dos vistos emitidos;
- b. Reforço das medidas de quarentena domiciliária de 14 dias, para todas as pessoas que tenham viajado recentemente para fora do país, para os que estejam chegando ao país e todas as pessoas que tenham tido contato direto com casos confirmados de covid-19, observando-se as medidas preventivas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;
- c. Suspensão das aulas em todas as escolas públicas e privadas, desde o ensino pré-escolar até ao ensino universitário;
- d. Proibição de realização de eventos públicos e privados, como cultos religiosos, atividades culturais, recreativas, desportivas, políticas, associativas, turísticas e de qualquer outra índole, excetuando questões inadiáveis do Estado ou sociais, como funerais, devendo, em todos casos, ser adotadas as medidas de prevenção; emanadas pelo Ministério da Saúde;
- e. Obrigatoriedade de implementação de medidas de prevenção em todas as instituições públicas e privadas e transporte de passageiros.

O art. 6º, por sua vez, estipulava a punição legal (considerando crime) a todas as situações de desobediência às diretrizes do Decreto Presidencial nº 11/2020. O art. 7º obriga todas as entidades públicas e privadas a colaborar com as autoridades na execução do Estado de Emergência declarado no país.

As avaliações regulares do Sector de Saúde e da Comissão Técnico-Científica multidisciplinar e multissetorial, o Presidente da República foi renovando os Estados de Emergência. A situação da covid-19 no país estava a agravar-se progressivamente apesar do número de casos estar abaixo da capacidade criada pelo Sistema de Saúde do país. A curva epidémica estava tendo um crescimento relativamente lento, com a quase totalidade de indivíduos testados positivos para a covid-19 serem assintomáticos ou com sintomatologia ligeira a moderada. Os Centros de hospitalização e isolamento dos doentes com covid-19 estavam com uma taxa de ocupação relativamente baixa. Na Figura 5, apresenta-se a evolução da curva epidémica da covid-19 em Moçambique e estão indicados os momentos de renovação do Estado de Emergência.

Figura 8: Evolução temporal da pandemia da COVID-19 em Moçambique com indicação dos momentos de implementação dos Estados de Emergência e início do Estado de Calamidade Pública por período indeterminado^{viii}.



Muito se tem questionado sobre as razões por detrás de um crescimento consideravelmente lento e modesto da pandemia da covid-19 em Moçambique, sobretudo se comparadas com a RAS e outros países da região. As razões deste cenário distinto da pandemia da covid-19 no país não estão ainda apuradas. Há, no entanto, algumas especulações na sociedade e, sobretudo, entre os académicos e demais profissionais da saúde, incluindo:

viii. Figura elaborada pelos autores.

- O país tomou medidas para contenção da pandemia de forma precoce, principalmente com relação à entrada por meio dos portos, aeroportos e fronteiras terrestres (as medidas implementadas desde março com vigilância fortalecida em uma colaboração conjunta entre a Direcção Nacional de Saúde Pública/Misau, o Instituto Nacional de Saúde, Serviços de Migração, a polícia, entre outros);
- O Plano Nacional de Preparação e Resposta à Pandemia da Covid-19 foi produzido no início do mês de março de 2020 e sua implementação foi imediata;
- O país tem histórico de surtos e epidemias assim como de calamidades naturais recorrentes nas últimas décadas, que permitiu ir desenvolvendo capacidade nacional de preparação e resposta concertada envolvendo múltiplos setores públicos e privados;
- O país possui uma população majoritariamente jovem e com índices de comorbidades cardiovasculares, metabólicas e outras relativamente mais baixas que outros países (incluindo países vizinhos como RAS, Zimbábue, Malawi, entre outros);
- O país tem um histórico de cobertura vacinal relativamente alta, incluindo para BCG e para a poliomielite (neste último caso, esforços nesses últimos anos para erradicação do vírus da pólio selvagem em África levaram a sucessivas campanhas de vacinação contra pólio no país);
- A circulação do SARS-CoV-2 provavelmente seja relativamente baixa no país, e os poucos indivíduos testados positivos tomaram as devidas precauções contribuindo para a manutenção de níveis de transmissão baixos;
- As estratégias de despistagem epidemiológica de contatos, testagem, isolamento dos expostos e testados negativos, quarentena dos expostos e testados positivos, seguimento rigoroso dos indivíduos em isolamento e em quarentena, entre outras medidas poderão igualmente ter contribuído para cortar cadeias de transmissão e reduzir a circulação de indivíduos que potencialmente seriam transmissores da doença na comunidade.

No entanto, há quem diga que o país não está testando o suficiente, especialmente devido às limitações que tem em recursos tecnológico-laboratoriais e outros. Mesmo assim, a vigilância passiva dos casos da covid-19 tem demonstrado uma clara ausência de ocorrência de casos sugestivos/suspeitos da doença em nível comunitário e das Unidades Sanitárias. Eventualmente, haverá muito mais casos do que reportados pelas autoridades sanitárias, mas, certamente, a grande maioria dos casos será de assintomáticos ou em indivíduos com sintomatologia ligeira a moderada que não procuram

cuidados nas Unidades Sanitárias públicas e privadas. Aliás, os inquéritos soroepidemiológicos acima referidos mostram a grande proporção de indivíduos assintomáticos e/ou com sintomatologia muito ligeira (vide Tabela 1).

Moçambique e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

O desempenho de Moçambique para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030 tem sido insatisfatório. Um Relatório publicado em 2019 pela SDG Center for Africa and Sustainable Development Solutions Network¹⁴ coloca o país no 30º lugar de um total de 50 países africanos no que diz respeito ao desempenho para alcance dos ODS. Outro Relatório publicado ainda mais recentemente, intitulado *The Sustainable Development Goals and COVID-19. Sustainable Development Report 2020*¹⁵, coloca Moçambique no lugar 140 de um total de 166 países ao nível Mundial. Esse último relatório foi produzido já no contexto do impacto negativo da pandemia da covid-19 sobre os ODS e apresenta riscos de eventuais retrocessos em alguns Objetivos¹⁵. De acordo com esse relatório, os ODS com risco significativo de retrocessos são: ODS 1 (Erradicação da Pobreza); ODS 2 (Fome Zero e Agricultura Sustentável), ODS 3 (Saúde e Bem-Estar); e ODS 8 (trabalho Decente e Crescimento Econômico)¹⁵.

No caso de Moçambique, dos 17 ODS, apenas o ODS 8 e o ODS 13 foram considerados como estando em crescimento satisfatório e com tendência alinhada ao alcance das metas estabelecidas para 2030. Os ODS 8 e 13 são, do mesmo modo, os que eventualmente estarão isentos dos efeitos negativos da pandemia da covid-19. Há sete ODS que demonstram uma melhoria moderadamente satisfatória resultante dos ganhos conseguidos no passado recente, nomeadamente: ODS 2, ODS 3, ODS 4, ODS 5, ODS 6, ODS 11 e ODS 14. Há cinco ODS considerados como estando em estagnação, que são: ODS 1, ODS 7, ODS 15, ODS 16 e ODS 17. O ODS 9 foi considerado como estando em decréscimo, e o ODS 10 e o ODS 12 não dispõem de informação. Entretanto, o desempenho de Moçambique para o alcance dos ODS rumo ao alcance das metas estabelecidas para 2030 é considerado insatisfatório^{14,15}.

De modo geral, Moçambique regista progressos no setor da saúde que se podem considerar positivos, com nítida tendência para a melhoria gradual, mas lenta dos principais indicadores do estado de saúde do país, em paralelo com melhorias significativas dos indicadores socioeconômicos nas últimas três décadas. Essa evolução reflete-se também na expansão e na melhoria gradual dos diversos componentes essenciais do sistema de saúde do país, incluindo aumento da rede das Unidades Sanitárias e Hospitalares¹⁶ e dos recursos humanos de saúde (RHS) em quantidade e qualidade¹⁷. Apesar

disso e de todos os esforços empreendidos pelo governo e seus parceiros de cooperação, Moçambique está ainda longe de alcançar as metas dos ODS até 2030 com os quais se comprometeu.

O Sistema de Saúde e a contenção da pandemia da covid-19

Moçambique é um país com cerca de 800 mil km², dividido administrativamente em 11 Províncias com um total de 154 Distritos. O país tem cerca de 4.330 km de fronteira terrestre com a Tanzânia, o Malawi, a Zâmbia, o Zimbábue, a Suazilândia e a RAS. A população do país, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (<http://www.ine.gov.mz/>), está estimada em aproximadamente 30 milhões de habitantes, com cerca de 66% vivendo nas zonas rurais. Do total, cerca de 15,5 milhões de habitantes são do sexo feminino. A população é relativamente jovem, com cerca 47% pertencente ao grupo etário dos 0-14 anos, 50% ao grupo dos 15-64 anos e apenas cerca de 3% ao grupo com mais de 65 anos de idade.

O perfil epidemiológico de Moçambique caracteriza-se, sobretudo, por predomínio de doenças infecciosas ou transmissíveis, como malária, tuberculose, infecção por HIV, doenças diarreicas (incluindo surtos recorrentes de cólera), doenças respiratórias, doenças sexualmente transmissíveis, doenças parasitárias, entre outras. O peso das doenças não transmissíveis está crescendo, incluindo das doenças cardiovasculares, diabetes e outras doenças metabólicas, doenças mentais e morbidades associadas ao trauma e violência de causa diversa.

Várias políticas e estratégias são tidas como referência para apoiar o setor da saúde em Moçambique, com destaque para o Programa Quinquenal do Governo (2014-2019 e 2020-2024), o Plano Econômico e Social Anual (PES 2015-2019, 2020), a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a Agenda 2025, o Plano Estratégico de Sector de Saúde (PESS 2015-2019), os Planos Estratégicos Sectoriais Provinciais e Distritais, o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (2008-2015 e 2016-2025), entre outros.

O Sistema de Saúde em Moçambique é caracterizado por três setores que se complementam:

- Setor público: constituído pelo SNS que está estruturado em quatro níveis de cuidados de saúde, assegurando os cuidados integrados de saúde por meio de um sistema de referência. Assim, os cuidados de saúde no contexto do SNS são prestados aos diferentes níveis de Unidades Sanitárias e Hospitalares, nomeadamente: Centros de Saúde e Hospitais Distritais, Hospitais Provinciais e quatro Hospitais Centrais (em Maputo, Beira, Nampula e Quelimane).

- Setor privado: composto por instituições com fins lucrativos (predominantes nas capitais provinciais sobretudo) e outros não lucrativos;
- Setor comunitário: envolvendo essencialmente os chamados agentes polivalentes elementares (agentes comunitários), mas também os praticantes de medicina tradicional prestam cuidados de saúde ao nível comunitário.

O SNS constitui a rede de cuidados de saúde (incluindo hospitalares de referência) mais importante. O financiamento para o SNS tem melhorado, nos últimos anos, mas é ainda consideravelmente dependente da Ajuda Externa (AE).

Os sistemas de saúde são considerados como sendo sistemas complexos quanto à sua composição e ao seu funcionamento. A OMS descreve o sistema de saúde como sendo constituído por seis componentes essenciais, que são: i) provisão de serviços de saúde; ii) recursos humanos da saúde; iii) sistema de informação em saúde; iv) medicamentos produtos essenciais e tecnologias biomédicas; v) financiamento; e vi) governação e liderança¹⁸. Essa forma de abordar o sistema de saúde não toma em consideração o papel ou a influência de outros setores sociais e económicos sobre a saúde das populações. Por outro lado, a dinâmica e as interações existentes entre eles ficam inaparentes quando a análise do sistema de saúde é feita de forma segmentada de cada um dos seus componentes¹⁸. Contudo, essa abordagem mostra-se adequada para a análise do papel do sistema de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19 em Moçambique (Tabela 2).

Tabela 2. Ações implementadas pelo sistema de saúde para fazer face à epidemia da COVID-19 de Moçambique

Componente do Sistema de Saúde	Ações implementadas
Provisão de serviços de saúde	Estabelecimento de Unidades/Enfermarias para isolamento hospitalar de doentes com COVID-19 em todas as Províncias. Ampliação da oferta dos serviços de diagnóstico laboratorial da COVID-19. Desenvolvimento e disseminação dos algoritmos para o diagnóstico, o tratamento e seguimento dos doentes hospitalizados ou isoalemneto domiciliar, seguimento dos contactos em quarentena. Estabelecimento de linhas telefónicas para orientação, esclarecimento e encaminhamento para os serviços de saúde criados especificamente no contexto da COVID-19. Investigação epidemiológica e laboratorial de casos suspeitos, identificação e seguimento de contactos; Investigação de rumores incluindo óbitos na comunidade e cadeias de transmissão emergentes. Produção e disseminação dos materiais de Informação, Educação e Comunicação para Saúde ao nível comunitários e nos aeroportos e fronteiras terrestres. Triagem epidemiológica e referência para testagem para COVID-19 ao nível dos portos, aeroportos e fronteiras terrestres.

Componente do Sistema de Saúde	Ações implementadas
Recursos humanos da saúde	<p>Capacitação dos diversos grupos de recursos humanos em matérias de protecção individual e prevenção da disseminação hospitalar da doença.</p> <p>Capacitação dos clínicos para o diagnóstico, o tratamento e a prevenção e o controlo da doença.</p> <p>Capacitação do pessoal do quadro, contratado e/ou voluntários envolvidos no rasterio dos contactos, seguimento dos indivíduos em quarentena e doentes em isolamento domiciliar.</p> <p>Mobilização de profissionais de saúde reformados para apoiar nas diferentes iniciativas clínicas e outras no contexto da COVID-19.</p> <p>Atribuição por Decreto de Conselhos de Ministros um subsídio fixado em 30% de risco para todos os profissionais do Serviço Nacional de Saúde e áreas afins.</p> <p>Mobilização de parceiros públicos e privados, nacionais e estrangeiros, para acções de capacitação, partilha de experiências e boas práticas entre outras com finalidade de capacitar os decisores em múltiplos sectores governamentais e também os profissionais envolvidos na resposta à epidemia da COVID-19.</p>
Sistema de informação em saúde	<p>Estabelecimento de parcerias e desenvolvimento de um sistema de informação específico para monitoria da evolução da epidemia em Moçambique.</p> <p>Desenvolvimento de plataformas de informação para cadastramento e seguimento dos indivíduos em quarentena e isolamento domiciliar.</p>
Medicamentos e produtos essenciais e tecnologias biomédicas	<p>Ampliação da capacidade de diagnóstico laboratorial com aquisição de estoques de reagentes e equipamentos laboratoriais</p> <p>Mobilização de recursos e apoios para aquisição e armazenamento de material de protecção individual para profissionais de saúde e medicamentos para tratamento dos doentes da COVID-19</p> <p>Mobilização de recursos e apoios para ampliação da disponibilidade de ventiladores, equipamento para disponibilização de oxigénio entre outros para tratamento dos doentes da COVID-19</p> <p>Agilização dos mecanismos de aquisição medicamentos, produtos essenciais e tecnologias biomédicas no contexto da COVID-19</p>
Financiamento	<p>Ações de advocacia e de mobilização de fundos para enfrentamento da COVID-19; Avaliação das necessidades e análises de cenários e estimativas dos custos; Mobilização de recursos e apoios financeiros ao nível nacional e internacional para fazer face à epidemia da COVID-19 no país e partilha pública da informação sobre as angariações feitas na página web do MISAU.</p>

Componente do Sistema de Saúde	Ações implementadas
Governança e liderança	<p>Envolvimento do Governo aos níveis mais altos, incluindo Presidnete da República, Conselho de Ministros, Assembleia da República e dos demais Órgãos de Governação do país;</p> <p>Monitoria da implementação do Plano de Preparação e Resposta à epidemia da COVID-19;</p> <p>Criação e operacionalização do Comité Científico para monitoria da evolução da epidemia; Comunicação diária através dos comunicados de imprensa e de conferências de imprensa envolvendo Lideranças do MISAU; Estabelecimento do Comité Operativo de Emergência de Saúde Pública e do Grupo Técnico do MISAU.</p> <p>Criação do Grupo Técnico multidisciplinar e representativo da sociedade civil para assessorar o Governo da República com relação à epidemia da COVID-19 em Moçambique</p> <p>Realização de encontros periódicos de coordenação alargado às 11 províncias para disseminação de directrizes, incluindo definição de caso, harmonização dos critérios de alta, identificação de constrangimentos e de estratégias para solução dos mesmos.</p> <p>Aprova as facilidades aduaneiras e fiscais, com vista a mitigar os efeitos económicos do COVID-19 (Decreto 23/2020 – Assembleia da República)</p>

Apesar dos enormes esforços ao nível do sistema de saúde moçambicano, persistem ainda desafios importantes. Um deles está relacionado com a capacidade de diagnóstico laboratorial da covid-19 ante o aumento progressivo da demanda para testagem, resultando em atrasos no retorno dos resultados e com consequências no isolamento atempados de casos positivos. Laboratórios de testagem distribuídos de forma geograficamente desigual, requerendo o transporte de amostras para lugares distantes, têm impacto sobre a demora na testagem, produção e divulgação dos resultados com constrangimentos nos cuidados e seguimento dos pacientes. Por outro lado, a capacidade das camas alocadas para o isolamento hospitalar de pacientes com covid-19 com sintomatologia moderada a grave está gradualmente atingindo saturação, sobretudo, em algumas regiões do país. Há necessidade de procurar alternativas como hospitais de campanha ou outras à semelhança do que ocorreu nos países onde a pandemia da covid-19 foi intensa. Com o aumento progressivo do número de doentes, há pressão sobre os profissionais de saúde obrigando-os redobrar dos esforços, riscos de contrair covid-19, exaustão física ou efeitos negativos sobre a saúde mental nesses profissionais. Há, igualmente, intensificação do uso ou consumo de material de proteção individual dos profissionais de saúde, dos medicamentos e outros que levam à necessidade de mobilização de mais

recursos financeiros e de materiais médicos e laboratoriais. O aumento progressivo do número de doentes com suspeita de covid-19 ou diagnosticados positivos com covid-19 podem agravar a disrupção dos serviços de saúde de rotina para além de obrigar a redirecionar os parques recursos materiais médicos, tecnológicos, financeiros e humanos para atenção e cuidados aos doentes com covid-19 e seus contatos. A capacidade logística e financeira do país é limitada, e isso terá implicações na medida em que a pandemia se agrava e demanda do sistema mais recursos. Tal como outros países de média-baixa renda, Moçambique também enfrenta limitações quanto à sua capacidade de prover cuidados aos doentes críticos. A intensificação da pandemia da covid-19 no país irá aumentar a demanda para cuidados intermediários e/ou intensivos para doentes com covid-19 com sintomatologia moderada a grave. O recente *Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e Serviços de Saúde*, realizado em 2018 (SARA-plus 2018) demonstra as limitações que Moçambique enfrenta na provisão dos serviços de saúde¹⁶. Por outro lado, os recursos humanos de saúde no país são escassos, principalmente em nível de especialistas¹⁷, o que, igualmente, impõe constrangimentos difíceis de serem ultrapassados em curto prazo caso a demanda de cuidados especializados nos pacientes com covid-19 aumente bruscamente. Moçambique considera o recrutamento de médico especialistas cubanos para, em curto-médio prazo, fazer face à demanda imposta pela pandemia, mas essa opção acarreta custos acrescidos ao sistema de saúde moçambicano que depende sobremaneira da ajuda externa.

Considerações finais

Moçambique está entre os países onde a pandemia está evoluindo da mesma forma que foi observada na Ásia, na Europa e nas Américas, mas as razões por detrás dessa evolução ainda estão por determinar. Aspectos como a demografia, prevalência populacional das comorbidades, condições ambientais e implementação das intervenções de prevenção e controle de forma precoce são algumas das razões avançadas para explicar a evolução distinta da pandemia em muitos países da África Subsaariana²⁰.

As entidades públicas do Sector de Saúde e a sociedade civil tiveram um engajamento ativo e intenso desde os momentos iniciais após a declaração pela OMS da covid-19 como doença pandêmica. Intensas campanhas de informação, comunicação e educação direcionadas aos profissionais de saúde e à população foram levadas a cabo no país por intervenientes do setor público, privado, organizações da sociedade civil, instituições de ensino, entre outros. A sociedade moçambicana, no geral, respondeu

positivamente às campanhas e adotou comportamentos e estratégias preventivas veiculadas pelo Sector de Saúde de forma relativamente satisfatória, incluindo medidas de distanciamento social, uso de máscaras e viseiras, higiene individual e coletiva, observância de quarentena e isolamento quando recomendados.

O controle dos aeroportos, portos e fronteiras nas fases iniciais da pandemia da covid-19, limitando a entrada potencial de indivíduos com covid-19 e reduzindo a circulação do SARS-CoV-2, tem sido igualmente avançado como hipótese de número relativamente baixo de casos de covid-19 e progressão lenta da pandemia no país²⁰.

Os esforços intensos e restrições prolongadas impostas pelos sucessivos Estados de Emergência terão tido certamente um impacto social e econômico negativo ao nível dos diferentes setores produtivos e sobre a sociedade civil. Contudo, é prematuro aferir sobre as consequências sociais e econômicas imediatas e em médio-longo prazo que resultaram no contexto da contenção da pandemia da covid-19 em Moçambique. Estudos futuros poderão melhor aferir sobre essas consequências. No entanto, há vontade enorme por parte do governo e da sociedade civil de retornar à “normalidade”, mesmo que seja “uma normalidade nova face ao covid-19”. Estão já em curso processos de avaliação e planificação para o retorno faseado e cauteloso ao “novo normal” em todos os setores da vida social, econômica e outras no país.

Referências

1. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *J Med Virol.* 2020;92:401-402. doi: 10.1002/jmv.25678
2. Huang C, Wang Y, Li Z, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395:497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5
3. Ministério da Saúde (Moçambique). Direcção Nacional de Saúde Pública. Manual de Prevenção COVI-19. Ministério da Saúde: Maputo; Abril 2020.
4. Di Gennaro F, Pizzol D, Marotta C, Antunes M, Racalbuto V, Veronese N, et al. Coronavirus Diseases (COVID-19) Current Status and Future Perspectives: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8):2690. doi: 10.3390/ijerph17082690.
5. Anjorin AA. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: A review and an update on cases in Africa. *Asian Pac J Trop Med.* 2020; 13(5):199-203. doi: 10.4103/1995-7645.281612.

6. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report – 30 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=3346b04f_2.
7. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-openingremarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
8. Thunstrom L, Newbold S, Finnoff D, Ashworth M, Shogren JF. The Benefits and Costs of Using Social Distancing to Flatten the Curve for COVID-19. *J Benefit Cost Anal*. doi: 10.2139/ssrn.3561934.
9. Di Lorenzo G, Di Trolio R. Coronavirus Disease (COVID-19) in Italy: Analysis of Risk Factors and Proposed Remedial Measures. *Front Med (Lausanne)*. 2020;7:140. doi: 10.3389/fmed.2020.00140.
10. Ministério da Saúde (Moçambique). Direcção Nacional de Saúde Pública. Comunicado de Imprensa – Actualização da Informação sobre a COVID-19 no País e no Mundo [Internet]. Ministério da Saúde: Maputo; 23 Ago 2020 [citado 2020 ago 24]. Disponível em: http://www.misau.gov.mz/attachments/article/306/Actualizaca%CC%83o%20Dados%20Covid_19.%2023.08.2020.pdf.
11. Ministério da Saúde (Moçambique). Plano Nacional de Preparação e Resposta a Pandemia do COVID-19. Ministério da Saúde: Maputo; Março 2020.
12. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde (Moçambique). Despacho No3/GMS/2020. Criando Comitê de Emergência ao nível do Ministério da Saúde (MISAU). Ministério da Saúde: Maputo; Março 2020.
13. Presidência da República de Moçambique. Comunicação da Sua Excelência Filipe Jacinto Nyusi, Presidente da República de Moçambique, à Nação sobre a situação da Pandemia do Corona Vírus – COVID-19 [Internet]. Maputo, 30 mar 2020 [citado 2020]. https://www.pensa.org.mz/files/comunicacao_a_nacao_estado_de_emergencia_covid19.pdf.
14. SDG Center for Africa and Sustainable Development Solutions Network. 2019 Africa SDG Index and Dashboards Report. Kigali and New York: SDG Center for Africa and Sustainable Development Solutions Network; 2019.
15. Sachs J, Schmidt-Traub G, Kroll C, Lafortune G, Fuller G, Woelm F. The Sustainable Development Goals and COVID-19. Sustainable Development Report 2020. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.

16. Ministério da Saúde (Moçambique). Instituto Nacional de Saúde. Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e Serviços de Saúde, realizado em 2018 (SARA-plus 2018) [Internet]. Instituto Nacional de Saúde: Maputo; 2018 [citado 2020]. Disponível em: <https://www.ins.gov.mz/artigo/relatorio-do-sara>.
17. Ministério da Saúde (Moçambique). Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2016 2025 [Internet]. Ministério da Saúde: Maputo; Março 2020 [citado 2020]. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos-orhs>.
18. World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734>.
19. Nachege JB, Grimwood A, Mahomed H, Fatti G, Preiser W, Kallay O, et al. From Easing Lockdowns to Scaling-Up Community-Based COVID-19 Screening, Testing, and Contact Tracing in Africa – Shared Approaches, Innovations, and Challenges to Minimize Morbidity and Mortality. *Clin Infect Dis*. 2020 May 31:ciaa695. doi: 10.1093/cid/ciaa69L5. Epub ahead of print.
20. LLRice BL, Annapragada AV, Baker RE, Bruijning M, Dotse-Gborgbortsi W, Mensah K, et al. High variation expected in the pace and burden of SARS-CoV-2 outbreaks across sub-Saharan Africa. *MedRxiv* [Preprint]. 2020 Jul 24:2020.07.23.20161208. doi: 10.1101/2020.07.23.20161208.

CAPÍTULO 5

AS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO ESTADO EM SEIS PAÍSES DA REGIÃO EUROPEIA, OS MODELOS DE SISTEMAS DE SAÚDE E OS RESULTADOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19

Jorge Simões¹

André Biscaia²

João Paulo Magalhães³

António Pereira⁴

Gonçalo Figueiredo Augusto⁵

Inês Fronteira⁶

1. Professor. Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade NOVA de Lisboa (IHMT-UNL), Lisboa, Portugal. jsimoes@ihmt.unl.pt +351 213 652 600 Rua da Junqueira 100, 1349-008 Lisboa, Portugal..

2. Doutorado. Médico especialista em Medicina Geral e Familiar. USF Marginal, ACES de Cascais, ARS Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, Portugal.

3. Mestre. Médico interno de Saúde Pública. Unidade de Saúde Pública, ACES Porto Oriental, ARS Norte, Portugal. Divisão de Epidemiologia e Estatística, Direção de Serviços de Informação e Análise, Direção-Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.

4. Médico especialista em Medicina Geral e Familiar. USF Prelada, ACES Porto Ocidental. ARS Norte, Portugal. Doutorando em Investigação Clínica e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (Cintesis), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

5. Doutorado. Médico especialista em Saúde Pública. Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade NOVA de Lisboa (IHMT-UNL), Lisboa, Portugal.

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

Resumo

Na Região Europeia, o tempo e a tipologia das respostas dos Estados à pandemia por covid-19 variaram de acordo com a gravidade da situação epidemiológica e a noção de risco percebida pelos governos e pela sociedade, influenciando as soluções encontradas. Porém, cada um dos Estados tem a sua própria organização política, mais próxima de um Estado unitário ou de um Estado federal, e um sistema de saúde, cujo modelo se aproxima mais dos seguros sociais ou de um serviço nacional de saúde, o que poderá ter influenciado as respostas à pandemia. Ao analisar a resposta de seis Estados europeus – Alemanha, Espanha, França, Itália, Portugal e Reino Unido –, verificou-se que a organização política dos países e os seus modelos de sistema de saúde podem ter influenciado a resposta e, conseqüentemente, os resultados obtidos. Assim, o presente estudo identifica o impacto em países com diferentes modelos, para os quais contribuíram as características e o percurso político, econômico e social de cada um. Será na conjugação de todos esses fatores que se poderá encontrar a chave do sucesso ou insucesso dos resultados em saúde provocados pela pandemia.

Palavras-chave: SARS-CoV-2. Sistemas de saúde. Organização do Estado. Europa.

Abstract

In the European Region, the time and typology of the states' responses to the COVID-19 pandemic varied according to the severity of the epidemiological situation and the notion of risk perceived by governments and society, influencing the solutions found. However, each state has its own political organization, closer to a unitary or federal state, and a health system, whose model is closer to social insurance or a national health service, which may have influenced the responses to the epidemic. When analyzing the response of six European Countries - Germany, Spain, France, Italy, Portugal and the United Kingdom we find that the political organization of countries and their health system models may have influenced the response and, consequently, the results obtained. This study identifies the impact in countries with different models, to which contributed the characteristics and the political, economic and social path of each. It is in the combination of all these factors that we will be able to find the key to the success or failure of the health outcomes caused by the pandemic.

Keywords: SARS-CoV-2. Health systems. State organization. Europe.

Introdução

A covid-19, detectada na cidade de Wuhan, na China, e identificada pela Organização Mundial da Saúde, em 31 de dezembro de 2019, como um *cluster* de casos de pneumonia atípica sem etiologia conhecida, e, mais tarde, atribuídos ao coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), rapidamente evoluiu para uma emergência de Saúde Pública de âmbito global¹. O predomínio de doenças não transmissíveis levou a que populações e sistemas de saúde se lhes adaptassem, com respostas de proximidade, negligenciando, por vezes, a prevenção e o controle de infeções². Confrontados com a pandemia de covid-19, os países implementaram medidas que foram influenciadas, também, pela forma de organização do Estado e nos modelos de sistemas de saúde de cada país³.

A organização do Estado⁴ refere-se à estruturação interna do país no que respeita à unidade ou pluralidade do ordenamento jurídico-constitucional, sendo a distinção mais importante a que se faz entre Estado unitário e Estado federal. No primeiro caso, existe um único centro de decisão política e um conjunto único de instituições de governo. Na atualidade, todos os Estados unitários democráticos praticam, pelo menos, a descentralização administrativa, ou seja, atribuem o exercício das funções administrativas a outras pessoas coletivas para além do Estado, seja essa descentralização de carácter funcional e institucional ou territorial. Na descentralização territorial, o Estado reconhece autonomia administrativa a entidades de base territorial e social, as autarquias locais. Em alguns Estados unitários, a descentralização assume uma natureza ainda mais ambiciosa, na medida em que, para além das formas de descentralização já referidas, o Estado reconhece a algumas entidades territoriais – Regiões Autônomas – uma autonomia política, atribuindo-lhes competências legislativas e autonomia governativa. No Estado federal, encontra-se uma pluralidade de poderes políticos e de ordenamentos constitucionais, entre os quais, um, respeitando a todo o território – o do Estado federal – é o ordenamento superior ao qual se subordinam, integram-se e participam os ordenamentos e órgãos dos Estados-membros da Federação (ou da União) – os Estados federados. Pode dizer-se que os Estados federados que compõem a Federação são verdadeiros Estados, na medida em que, respeitados certos limites, elaboram as suas próprias Constituições e, no domínio das suas competências, têm estrutura, órgãos e atividade tipicamente estaduais.

Na análise da resposta dos países à pandemia, é relevante, ainda, atentar na organização dos sistemas de saúde, que se baseiam em valores de solidariedade e universalidade, com formatos de pré-pagamento para toda a população, e se dividem

entre os mais próximos de um modelo bismarckiano e os que têm como referência o modelo Beveridgeano.

No modelo bismarckiano, o sistema de seguro social é obrigatório e quase universal, e funciona no âmbito de caixas de seguro-doença, em regra geridas por entidades sociais, mas submetidas à supervisão de organismos públicos. Esses seguros sociais realizam uma “mutualização” dos riscos (partilha do risco), e os prêmios são normalmente fixados em função dos rendimentos. A disparidade de cobertura de riscos é, por vezes, compensada com a intervenção dos governos; e o sistema, em muitos países, cobre toda a população. Em regra, essas caixas ou mútuas organizam-se em volta de uma profissão, de um setor de atividade, de uma confissão religiosa, ou em uma base geográfica.

O modelo Beveridgeano, por seu lado, assenta em serviços nacionais de saúde, no financiamento por impostos, e pode organizar-se de forma integrada, em que o financiamento e a prestação de cuidados são assegurados por um só organismo público que recebe do orçamento do Estado as verbas de que necessita, ou de forma contratualizada, em que a prestação de cuidados é realizada por serviços estatais ou entidades privadas contratadas pelos fundos públicos autónomos. Um serviço nacional de saúde (SNS) caracteriza-se por uma gestão institucional pública, independentemente da natureza da entidade prestadora, pública ou contratualizada, sendo geralmente os cuidados de saúde gratuitos ou quase gratuitos no momento de consumo.

Neste artigo, analisamos a resposta à pandemia por SARS-CoV-2 por parte da Alemanha, da Espanha, da França, da Itália, de Portugal e do Reino Unido, relacionando-a com a organização do Estado e do modelo de sistema de saúde. Para tal, definimos como áreas de análise as medidas de saúde pública implementadas, a governação, os recursos e reorganização dos serviços, os mecanismos de financiamento, a resposta do próprio sistema e os resultados em saúde obtidos em termos de contenção e mitigação da pandemia, de forma a interpretar essas áreas de análise à luz do grau de descentralização do país e do modelo de sistema de saúde.

Elegeram-se países próximos de um modelo de organização política mais unitária e centralizada (França e Portugal), e outros de matriz mais desconcentrada com uma pluralidade de poderes políticos e de ordenamentos constitucionais (Alemanha, Espanha, Itália e Reino Unido). Quanto aos modelos de sistemas de saúde, também se identificaram países mais próximos de um sistema de seguro social obrigatório “bismarckiano” (França e Alemanha), e outros países com um modelo “Beveridgeano” assente em serviços nacionais de saúde (Espanha, Itália, Portugal e Reino Unido).

Em termos dos resultados epidemiológicos, optou-se por analisar o valor máximo da incidência cumulativa a 14 dias que traduz a magnitude da carga de doença em um

determinado momento do tempo; a incidência cumulativa no período de análise para observar a magnitude da carga de doença até 31 de agosto; a letalidade (proporção de óbitos no total de casos ocorridos no período em análise); a taxa de mortalidade padronizada para a idade por todas as causas para comparar o risco de morte provocado direta e indiretamente pela covid-19 ou outras causas; e a variação máxima da mortalidade por todas as causas em relação ao período homólogo para comparar o excesso de mortalidade ocorrido nos países em análise e provocado direta e indiretamente pela covid-19 ou outras causas.

Organização do Estado e os Modelos de Sistema de Saúde

A Alemanha é uma república parlamentar federal composta por 16 Estados, cada um com uma Constituição concordante com os princípios gerais da Constituição nacional. O conceito de descentralização não traduz, em rigor, a realidade do federalismo alemão. Os extensos poderes exercidos pelos Estados podem parecer um exemplo de devolução, mas esses poderes nunca foram transferidos do governo federal para os Estados que, como entidades jurídicas e territoriais antecedem – e, de fato, fundaram – a República Federal da Alemanha. Em vez disso, ocorreu o oposto da devolução: cada Estado transferiu certos direitos e responsabilidades para o governo federal e, ao mesmo tempo, reteve outros⁵. A Alemanha foi o primeiro país a introduzir um sistema de seguro social e de saúde, em 1883. No cerne do sistema bismarckiano, estão os princípios da adesão obrigatória e das contribuições não relacionadas com o risco individual.

A Constituição espanhola de 1978 estabeleceu uma nova organização política, passando de um país altamente centralizado para uma organização quase federal, na qual as 17 Comunidades Autônomas (CA) desempenham um papel essencial no planejamento, financiamento e prestação de serviços de saúde, educação e proteção social. Na última década, o processo de descentralização foi consolidado, e as CA dispõem de maior capacidade de regulação, planejamento e, sobretudo, autonomia financeira. No entanto, com as restrições à capacidade de gastos das CA, os recursos financeiros para a saúde foram sendo controlados pelo Ministério das Finanças, e as decisões políticas mais importantes passaram a ser tomadas pelo Ministério da Saúde, sem a participação do Conselho Interterritorial do sistema nacional de saúde⁶.

Na França, a organização política é marcadamente descentralizada, caracterizando-se por três níveis administrativos – municípios, departamentos e regiões. Todos os níveis têm assembleias eleitas pela população da respectiva área geográfica e auto-

nomia nas áreas de responsabilidade, e o Estado define as competências atribuídas a cada nível. Os municípios são governados por concelhos municipais. Os departamentos são o segundo nível administrativo, com assembleias locais presididas pela autoridade do Estado na área de jurisdição, e assumem responsabilidades nos setores da saúde e segurança social e no financiamento e prestação do ensino básico. Os departamentos agrupam-se em 13 regiões, também com uma assembleia eleita. O processo da descentralização em França caracteriza-se por uma filosofia relutante em reduzir o controle central sobre a definição de políticas e de financiamento, resultando, sobretudo, em formas de desconcentração. O sistema de saúde francês baseia-se no seguro social. É financiado pelas contribuições de empregadores e empregados, com benefícios monetários e em gêneros. No país, existe um efeito moderado de *gate-keeping*, sendo a prestação de cuidados em ambulatório efetuada por entidades privadas, individuais ou coletivas, enquanto os cuidados especializados e hospitalares são, sobretudo, prestados por entidades públicas⁷.

A Constituição organiza o território da Itália em 20 regiões, que diferem em dimensão, população e níveis de desenvolvimento econômico. Cada região é governada por um Executivo e um Conselho Regional, eleitos democraticamente. As regiões têm poder legislativo exclusivo em relação a qualquer assunto não expressamente reservado pela legislação nacional. No entanto, a sua autonomia financeira é bastante modesta. A gradual devolução do poder político durante a década de 1990 correu paralelamente à reforma tributária aprovada em 2000, que (em teoria) concedeu às regiões significativa autonomia sobre a receita do orçamento regional e total autonomia sobre a alocação de recursos⁸.

A reforma de 1978, que criou o SNS, introduziu a cobertura universal de cuidados de saúde. O novo sistema de saúde foi parcialmente descentralizado, com níveis de administração nacional, regional e local. O governo central é responsável pela definição dos critérios de distribuição de recursos pelas regiões e pelo planejamento. As autoridades regionais de saúde são responsáveis pelo planejamento local de acordo com os objetivos de saúde em nível nacional, pela organização e gestão dos serviços de saúde e pela alocação de recursos para as unidades de saúde locais.

Portugal é um Estado unitário, respeitando a autonomia das regiões dos Açores e da Madeira, que têm os seus próprios governos e assembleias regionais. Os municípios e as freguesias têm seu próprio nível de governo eleito democraticamente. Apesar de alguma descentralização verificada já neste século, o poder político ainda está muito centrado no governo da República. A amplitude da autonomia financeira concedida pelo legislador constituinte às autarquias locais é bem menor do que a das regiões autônomas.

A descentralização de competências no domínio da saúde, iniciada em 2018, atribuiu competências aos órgãos municipais para participar no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a unidades de cuidados de saúde primários.

O SNS português foi criado em 1979, sob os princípios do controle centralizado e gestão descentralizada. Formalmente, a descentralização é uma palavra-chave do quadro constitucional do SNS. A Lei de Bases da Saúde, de 2019, estabelece que o SNS é gerido em nível regional, com responsabilidade pelo estado de saúde da população correspondente, pela coordenação da prestação dos serviços de saúde em todos os níveis e pela alocação de recursos financeiros de acordo com as necessidades da população. Na prática, porém, a responsabilidade pelo planeamento e alocação de recursos no sistema de saúde português manteve-se altamente centralizada apesar da criação das atuais cinco administrações regionais de saúde em 1993⁹.

As quatro nações que integram o Reino Unido estão representadas no parlamento britânico, dispoñdo de governos próprios. No Reino Unido, foi criado, em 1948, o National Health Service (NHS), com o objetivo de ser um sistema nacional, gerido localmente. Em 1990, foi aprovado o National Health Service and Community Care Act, que separou a compra e a prestação de serviços de saúde de modo a aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, com base nos princípios de mercado competitivo. Em 1997, a reorganização dos serviços de saúde no Reino Unido, com a devolução do poder político do parlamento britânico para as administrações nacionais na Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, levou a sistemas de saúde cada vez mais díspares. A devolução significa que a Escócia, o País de Gales e a Irlanda do Norte podem determinar os seus próprios planos de gastos, embora a responsabilidade financeira pela coleta de receitas tenha permanecido no domínio do governo central do Reino Unido¹⁰.

Medidas implementadas

A adoção de medidas visando, em uma primeira fase, à contenção da pandemia de SARS-CoV-2 e, em uma segunda fase, à sua mitigação variou essencialmente no grau das restrições impostas e no tempo de adoção em relação à evolução epidemiológica, mais do que na tipologia das medidas adotadas pelos países.

Todos os países adotaram medidas de distanciamento físico¹¹ como a suspensão de eventos de massa, o encerramento de escolas e universidades e a limitação da atividade dos setores não essenciais da sociedade. Quando os primeiros surtos foram identificados, iniciou-se uma escalada de medidas de distanciamento físico. A Itália foi o

primeiro país da Europa a adotar essas medidas e fez a transição para o confinamento total em um período muito curto no final de janeiro¹².

Todos os países encerraram os estabelecimentos de ensino, ainda que em diferentes momentos epidemiológicos. À data do encerramento das escolas, o Reino Unido, a França e a Espanha haviam ultrapassado os 100 casos. Já Portugal e a Itália optaram por tomar essa decisão próximo dos 10 casos^{11,12}.

Quanto ao encerramento de atividades laborais, o Reino Unido e a Alemanha foram os únicos países que não exigiram o encerramento (ou trabalho a partir de casa) dos locais de trabalho não essenciais. Os seis países cancelaram os eventos públicos – a Alemanha, a Espanha e o Reino Unido, mais de uma semana após os 100 casos; a Itália e a França, no dia anterior ao centésimo caso; e Portugal, cinco dias após os 100 casos¹¹. Todos os países impuseram restrições à aglomeração de pessoas, ainda que com tempos e níveis diferentes, sendo o Reino Unido o país que impôs a medida mais tardiamente. O número de pessoas do mesmo grupo permitido variou ao longo do tempo em todos os países, exceto no Reino Unido, que apresentou sempre o maior nível de restrição (10 pessoas)^{11,12}.

Nos transportes públicos, a resposta variou entre a Alemanha, que não adotou nenhuma limitação, e a Itália, com períodos de encerramento ou proibição de utilização por grande parte da população. Os demais países recomendaram (por períodos mais ou menos longos) o encerramento ou a diminuição de rotas ou veículos^{11,12}.

Quanto ao confinamento obrigatório, a Itália foi o país com medidas mais restritivas, adotando exceções como a permissão para sair apenas uma vez por semana¹¹. No restante dos países, os cidadãos foram confinados às suas casas com saídas permitidas para a prática de exercício, compras de supermercado e viagens “essenciais”. No entanto, o tempo de adoção dessa medida variou entre os países, com a Alemanha, a França, a Espanha e o Reino Unido a adotá-la mais de um mês após o primeiro caso; e o restante dos países, mais rapidamente. Essa restrição foi mantida entre 45 e 54 dias, com exceção da Itália e da Espanha, onde se manteve por 70 e 73 dias respectivamente. Apenas a Itália optou por restringir o movimento interno entre cidades/regiões antes de atingir os 100 casos¹¹. O Reino Unido foi o país que mais tardiamente implementou a restrição de viagens internacionais. A Itália e Portugal, cerca de uma semana depois do primeiro caso, já haviam implementado medidas, enquanto os outros países em análise fizeram-no após o primeiro mês¹¹.

Governança

De modo geral, a pandemia exigiu uma adaptação da governança, geral e na saúde.

Na Alemanha, o Ministério da Saúde e o Ministério do Interior, Infraestruturas e Comunidade, ambos federais, assumiram a gestão da pandemia em colaboração com o Instituto Robert Koch, o Instituto Federal para o medicamento e dispositivos médicos e o Instituto Paul-Ehrlich. A articulação incluiu as autoridades federais. A implementação e a definição uniforme para todo o país de medidas de prevenção e controle apresentaram-se como um desafio pela natureza federativa e respectivo enquadramento legal. No entanto, o chanceler e a maioria dos presidentes dos estados federais decretaram, em regra, as mesmas medidas¹².

No início de janeiro, o Ministério da Saúde Espanhol ativou o protocolo covid-19, em coordenação com os Departamentos de Saúde das 17 CA. No início de fevereiro, o Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (órgão máximo do sistema de saúde) estabeleceu as bases de colaboração entre as autoridades sanitárias nacionais e regionais, reforçando os mecanismos de coordenação e vigilância do Conselho em matéria de epidemias. Nas semanas seguintes, o Primeiro-Ministro convocou os presidentes regionais para tomarem decisões conjuntas sobre o curso de ação a seguir, em função da evolução epidemiológica. O “estado de alarme”, decretado em 14 de março, conferiu total responsabilidade ao governo espanhol na implementação de medidas, ficando todas as autoridades de saúde sob ordem direta do Ministro da Saúde, com a gestão operacional dos serviços de saúde a permanecer em nível regional e local. O Conselho Interterritorial passou a ter a gestão estratégica para a prontidão e resposta a ameaças à saúde, visando à harmonização das intervenções ao longo do território¹².

Na França, a gestão da pandemia foi assumida, em março, pelo governo, integrada em um plano de prevenção e gestão, com o apoio de uma comissão científica. Foi criado enquadramento legal que permitiu adotar medidas excepcionais ante o risco observado. A Agência Nacional de Saúde Pública (*Santé Publique France*) assumiu, também, responsabilidade na gestão de epidemia, por coordenação da vigilância epidemiológica. Em nível subnacional, o papel de autoridade de saúde é principalmente executado pelos presidentes regionais e municipais¹².

A Itália, um país fortemente descentralizado, conheceu alterações rápidas e profundas na governança da saúde para enfrentar a pandemia. Esta legitimou a intervenção do Estado e a ativação do Departamento de Proteção Civil para apoiar as regiões na obtenção de fármacos, dispositivos médicos, recursos humanos e infraestruturas. Enquanto, em circunstâncias normais, as regiões gozariam de um elevado grau de au-

tonomia na tomada de decisão, durante esse período, as estruturas regionais não se puderam sobrepor às decisões do governo central, apesar de manterem alguma autonomia na tomada de decisão em relação à prestação e organização dos serviços de saúde, o que conduziu a que diferentes regiões tentassem diferentes respostas políticas, contribuindo para assimetrias regionais¹². Na Itália, o Plano Nacional de prontidão e resposta à pandemia de Influenza, preparado em 2006, estava em campo na altura do início da pandemia de covid-19, o que não obstou a que o país fosse atingido, em poucas semanas, pela maior crise de saúde desde a II Guerra Mundial. Depois dos primeiros casos, foi decretado o Estado de Emergência; e, no final de janeiro, iniciou-se uma cascata de medidas tomadas pelo governo central, tendo o Departamento de Proteção Civil começado a coordenar as operações, enquanto o Sistema Nacional de Vigilância obtinha dados para monitorizar a evolução da pandemia nas várias regiões¹².

Em Portugal, a gestão da pandemia foi assumida pelo governo com o apoio técnico da Direção-Geral da Saúde. O fato de o primeiro caso detectado em Portugal (2 de março)¹¹ ter tido um atraso em relação à maior parte dos países europeus permitiu preparar e implementar mecanismos de resposta no sistema de saúde. Assim, foi concedida, ao Ministério da Saúde, competência para autorizar, independentemente do valor, a despesa necessária para a aquisição de equipamentos, bens e serviços necessários à prevenção e ao tratamento da doença (DL 10-E/2020, de 24 de março), bem como a dispensa do cumprimento de formalidades previstas no Código dos Contratos Públicos (DL nº 18/2010, de 2 de abril). A contratação de profissionais foi, também, facilitada.

Foram iniciadas reuniões regulares, com técnicos do Ministério da Saúde e academia com a participação do Presidente da República, do Primeiro-Ministro e dos líderes dos partidos com representação parlamentar sobre a evolução epidemiológica da pandemia. Em abril, o Primeiro-Ministro designou cinco Secretários de Estado para coordenar os serviços da administração central, regional e distrital e a devida articulação supramunicipal. Os presidentes de câmara municipal asseguraram a coordenação dos serviços da segurança social e da saúde, proteção civil e segurança pública em nível local. De forma a permitir o acompanhamento clínico dos casos no domicílio, integrando os diferentes níveis de cuidados e gerindo, a distância, os casos de cada área geográfica, com interação do próprio utente, foi criada a plataforma informática Trace COVID-19¹².

A resposta do Reino Unido à COVID-19 é liderada pela agência governamental Public Health England. A resposta é coordenada em nível nacional, mas a resposta das nações (Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales) tem variado consoante a capacidade do sistema de saúde e o contexto demográfico. Em 25 de março de 2020, foi promulgada legislação de emergência (*Coronavirus Act 2020*) que autorizou o gover-

no a restringir o movimento de pessoas infectadas, limitar ou proibir reuniões e eventos, aumentar o número de profissionais de saúde e reduzir as limitações ao trabalho extraordinário. A alta letalidade que afetou desproporcionalmente comunidades pobres e de minorias étnicas levou o governo britânico a prometer a realização de um inquérito independente sobre a política de resposta à pandemia. Em causa está a alegada fragmentação do NHS, das entidades de saúde pública e sociais e a falhas na ligação entre poder central e local¹².

Recursos e reorganização dos serviços

Na Alemanha, o aumento da capacidade laboratorial no sistema de saúde foi conseguido por meio da criação de outras redes laboratoriais, para além das existentes em nível hospitalar. Embora a Alemanha fosse o país da União Europeia (UE) com maior número de camas hospitalares e camas de unidades de terapia intensiva (UTI) equipadas com ventilador por mil habitantes, aumentou a sua capacidade para o triplo. No entanto, em termos de força de trabalho, em uma fase inicial, não houve uma resposta centralizada e coordenada, ficando dependente das iniciativas locais e regionais. Posteriormente, foi pedido a todos os profissionais em tempo parcial para assumir disponibilidade total, foram requisitados os estudantes da área da saúde, contratados profissionais de saúde reformados e aumentada a flexibilidade no reconhecimento de competências profissionais obtidas no estrangeiro¹².

Na Espanha, a capacidade de testagem para o SARS-CoV-2 foi crescendo, assim como a disponibilidade de equipamentos de proteção individual. Com a declaração do “estado de alarme”, o Ministro da Saúde passou a determinar a distribuição de recursos humanos, incluindo os das forças militares e centros de saúde ou hospitais privados. A contratação de profissionais de saúde aumentou, eliminando barreiras para a contratação ou prorrogando contratos. As cirurgias eletivas e as consultas não urgentes foram adiadas e foram introduzidas medidas para fomentar o atendimento a distância, tentando, paralelamente, não descontinuar os serviços essenciais¹².

O sistema de saúde francês teve de se readaptar, procurando garantir recursos, novos processos para a gestão dos casos e mecanismos de financiamento do sistema. Os hospitais e clínicas privadas, por indicação governamental, aumentaram a sua capacidade em um total de 8 mil camas em todo o país. Medidas como benefícios monetários, escolas e infantários para os filhos dos profissionais hospitalares em período

de confinamento, linhas de apoio psicológico e ainda ativação da reserva de cuidados médicos foram implementadas¹².

A Itália recrutou 20 mil novos profissionais de saúde e atribuiu bônus financeiros e vantagens para a reforma para manter esses profissionais no sistema público¹³. Separou o atendimento de pessoas infectadas com covid-19 das restantes por meio de estruturas exclusivamente dedicadas a essa doença, e as entidades privadas passaram a ter a obrigação de providenciar pessoal, equipamento e estruturas se necessário. Adquiriram-se ventiladores e reorganizaram-se os serviços, conseguindo-se duplicar a capacidade em UTI¹³. Foram, ainda, desenvolvidas diretrizes e ferramentas para permitir que todas as unidades de saúde disponibilizassem serviços de gestão de estresse e prevenção de *burnout* para os seus trabalhadores. A partir de 1º de junho, foram implementadas medidas para a retoma da atividade normal dos serviços, mas com recomendação para privilegiar atendimentos à distância e reorganizar o agendamento para evitar aglomerações de pessoas nos serviços.

Portugal conseguiu aumentar a capacidade de camas de UTI em 25%, a partir de ventiladores comprados, doados ou emprestados. Em relação aos recursos humanos, implementou legislação específica que facilitou a contratação de profissionais de saúde, criou bancos de estudantes da área da saúde e profissionais reformados, e alguns estabelecimentos escolares foram mantidos a funcionar de forma a permitir acolher os filhos de profissionais de setores essenciais. Também, os serviços de saúde foram reorganizados de forma a concentrar o acesso em áreas especializadas para covid-19, para proteger os profissionais de saúde, rentabilizar equipamentos de proteção individual e garantir capacidade laboratorial. Em relação aos lares de idosos e à resposta ante situações de surto, foram utilizados hospitais militares e estruturas hoteleiras, de acordo com as necessidades. Embora a infraestrutura e a organização da rede de lares sejam da responsabilidade de outro ministério, o setor da saúde teve de garantir também essa resposta. Houve, ainda, apelos à indústria para reorientar a sua produção para o fabrico de equipamentos de proteção individual e de ventiladores.

No Reino Unido, inicialmente, todos os testes eram realizados em um único centro. Posteriormente, foi incluído mais um laboratório, e agora esse processo é conduzido em laboratórios da *Public Health England* e *acute trusts*. Os laboratórios privados não foram convocados a contribuir para a expansão da capacidade de testagem até meados de março, e as ofertas de apoio de muitos laboratórios não foram aceitas até abril. Posteriormente, foram criadas cerca de 50 unidades de teste *drive-through* e, para aumentar o acesso, foram disponibilizados *kits* de autoteste. De modo a aumentar a capacidade geral de camas hospitalares de agudos, assim como de camas nas UTI, foi

prevista a utilização de unidades hoteleiras e foram construídos hospitais temporários em várias cidades. Foram também emitidas orientações sobre a aprovação rápida de dispositivos médicos sem marca CE, como ventiladores. Para aumentar a disponibilidade de profissionais de saúde, o NHS recrutou 750 mil voluntários¹⁴, e dezenas de milhares de ex-médicos e enfermeiras expressaram interesse em apoiar a resposta, a par da formação de estudantes finalistas de medicina e enfermagem. A resposta à covid-19 foi, inicialmente, realizada em cinco hospitais especializados em todo o país, considerados aptos para enfrentar o risco de infecção. Equipes especiais foram também designadas para transportar casos confirmados para hospitais. À medida que o número de casos aumentou, os doentes passaram a ser triados para qualquer hospital. Enfermarias e salas cirúrgicas foram transformadas em UTI para aumentar a capacidade instalada¹².

Mecanismos de financiamento

Em termos de financiamento, o modelo alemão baseado em seguros sociais teve de se adaptar a novas formas de remunerar os serviços, desde o pagamento de uma quota por camas não ocupadas, remuneração adicional por nova cama de UTI, por doente e por enfermeiro. Também, nos cuidados ambulatoriais, foram criados mecanismos de proteção financeira pelos serviços não prestados devido à covid-19. Por último, em relação aos seguros sociais dos cidadãos, foram introduzidas alterações de forma a cobrir todos os custos associados a testes laboratoriais e serviços prestados em ambulatório ou em contexto hospitalar¹².

Na Itália, a pandemia foi enfrentada com fundos adicionais para o SNS e para o Departamento de Proteção Civil por meio de financiamento do Estado e atividade filantrópica e de companhias privadas de apoio às regiões, municípios e serviços de saúde. A utilização dos fundos foi facilitada, e foram implementados mecanismos para tornar a utilização do dinheiro transparente¹³.

Na Espanha, foi aprovado, em maio, um novo regulamento que permite que as CA utilizem ou realoquem Fundos Europeus de Desenvolvimento Regional 2014-2020, e foi aprovado um fundo extraordinário, não contabilizado como dívida pública regional, gerido pelas CA, para cobrir despesas extraordinárias com saúde (por exemplo, testes, equipamentos de proteção individual)¹².

O governo francês atualizou os modos de pagamento dos atos relacionados com a covid-19. Os fundos alocados ao seguro de saúde nacional cobrem a maior parte dos custos relacionados com o tratamento da covid-19, sendo que o restante é garantido

pelos coberturas adicionais (contudo, 5% da população não se encontra coberta para os custos adicionais). Desde abril, o teste laboratorial é totalmente reembolsado, seja realizado em contexto hospitalar ou comunitário¹².

O governo português criou uma linha de financiamento específica para a covid-19, introduzindo alterações ao Orçamento de Estado previsto para o setor da saúde. Sendo o sistema de saúde português baseado em um SNS universal e tendencialmente gratuito, todos os cidadãos têm acesso, não tendo custos adicionais relacionados com a realização de testes laboratoriais, por exemplo.

No Reino Unido, foram disponibilizados cerca de 1,6 milhão de libras para apoiar autoridades locais, assistência social e comunidades. Foi estabelecido um fundo de resposta a emergências no valor de 5 milhões de libras, para investir no NHS, segurança social e serviços públicos¹².

Resultados epidemiológicos

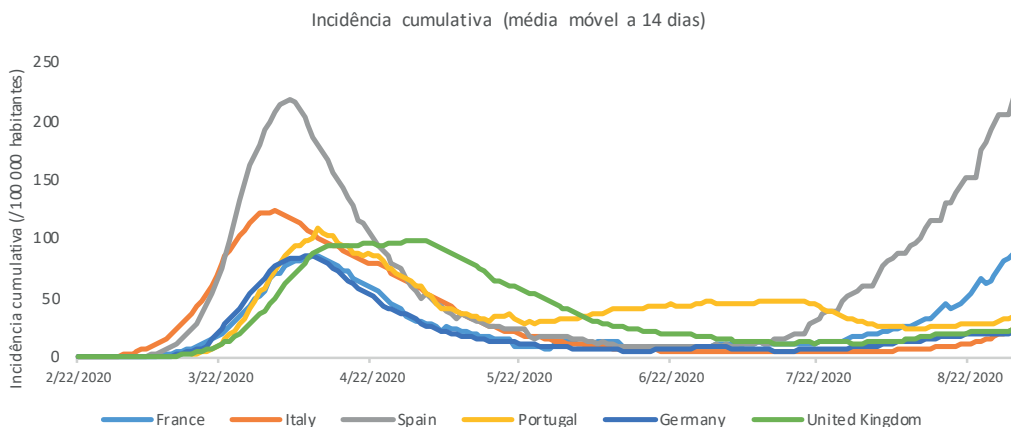
Os resultados da incidência por covid-19 e da mortalidade permitem observar as diferenças de intensidade epidêmica em cada país. Com exceção da Espanha e da Itália (Estados primeiramente afetados), a resposta dos serviços e o comportamento das populações permitiram uma maior distribuição da carga de doença no tempo (Tabela 1 e Figura 1).

Tabela 1. Resumo dos resultados em saúde obtidos nos países em análise

País	Incidência cumulativa a 14 dias por 100 000 hab. (valor máximo)	Incidência cumulativa por 100 000 hab.	Letalidade	Tx mortalidade padronizada por todas as causas por 100 000 hab.	Var. max. (%) Mortalidade
Alemanha	88,7	303,9	3,7	-	13,2
Espanha	221,1	1.119,7	5,6	21,5	154,8
França	86,4	490,9	9,3	21,2	79,3
Itália	124,0	461,9	12,8	22,5	98,2
Portugal	109,0	588,8	3,0	24,7	17,4
Reino Unido	99,3	525,3	11,9	25,5	187,0

Legenda: Valor máximo da incidência cumulativa (média móvel a 14 dias) por 100 mil habitantes, incidência cumulativa por 100 mil habitantes e letalidade por covid-19, até 31 de agosto, taxa de mortalidade padronizada para a idade por todas as causas por 100 mil habitantes (entre 2/01/2020 e 2/05/2020), e variação máxima (%) da mortalidade por todas as causas em relação ao período homólogo nos 10 anos anteriores (ou último ano disponível) (entre 1/01/2020 e 30/06/2020) nos países em análise^{11,15,16}

Figura 1. Incidência cumulativa nos últimos 14 dias, por 100 mil habitantes, nos países em análise, entre 22/02/2020 e 31/08/2020¹⁵



Embora a letalidade apresentada não tenha em conta a estrutura etária de cada país, a Itália, a França e o Reino Unido registam valores mais elevados, comparando com a Espanha (país com incidência cumulativa mais elevada), o que poderá estar associado, por exemplo, ao subdiagnóstico de casos positivos, à circulação do vírus entre grupos etários mais jovens ou a diferenças na capacidade de proteção dos grupos de risco (incluindo lares de idosos). A Alemanha aparenta ter sido o país com maior efetividade na quebra das cadeias de transmissão pelo fato de registar a incidência cumulativa mais baixa, assim como uma baixa letalidade. Portugal, apesar do valor elevado da incidência cumulativa, tem uma letalidade muito baixa, o que poderá estar relacionado com a maior capacidade de deteção de casos ao longo da resposta à pandemia.

Em todos os países analisados, observa-se um aparente excesso de mortalidade entre final de março e abril (Figura 2 e 3), potencialmente provocado direta ou indiretamente pela covid-19 ou outras causas. As evoluções na Espanha (país com maior taxa de mortalidade) e na Itália estão de acordo com o esperado, devido à situação epidemiológica nesses países. No Reino Unido, a evolução da taxa de mortalidade tem um comportamento semelhante à evolução da incidência da covid-19 no país, ou seja, atrasado em relação ao restante dos países em análise. Também se observa um excesso de mortalidade superior ao esperado, comparando com a Espanha. Os países restantes não apresentam resultados anormais, embora Portugal apresente um valor basal (valores em janeiro e início de fevereiro) superior aos restantes.

Figura 2. Taxa de mortalidade padronizada para a idade por todas as causas, por semana, por 100 mil habitantes, nos países em análise, entre 02/01/20 e 02/05/2020¹¹

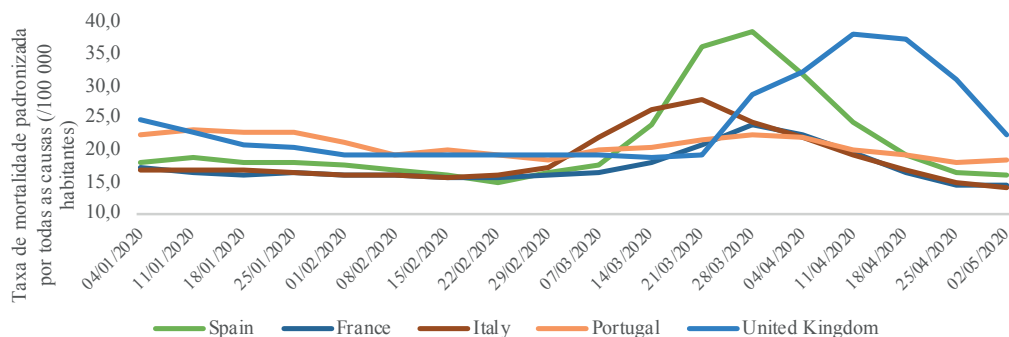
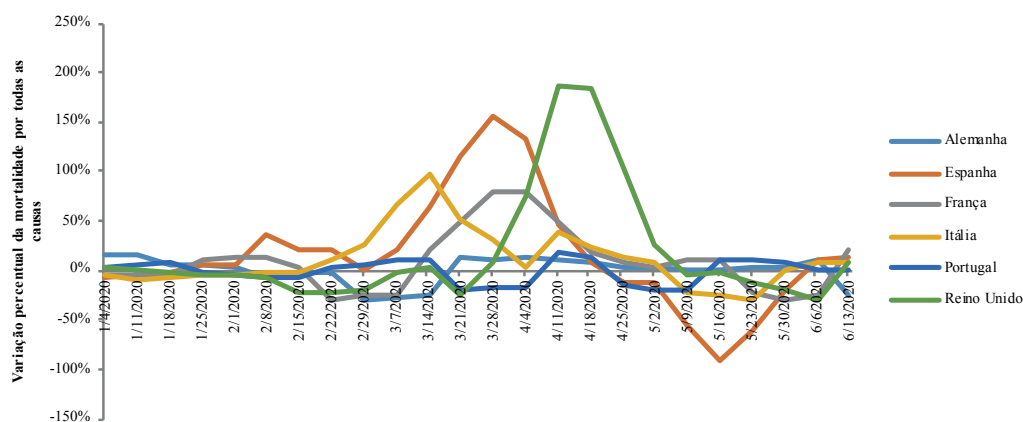


Figura 3. Variação percentual da mortalidade por todas as causas entre 1/01/20 e 30/06/20, por semana, em relação ao período homólogo nos 10 anos anteriores (ou último ano disponível), nos países em análise¹⁶



Discussão

No início de 2020, na fase de preparação, um dos principais objetivos dos países consistia na proteção dos sistemas de saúde para que não ultrapassassem a sua capacidade de resposta, sobretudo no setor hospitalar. Dispensar a ocorrência dos casos no tempo foi um aspecto-chave para a manutenção da oferta em relação à procura, provocada pelas necessidades de saúde de pessoas com covid-19. A Espanha e a Itália tiveram picos de incidência mais altos e podem, por isso, ter ficado próximo do limite de capacidade dos seus sistemas de saúde.

A resposta dos países em termos de incidência de infecção por SARS-CoV-2 variou grandemente. A Espanha foi o país que apresentou piores resultados com alta incidência no final de agosto de 2020 e excesso de mortalidade. Perante a resposta implementada na Itália, os resultados obtidos também ficaram aquém dos encontrados nos demais países, registando uma grande letalidade e um excesso de mortalidade. Já a Alemanha apresentou resultados qualitativamente bons em todos os indicadores. Em Portugal, os resultados traduzem a manutenção da capacidade de resposta do sistema de saúde, com uma baixa letalidade e o segundo menor excesso de mortalidade dos países analisados (a seguir, a Alemanha). Apesar de Portugal registar a segunda maior taxa de mortalidade padronizada por todas as causas, o valor de base já era superior aos dos restantes países, podendo não representar uma consequência da pandemia por covid-19. O Reino Unido, apesar de uma baixa incidência, teve a segunda maior letalidade, a maior taxa de mortalidade padronizada e o maior excesso de mortalidade de todos os países analisados. A França também teve uma baixa incidência, mas uma letalidade e excesso de mortalidade mais elevados do que Portugal e a Alemanha, mas, mesmo assim, inferiores aos do Reino Unido, da Espanha e da Itália.

A organização política dos países e os seus modelos de sistema de saúde podem ter influenciado a resposta e, conseqüentemente, os resultados obtidos, sobretudo em termos da carga de doença. Poder-se-ia pensar que países com um modelo político-administrativo mais centralizado e com modelo de SNS estariam em melhores condições de enfrentar a pandemia, em comparação com países mais descentralizados e com sistemas de saúde dispersos por seguros sociais. Nos países mais descentralizados, as decisões teriam de ser concertadas com as regiões e sem uma aparente decisão centralizada e homogênea em matéria de saúde. O presente estudo não permite retirar essa conclusão. As características e o percurso político, econômico e social de cada país poderão ser fatores determinantes. A estrutura etária da população, a capacidade econômica do país, a relação da população com o Estado, a distribuição e o nível de rendimento, as desigualdades sociais, o desenvolvimento econômico e social, a escolaridade ou as características culturais constituem fatores cuja importância não pode ser esquecida.

Em relação ao desempenho do sistema de saúde, é verdade que, nos países de modelo Beveridge, com sistemas integrados de financiamento e de prestação de cuidados, os poderes públicos estão diretamente envolvidos no planeamento e na gestão dos serviços. A afetação de recursos constitui um instrumento fundamental nas políticas de saúde, procurando ter em conta as necessidades de saúde das populações, utilizando-se, em maior medida, a gestão central. Nos países de modelo Bismarck, as funções do

Estado realizam-se na afirmação dos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e do sistema de prestação de cuidados, na aprovação de medidas de contenção de custos, na acreditação e no controle de qualidade, na responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para os excluídos do sistema de seguros. Todavia, os modelos de sistemas de saúde estão, hoje, mais próximos uns dos outros, não sendo o tipo de sistema de saúde autoexplicativo e suficiente para as respostas diferentes, tampouco espelho da organização política do país.

A satisfação das necessidades de saúde das populações perante a covid-19 é um desafio complexo, principalmente pela incerteza da evolução epidemiológica, sendo diversos os determinantes das várias respostas implementadas. Será na conjugação de todos esses fatores que poderemos encontrar a chave do sucesso ou insucesso dos resultados em saúde provocados pela pandemia, a par da escolha de modelos de organização político-administrativa ou de modelos de sistemas de saúde.

Referências

1. Abduljalil JM, Abduljalil BM. Epidemiology, genome, and clinical features of the pandemic SARS-CoV-2: a recent view. *New Microbes New Infect.* 2020;35:100672.
2. Sakellarides C, Araújo F. A Public Health Strategy for the COVID-19 Pandemic in Portugal: Learning from International Experience. *Acta med. port.* 2020;33(7-8): 56-458. doi: 1020344/amp14130. 2020
3. Hsiang S, Allen D, Annan-Phan S, Bell K, Bolliger I, Chong T, et al. The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature.* 2020;584(7820):262-7.
4. Novais JR. Teoria das formas políticas e dos sistemas de governo. Lisboa: AAFDL;2019.
5. Busse R, Blumel M. Germany: Health system review. *Health Syst Transit.* 2014;16(2):1-296, xxi.
6. Bernal-Delgado E, Garcia-Armesto S, Oliva J, Sanchez Martinez FI, Repullo JR, Pena-Longobardo LM, et al. Spain: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2018;20(2):1-179.
7. Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C. France: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2015;17(3):1-218, xvii.
8. Ferre F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, et al. Italy: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2014;16(4):1-168.
9. Almeida Simoes J, Augusto GF, Fronteira I, Hernandez-Quevedo C. Portugal: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2017;19(2):1-184.

10. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2015;17(5):1-126.
11. Hale T, Angrist N, Cameron-Blake E, Hallas L, Kira B, Majumdar S, et al. Oxford COVID-19 Government Response Tracker [Internet]. Blavatnik School of Government; 2020 [updated 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>
12. World Health Organization. COVID-19 Health System Response Monitor 2020 [Internet]. [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>
13. Organisation for Economic Co-operation and Development. COVID-19 OECD Health System Response Tracker. OECD; 2020.
14. News BBC. NHS volunteers to start receiving tasks. BBC News; 2020.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Download today's data on the geographic distribution of COVID-19 cases worldwide [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 [updated 2020 Sep 14]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/download-todays-data-geographic-distribution-covid-19-cases-worldwide>
16. Eurostat. Mortality [Internet]. Eurostat; 2020 [updated 2020 Sep 14]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

Declaração de conflitos de interesses

Jorge Simões declara ser cônjuge da Ministra da Saúde de Portugal.

André Rosa Biscaia declara ser médico de família no SNS e Coordenador do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde da Direção-Geral da Saúde.

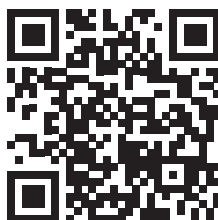
João Paulo Magalhães declara ser médico interno de Saúde Pública no SNS e colaborador da Direção de Serviços de Informação e Análise, da Direção-Geral da Saúde.

António da Luz Pereira declara ser médico de família no SNS, colaborador do Departamento de Contratualização da ARS Norte e auditor do Departamento da Qualidade na Saúde, da Direção-Geral da Saúde.

Gonçalo Figueiredo Augusto declara exercer funções de Técnico Especialista no Gabinete do Secretário de Estado da Saúde do XXII Governo constitucional.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



CAPÍTULO 6

A AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO PÓS-COVID-19: EXEMPLOS PARA A CPLP

Manuel Clarote Lapão¹

*1. Mestre em Desenvolvimento Social e Económico em África pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
Doutorando em Saúde Internacional no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.
E-mail: mlapao@netcabo.pt.*

Resumo

A universalização e a plena concretização dos objetivos e metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas podem ser colocadas em causa pela quebra significativa no financiamento internacional disponível para apoio aos países em desenvolvimento. Essa situação poderá agravar-se por via dos efeitos provocados pela pandemia da covid-19 e consequente aumento de programas não regulares de cooperação, baseados em ações de emergência e humanitárias. A promoção de estratégias de horizontalização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), considerando intervenções com cariz transversal, em um olhar a 360°, que incentivem a promoção de alianças estratégicas, parcerias multisetoriais e multidimensionais, bem como de mecanismos de financiamento partilhados, afigura-se como uma hipótese verossímil para garantir a prossecução do desenvolvimento sustentável. O texto aborda algumas percepções de organismos multilaterais, nomeadamente no âmbito do Sistema das Nações Unidas e instituições de Bretton Woods, e a forma como os instrumentos estratégicos de cooperação setorial criados pela Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP poderão contribuir para induzir cenários de cooperação pós-covid que se alinhem com o cumprimento dos ODS nesta Comunidade.

Palavras-chave: Agenda 2030. ODS. COVID-19. Desenvolvimento Sustentável e Cooperação.

Abstract

The universalization and full realization of the objectives and goals of the United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development can be called into question by the significant drop in international funding available to support developing countries. This situation may be worsened by the effects caused by the COVID-19 pandemic and the consequent increase in non-regular cooperation programs, based on humanitarian and emergency actions. The promotion of horizontalization strategies for the SDGs, considering interventions with a transversal nature, in a 360° view, which encourage the promotion of strategical alliances, multisectoral and multidimensional partnerships as well as shared financing mechanisms, appears as a credible hypothesis to assure the commitment with sustainable development. The article addresses some perceptions of multilateral organizations, namely within the scope of the United Nations System and Bretton Woods institutions, and how the strategic development cooperation instruments

created by CPLP may contribute to boosting post-COVID cooperation scenarios aligned with the accomplishment of the SDGs by this Community.

Keywords: 2030 Agenda. SDG. COVID-19. Sustainable Development and Cooperation.

Há sensivelmente cinco anos, na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque, a comunidade internacional rejubilou-se com a aprovação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas¹. Nessa ocasião, foram enunciados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)² e as metas a eles associados. Como se reconhece, esse temário tem origem nos ensinamentos e lições retirados da aplicação da Agenda do Milénio e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)³, vigentes entre 2000 e 2015. Essa nova Agenda para o Desenvolvimento Sustentável apresenta-se como um instrumento universal, integral e interdependente. Ela é fruto do debate e do trabalho conjunto de governos e sociedade civil de todo o mundo, com o objetivo humanista de criar um modelo que acabe com a pobreza, promova a prosperidade e o bem-estar à escala global e que proteja o ambiente e combata as alterações climáticas. Foram definidos 17 ODS, 169 metas e identificados 232 indicadores. Desse conjunto de indicadores, 27 são referentes as 9 metas que apresentam conexões com a saúde, setor consagrado no âmbito do ODS 3 (saúde de qualidade). Porém, na lógica da horizontalidade e multidimensionalidade dessa Agenda, convirá atentar na formulação de outros ODS que, por via da sua potencial realização, são passíveis de gerar impactos mais positivos na saúde do que aqueles que se perspectivam no âmbito do objetivo dedicado à saúde de qualidade. Essa constatação é comum a praticamente todos os 17 Objetivos. Realce-se que a resolução que adota a Agenda 2030 indica claramente que os 17 ODS são integrados:

“Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas que estamos anunciando hoje (.../...) procuram concretizar os direitos humanos de todos e alcançar a igualdade de género e o empoderamento das mulheres e meninas. Eles são integrados e indivisíveis, e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a económica, a social e a ambiental.”¹

Ora, como se imagina, este desafio implica que os objetivos e a eficácia das políticas destinadas a alcançar este ideário são interdependentes e a necessidade de definir abordagens integradoras capazes de analisar e potenciar os efeitos dinâmicos dessas interdependências.

Em setembro de 2019, na véspera da 74ª Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), que avaliou a execução e progresso na concretização da Agenda 2030⁴, foi conhecido um relatório de um grupo independente de cientistas que indicava que o atual

modelo de desenvolvimento permitiu que centenas de milhões de pessoas alcançassem níveis crescentes de prosperidade, mas que esta foi conseguida à custa da exploração sistemática e abusiva de recursos naturais, o que potenciou, e poderá agravar, situações de crescente desigualdade, colocando em questão o modelo de crescimento econômico como o conhecemos. O “Relatório Global sobre Desenvolvimento Sustentável: o futuro é agora: ciência para alcançar o desenvolvimento sustentável” aponta para a necessidade de elaboração de um plano com o objetivo de reduzir a instabilidade global, o que só será possível compreendendo a relação entre os ODS e os “sistemas concretos que hoje definem a sociedade”⁵. O painel de cientistas que preparou esse relatório indica que o alcance dos ODS exige que o crescimento econômico seja separado da degradação ambiental, ao mesmo tempo que se devem reduzir as desigualdades, evitando mais perdas em “coesão social e crescimento econômico sustentável”. O documento frisa claramente que, mantendo-se a atual taxa de consumo global, será necessário duplicar a utilização dos recursos naturais (de 89 para 167 gigatoneladas), o que resultará em níveis acrescidos de emissão de gases com efeito de estufa (GEE) e outros danos potencialmente irreversíveis ao meio ambiente. Não deixa, por isso, de ser tristemente irônico que a atual conjuntura, provocada pela pandemia da covid-19, tenha tido efeitos mais virtuosos na mitigação dos impactos provocados pela poluição do que uma ação concertada dos poderes políticos à escala global. Esse relatório é também expressivo na forma como assinala que existem várias medidas de intervenção que, na próxima década, podem ser adotadas para acelerar o progresso em direção a vários ODS e respectivas metas. Entre elas, conta-se a melhoria na oferta de serviços básicos, que devem ser disponibilizados universalmente, destacando os setores da saúde, da educação, da infraestrutura de água e saneamento, da habitação e da proteção social, ou seja, todos os que se consideram como pré-requisito para eliminar a pobreza e que estão na base das iniquidades sociais. As recomendações desse Relatório foram apresentadas durante o Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável (HLPF)⁶, na “Cimeira dos ODS”⁷, de 24 e 25 de setembro 2019, que, durante a 74ª AGNU, reuniu chefes de Estado e de governo, na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque.

O relatório do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), António Guterres, de maio de 2019, sobre o progresso em direção aos ODS, submetido à sessão de julho de 2019 do HLPF, sob os auspícios do Conselho Económico e Social das Nações Unidas, identificava já a necessidade urgente de fortalecer a liderança política e a ação multissetorial para que o mundo pudesse trilhar uma trajetória compatível com o cumprimento dos ODS até 2030. Apesar de esse relatório registar que, nos primeiros quatro anos de implementação da Agenda 2030, houve progressos na

identificação de respostas de cariz universal, na priorização pelo governos da integração dos ODS nos planos e políticas nacionais, na definição de arranjos institucionais no apoio à sua implementação e monitorização, no envolvimento da sociedade civil, dos jovens, da academia e do setor privado e no alcance de vários ODS e metas – como, por exemplo, no ODS 3 –, com a diminuição das taxas de mortalidade infantil e progressos no combate à hepatite, o informe também aponta que esses avanços foram demasiadamente lentos. Por exemplo, no ODS 2 (erradicar a fome), aponta que a fome havia aumentado pelo terceiro ano consecutivo e que milhões de crianças sofriam de desnutrição. No ODS 6 (água potável e saneamento), menciona que milhões de pessoas ainda careciam de água potável, saneamento e instalações para lavagem das mãos; e nos ODS 13 (ação climática), 14 (proteger a vida marinha) e 15 (proteger a vida terrestre), considera que as emissões de GEE continuavam a aumentar, que a biodiversidade se perdia a um ritmo alarmante e que o esforço para proteger e restaurar ecossistemas e espécies se encontrava comprometido⁸.

Mas eis que o tempo se movimentou de forma mais rápida do que história, e o mundo foi apanhado de surpresa com o advento de uma nova e desconhecida ameaça à saúde global, quase parecendo o enredo de um filme apocalíptico de um qualquer canal de televisão, mas com a diferença substancial de que o pânico não desaparece quando desligamos o recetor. A identificação, no final de 2019, de um novo coronavírus (SARS-Cov-2) e a consequente declaração pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020, de uma situação de pandemia geraram um cenário emergencial que se traduziu, e continua a traduzir, em uma conjuntura de excepcionalidade e com contornos imprevisíveis, da qual já resultaram novos constrangimentos à continuidade do cumprimento da Agenda 2030. Isso mesmo é atestado por um estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)⁹, de junho de 2020, que indica que, em março de 2020, registou-se uma quebra significativa no financiamento disponível para os países em desenvolvimento, com níveis de retirada de capitais que quase duplicaram os registados após a crise financeira de 2008, o que potenciará impactos muito severos nas populações em situação de maior vulnerabilidade. A essa situação, junta-se a expectativa de que a capacidade de os Estados se poderem financiar por meio da cobrança de impostos venha também a sofrer quedas estimadas em taxas superiores aos valores da desaceleração das respectivas economias. Voltaremos a essa questão um pouco mais abaixo. Em outra análise, em abril de 2020, o Programa Alimentar Mundial (PAM) alertava-nos para o fato de a pandemia poder fazer duplicar o número de pessoas que passam fome no mundo, apontando para a hipótese de o número de pessoas afetadas pela fome poder subir para os 265 milhões em 2020, um aumento de

135 milhões ante 2019¹⁰ (WFP, 2020), percepção essa que viria a ser corroborada pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO)¹¹.

A edição de 2020 do Relatório sobre o progresso no alcance dos ODS^{12,13}, submetido pelo Secretário-Geral da ONU ao HLPF¹⁴, viria a confirmar esses dados, indicando, de forma contundente, que os progressos anteriormente registados ficaram estagnados ou foram revertidos, com o aumento do número de pessoas que passam fome, crescimento dos níveis de desigualdade e aceleração dos impactos sobre as alterações climáticas. Como se esperaria, nesse relatório, de maio de 2020, são também enumerados diferentes impactos causados pela pandemia covid-19, considerando que estes colocam em risco o progresso em direção aos ODS. Sem supressa, o documento regista que os países menos desenvolvidos (Least Developed Countries – LDC), os países em desenvolvimento sem litoral (Landlocked Developing Countries – LLDC), os pequenos Estados insulares em desenvolvimento (Small Island Developing States – SIDS) e os países em situações de emergência humanitária ou frágeis são os mais afetados. Essa fragilidade resulta de sistemas de saúde débeis, esquemas de proteção social e taxas de cobertura muito exíguas, recursos financeiros e outros escassos, vulnerabilidade acentuada a choques ou alterações repentinas de conjuntura e níveis elevados de dependência do comércio internacional. Nesse documento, o Secretário-Geral da ONU insta a que

“tanto quanto possível os ganhos recentes sejam protegidos e que se promova uma recuperação verdadeiramente transformadora do COVID-19, que reduza o risco de crises futuras e aproxime muito o desenvolvimento inclusivo e sustentável, necessário para cumprir os objetivos da Agenda 2030 e o Acordo de Paris sobre Alterações Climáticas”.

Essa percepção seria reiterada no prefácio feito pelo Secretário Geral para o Relatório de 2019, da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Alterações Climáticas (CQNUAC), lançado em 21 de agosto de 2020, no qual refere que os líderes mundiais, no esforço de recuperar e aliviarem os impactos econômicos e sociais provocados pela covid-19, devem projetar a sua ação em um caminho mais sustentável e inclusivo, que enfrente as alterações climáticas, proteja o meio ambiente, reverta a perda de biodiversidade e garanta a saúde e a segurança da humanidade em longo prazo¹⁵.

O Banco Mundial, em um relatório conhecido em junho de 2020, sobre perspectivas de orientação para 2050, no âmbito da recuperação da economia no período pós-covid, retoma várias das constatações acima expostas, centrando a sua reflexão em quatro abordagens focadas no cumprimento das metas de descarbonização, recomendando a incorporação de prioridades e planeamento climático de longo prazo: a) nas estruturas macroeconômicas dos países, para que orientem a política fiscal e os principais investimentos nacionais no combate e mitigação dos riscos climáticos; b) nos orçamentos e estruturas de despesas nacionais, para que exista apoio orçamental ade-

quado, otimização na utilização de recursos públicos e aplicação de fluxos financeiros privados; c) nas regulamentações e incentivos para o setor financeiro, para garantir que o setor seja resiliente aos impactos das mudanças climáticas e aos riscos de transição para uma economia de baixo carbono; e d) no planeamento de sistemas, para integrar e harmonizar políticas de clima com a necessidade e inclusão económica e social¹⁶.

Os relatórios das agências das Nações Unidas e do Banco Mundial formulam análises que são coincidentes com a ousada proposta apresentada pelo Grupo de Roma em 2019, retomada em 2020, que convidou as nações a declarar uma emergência planetária e a adotar um “Plano de Emergência Planetário”, ancorado na necessidade urgente de, pelo menos, reduzir para metade as emissões de GEE até 2030, em uma lógica de proteção de bens comuns globais e da saúde humana (THE CLUB OF ROME, 2020)¹⁷ⁱ. Essa pretensão encontra eco nos cálculos da Global Footprint Network, que indicou que, em 2020, o “Dia da Sobrecarga do Planeta”, o dia a partir do qual a Humanidade passa a usar um “cartão de crédito ambiental”, chegou a 22 de agosto¹⁸ⁱⁱ.

Como nos refere Manuel Ennes Ferreira,

“nas últimas décadas, nomeadamente a partir do final do século passado, o sistema de cooperação internacional tem vindo a ser crescentemente testado, para não dizer desafiado. Uma das principais razões reside nas consequências que a globalização desenfreada tem introduzido nas relações internacionais abalando um status quo correspondente”¹⁹.

Com efeito, a grave crise económica e social provocada pelo advento deste coronavírus constitui, efetivamente, um enorme teste à exequibilidade dos “benefícios” da globalização como a conhecemos, uma vez que esta, para além de, por exemplo, ter promovido uma economia global interconectada e uma profunda interdependência entre empresas e nações, também permitiu a rápida disseminação de doenças contagiosas, levando a que as nações descobrissem o quão frágeis e vulneráveis são a choques e a alterações conjunturais inesperadas provocadas por fenômenos disruptivos no domínio da saúde pública.

O Fundo Monetário Internacional (FMI), em uma revisão efetuada em junho de 2020 à edição de abril do seu “World Economic Outlook”, considera que o impacto da pandemia covid-19 na primeira metade de 2020 teve um efeito sobre a atividade eco-

i. O Plano de Emergência Planetário é apoiado pela parceria de emergência planetária, uma rede que compreende 220 organizações da sociedade civil, de âmbito nacional e internacional. Desde 2019 que a rede vem apelando aos governos e à ONU para que declarem uma emergência planetária e adotem um plano de ação. A parceria começou em 2019, com o Clube de Roma, o Potsdam Institute for Climate Impact Research e a World Wide Fund for Nature (WWF), e cresceu substantivamente desde o advento da pandemia covid-19.

ii. De acordo com esta entidade, a resposta mundial à covid-19 levou à redução da Pegada Ecológica da Humanidade e ao adiamento da data do Dia da Sobrecarga do Planeta em cerca de três semanas, em comparação com o ano passado. Os confinamentos causados pelo coronavírus tiveram como consequência a redução da Pegada Ecológica global em quase 10%. No entanto, ainda são usados os recursos naturais equivalentes a 1,6 planeta Terra.

nômica mais negativo do que o previsto e que a recuperação será mais lenta do que se antecipava. Nesse documento, o Fundo projeta que o crescimento global será de -4,9%, ou seja, 1,9% abaixo das previsões de abril. Para 2021, o Fundo projeta um crescimento global de 5,4%. No geral, isso deixaria o produto interno bruto (PIB) de 2021 cerca de 6,5 pontos percentuais abaixo das projeções pré-covid-19, realizadas em janeiro de 2020. O FMI indica, ainda, que o impacto adverso sobre as famílias de baixa renda é já particularmente agudo, colocando em risco o progresso significativo conseguido na redução da pobreza extrema no mundo desde década de 1990²⁰. Essas informações foram corroboradas pelas Nações Unidas, no final de maio, que, nessa ocasião, indicava que o PIB mundial deveria cair 4,9%; o investimento direto estrangeiro, 40%; e as remessas, 20%. Indicavam ainda que, no segundo trimestre do ano, as horas de trabalho diminuiriam 14%, o equivalente a uma perda de 400 milhões de empregos em tempo integral, e que o comércio global de mercadorias se tinha contraído em 18,5%²¹.

Não esquecendo que, nos próximos anos, o cenário macroeconômico será de grande exigência – com impactos que ainda não se conseguem antever na sua plenitude – e que os níveis de financiamento internacional para o cumprimento dos ODS têm ficado aquém da expectativa, também não se poderá omitir que a aprovação da Agenda 2030 ofereceu uma oportunidade para uma maior reflexão sobre a necessidade de tornar o mundo mais justo e inclusivo, não se podendo descartar todo o acervo e debate dos últimos cinco anos. Antes pelo contrário. Existem hoje evidências claras dos benefícios que poderiam resultar na adoção de novos modelos, por exemplo, ao nível da economia circular e regenerativa, que poderia ser impulsionada: a) por reduções no consumo e na produção; b) pelo encerramento ou desmantelamento de indústrias, cadeias de valor e processos de produção ineficientes; c) pela internalização das externalidades; e d) pela melhoria e regeneração do uso dos solos e transformação do sistema energético.

Tal com alertava o Secretário-Geral da ONU, no passado dia 18 de julho, por ocasião das celebrações do “Dia de Mandela”²²,

“[...] a ameaça da pandemia COVID-19 põe-nos a todos em perigo, em todos os lugares e, especialmente, os mais vulneráveis. Diante desses desafios, os líderes mundiais precisam reconhecer a importância vital da unidade e da solidariedade [...], precisamos combater esta pandemia de desigualdade por meio de um novo contrato social para uma nova era [...]”.

A formulação desse anseio e aspiração contrasta claramente com as declarações de Peter Marks, funcionário sênior da Agência norte-americana de Alimentos e Medicamentos (Food and Drug Administration – FDA) que, durante um painel de debate, em junho de 2020, tornou célebre uma metáfora em que comparava a provisão global de vacinas contra a covid-19 com a queda de máscaras de oxigênio em um avião despres-

surizado. Disse ele: “*Você coloca primeiro a máscara em si e depois procura ajudar os outros o mais rápido possível*”. A principal diferença é, claro, como foi de imediato reconhecido por diferentes analistas, que as máscaras de oxigênio, em aviões em processos de emergência e em despressurização, não caem apenas na classe executiva, que poderá ser o que acontecerá quando as vacinas forem eventualmente disponibilizadas e os governos regulamentarem o seu acesso a grupos profissionais e sociais predefinidos ou negociarem a sua disseminação por outros países.

Como será então possível dar continuidade à implementação da Agenda 2030 em um cenário pós-covid-19? Para tanto, julga-se importante analisar e debater percepções e visões sobre os impactos globais dessa doença no alcance dos ODS. Essa premência terá estado na origem da iniciativa “Financiamento para o Desenvolvimento na Era do COVID-19 e além”, convocada pelo Secretário-Geral das Nações Unidas, conjuntamente com os Primeiros-Ministros do Canadá e da Jamaica, realizada em 28 de maio de 2020²¹. Nesse evento, que juntou os Estados-Membros das Nações Unidas e várias instituições internacionais, foram criados grupos de trabalho sobre os seguintes tópicos: a) Financiamento externo e remessas, Empregos e crescimento inclusivo; b) Melhor recuperação para a sustentabilidade; c) Liquidez global e estabilidade financeira; d) Vulnerabilidade da dívida; Compromisso de credores do setor privado; e f) Fluxos financeiros ilícitos. O trabalho desses grupos ainda prossegue, e os resultados das suas deliberações serão disponibilizados em uma reunião de Ministros das Finanças, que se prevê realizar em 8 de setembro de 2020. O produto dessa conferência ministerial será depois submetido a uma reunião de cúpula, à margem da 75ª Sessão da AGNU, cuja realização se encontra apazada para ter início a partir do dia 15 de setembro de 2020.

Parece, portanto, que o sistema multilateral se tem mobilizado para poder prestar algum tipo de respostas. No que diz respeito à saúde, no caso particular do Sistema das Nações Unidas (SNU), houve uma reação tempestiva; e, entre janeiro e maio de 2020, foram aprovados alguns instrumentos orientadores sobre o tema covid-19 que se revelaram muito pertinentes no suporte à definição de diferentes políticas e orientações que foram sendo adotadas em nível internacional. A título de exemplo, focamos apenas dois. Desde logo, em fevereiro de 2020, com a aprovação do “Plano Estratégico da OMS para o COVID-19” (COVID-19 Strategy), atualmente em revisão²³. Esse plano tem como objetivo primordial a mobilização de todos os setores e comunidades para garantir uma resposta conjunta e articulada à pandemia. Meses depois, em maio de 2020, a 73ª Assembleia Mundial da Saúde aprovaria a resolução “Resposta ao COVID-19”²⁴, que expressa a profunda preocupação dos países pela morbidade e mortalidade causadas pela pandemia da covid-19, os seus efeitos negativos na saúde física e mental e no bem-

-estar social, as repercussões negativas na economia e na sociedade, com a consequente exacerbação das desigualdades dentro dos países e entre eles. De forma clara, esse documento sublinha que é dos governos a responsabilidade primordial pela adoção e aplicação de respostas à pandemia. Convirá, contudo, não olvidar outros documentos e orientações, igualmente aprovadas em contexto multilateral, até maio de 2020, que foram muito importantes no contexto do enquadramento da saúde global em cenário de covid-19ⁱⁱⁱ.

Outrossim, por que será esse enquadramento tão significativo para o cumprimento dos ODS por parte dos países que compreendem a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)? Desde logo, pela expressão do papel que deve ser desempenhado pelos governos e pelo enquadramento horizontal da problemática. Essa constatação entronca em diversas questões e dificuldades estruturais que caracterizam os países que compõem essa Comunidade. Por exemplo, aquelas que radicam na sua delicada competitividade econômica, muitas vezes exponenciada pelo fardo da dívida, no apreciável grau de dependência externa para a observância das metas internacionais de que são subscritores e na dificuldade de integração dos desafios que se colocam aos respetivos processos de desenvolvimento em políticas públicas. Essas questões poderão ser exponenciadas por fatores complementares, como a volubilidade e a dificuldade em assegurar continuidade no processo de tomada de decisão e ação política, persistência de consideráveis assimetrias econômicas e sociais e deficiente atendimento da voz da sociedade civil. Não sendo esses desafios exclusivos dos Estados-Membros da CPLP e, independentemente dos reptos nacionais que se colocam ao cumprimento dos 17 ODS e respectivas metas por parte destes países, em um cenário pós-covid ou de convivência com o SARS-Cov-2, não subsistem dúvidas de que a cooperação internacional se apresenta como uma via incontornável para o enquadramento de projetos e ambições que mitiguem as debilidades estruturais inventariadas e suficientemente conhecidas. Em uma lógica de responsabilidades partilhadas e diferenciadas, estas poderão ser mais bem atendidas caso se elejam lógicas de cooperação comunitária e

iii. Neste contexto multilateral, outros documentos igualmente relevantes foram aprovados. Destacamos os seguintes: a) Março de 2020: Plano estratégico das Nações Unidas, dirigido a todas as agências, com o título: “Shared Responsibility, Global Solidarity: Responding to the socio-economic impacts of COVID-19”, que coloca a saúde num contexto de resposta mais amplo e prioriza as ações a serem tomadas por todas as agências do sistema, com destaque para a OMS25; b) 2 de abril de 2020: Resolução 74/270 da AGNU: “Solidariedade mundial para lutar contra a enfermidade pelo coronavírus de 2019 (COVID-19)” que “solicita ao SNU, sob a liderança do Secretário-Geral, que trabalhe com todos os agentes relevantes para mobilizar uma resposta global à pandemia e seu impacto adverso, de natureza social, económico e financeiro em todas as sociedades”26; c) 20 de abril de 2020: Resolução 74/274 da AGNU: “Cooperação internacional para garantir o acesso mundial aos medicamentos, vacinas e equipamento médicos para enfrentar a COVID-19”27; d) Abril de 2020: Plano Estratégico de Preparação e Resposta da OMS e o Plano Mundial de Resposta Humanitária à COVID-1924,23; e) Abril de 2020: “Diretrizes de planeamento operacional para apoiar a preparação e resposta do país”, preparadas pela OMS28; e f) Maio de c2020: Curso on-line sobre “Diretrizes de planeamento operacional para apoiar a preparação e resposta do país”, preparadas pela OMS29.

definem alianças estratégicas regionais e/ou internacionais para a sua concretização no médio e longo prazo.

Partindo deste potencial contexto, de alargamento de parcerias e de coligação internacional, identificam-se em seguida, a título de exemplo, alguns tópicos que, nos próximos anos, julgamos poderem vir a ser sensíveis na prossecução da ODS em uma nova ordem internacional pós-covid. Alguns desses temas poderão vir a ser considerados pela diplomacia em saúde e serão relevantes não apenas para o contexto da CPLP, mas para o mundo todo.

Em um quadro em que, desde o início da pandemia, as relações entre duas das maiores potências da atualidade – os Estados Unidos da América (EUA) e a China – se tornam cada vez mais tensas (situação que se tem adensado no contexto pré-eleitoral vivido nos EUA e, particularmente, pelas reiteradas declarações de Donald Trump e Mike Pence), levantam-se questões quanto ao papel que ficará reservado ao multilateralismo, nomeadamente no espaço de uma conjuntura em que se assiste a um crescimento exponencial do nacionalismo e de posições isolacionistas nas relações internacionais. Dessa constatação, resultam várias desconfianças quanto ao papel que poderá ser desempenhado pelas agências e organizações internacionais e respectivo grau de vinculação com as recomendações e resoluções delas emanadas. No caso concreto do ODS 3, o crescimento do isolacionismo, o desatendimento de princípios universais de direitos humanos e o enfraquecimento do papel social do Estado, das novas cidadanias e da sociedade civil poderão criar dificuldades à consideração dos insumos para uma saúde de qualidade como “bens públicos globais”^{iv}, o que se oferece como pertinente, por exemplo, com já mencionado, no contexto da produção e distribuição das vacinas para o SARS-Cov-2. Essa percepção tem sido abundantemente clamada pelas intervenções públicas do Diretor-Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, constando, aliás, de vários documentos já citados^{26,27} bem como dos seus briefings semanais com a imprensa sobre a evolução do combate à pandemia.

De acordo com informação constante do “Vaccine Centre” da “London School of Hygiene & Tropical Medicine”, em 24 de agosto de 2020, havia 234 vacinas candidatas em desenvolvimento, embora nenhuma tivesse concluído os ensaios clínicos para provar sua segurança e eficácia. Desse agregado, 197 encontram-se em estágio pré-clínico. Desse elenco, 36 vacinas foram já anunciadas ou estão em fase de testes clínicos, sendo que 7 delas já iniciaram a Fase III, e 30 ainda se encontram na Fase I ou II³¹.

iv. Em 14 de Agosto de 2014, em uma declaração conjunta do Conselho Internacional de Controle de Narcóticos (INCB), da OMS e do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), foi feito um apelo aos governos para garantir que a aquisição e o fornecimento de medicamentos controlados nos países atendam às necessidades dos pacientes, daqueles que têm covid-19, mas também dos que requerem medicamentos controlados internacionalmente para outras condições médicas²⁹.

O que é fato é que, embora se antecipe ainda algum tempo até que um ou mais desses candidatos provem ser seguro e eficaz e estejam prontos para entrega, os países que fabricam vacinas (e os países mais ricos que não o fazem) aceleraram processos de competição internacional para garantir sucesso no seu acesso^v. Essa percepção parece ser confirmada pelas conclusões da 4ª reunião do Comitê de Emergência do COVID-19, convocado pelo Diretor-Geral da OMS, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) que, no final de julho, destacou “a longa duração prevista” para a pandemia da covid-19, observando a “importância da concretização de esforços sustentados de resposta a nível comunitário, nacional, regional, e global”³⁶. Porém, os investimentos em curso para a produção e vulgarização de uma vacina não aparentam considerar questões sociodemográficas e a progressão da doença nos grupos socioeconômicos mais desfavorecidos, em que se verificam maiores iniquidades sociais, visando à continuidade no alargamento das assimetrias de desenvolvimento. Por outro lado, em um contexto em que a propagação do vírus parece acelerar à escala global, em um cenário que alguns consideram como de “uma segunda vaga”, também valerá a pena perguntar que reflexões têm sido produzidas sobre a necessidade de também continuar a olhar para doenças transmissíveis como HIV/aids^{vi}, tuberculose, hepatites, malária, doenças preveníveis pela vacinação e doenças tropicais negligenciadas, entre outras, bem como para as doenças não transmissíveis como as cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes.

Em um cenário de potencial enfraquecimento da OMS ou de incapacidade no cumprimento do seu papel (ou até em complemento com a sua ação), seria relevante pensar em uma estratégia inovadora, que poderia passar pela replicação de um modelo

v. Em 10 de agosto de 2020, a Rússia, sob a desconfiança da OMS e de vários peritos internacionais, informou ter chegado a uma vacina eficaz, iniciando a sua produção e distribuição tendo, entretanto, celebrado acordos com cerca de 20 países, incluindo o Brasil. Em 14 de agosto, a Comissão Europeia chegou a um primeiro acordo com a empresa farmacêutica AstraZeneca para comprar uma vacina potencial contra covid-19. Uma vez que a vacina provou ser segura e eficaz contra essa doença, a Comissão, em nome de Estados-Membros da EU, acertou as bases de um quadro contratual para a compra de 300 milhões de doses da vacina AstraZeneca, com opção de compra de mais 100 milhões. Esse contrato entrou em vigor em 27 de agosto de 2020, na sequência da assinatura formal do contrato entre as partes. Essa aquisição prevê mecanismos de doação para países de baixa e média renda ou redirecionamento para outros países europeus. Isso segue os passos positivos em relação à conclusão das negociações com a Sanofi-GSK, a Johnson & Johnson, a CureVac e a Moderna³²⁻³⁴. Também durante esse mês, foi aprovada, pelo Gabinete de Propriedade Intelectual da China, a primeira patente de uma candidata a vacina contra a covid-19. A vacina, na terceira fase de testes, foi desenvolvida pelo Instituto Científico Militar e pela empresa biofarmacêutica chinesa CanSino Biologics, e começou a ser usada no final de junho no Exército chinês. Os resultados da segunda fase de testes clínicos da vacina mostraram que é segura e induz uma resposta imune contra o coronavírus, segundo uma investigação publicada no final de julho, no *The Lancet*³⁵.

vi. Leia-se a informação (pouca) que se encontra disponível e que relata os processos negociais, nem sempre transparentes ou na lógica de “bem público global”, desenvolvidos entre governos e laboratórios farmacêuticos para o investimento na investigação e potencial disponibilização de vacinas e medicamentos para atender, por exemplo, o HIV/aids (ainda sem vacina, mas com a existência de medicamentos evoluídos do ponto de vista paliativo), a Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS (ainda sem vacina, mas com medicamentos eficazes disponíveis) e a Síndrome Respiratória do Médio Oriente – MERS (ainda sem vacina e sem medicamentos específicos).

do tipo Organização do Tratado do Atlântico Norte (Otan/Nato) para o setor da saúde. Nesse novo paradigma, todos os signatários deveriam interpretar uma ameaça de saúde a um membro como uma ameaça global ao seu conjunto e deveriam comprometer-se a integrar esforços conjuntos e solidários para um “ataque” à questão. Isso permitiria alinhar e harmonizar os níveis de prontidão, bem como os recursos operacionais dos signatários, daí podendo resultar uma maior eficácia e rapidez na resposta a emergências, uma atuação geográfica mais alargada, melhor racionalização e gestão dos custos de operação e maior sustentabilidade dos resultados. Do exposto, resultam questões importantes relativas à propriedade intelectual de vacinas, tratamentos, modelos de cálculo etc., para os quais seria necessário procurar garantir o acesso universal, oportuno, justo, equitativo, seguro e eficaz. O mesmo se diga para todos os produtos essenciais, incluindo os seus componentes e precursores, necessários na resposta a esta pandemia e às que virão. Esses princípios e preocupações foram retomados com o lançamento, em 2 de julho de 2020, do “Movimento de Equidade Sustentável em Saúde”, que congrega redes e pessoas de todas as regiões, culturas e profissões em torno do princípio ético do direito universal à saúde³⁷. A questão da propriedade intelectual também será relevante para a necessidade crescente de alargar a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e das ferramentas de conexão digital (ODS 9, Indústria, Inovação e Infraestruturas; e ODS 17, Parcerias para a implementação dos objetivos), bem como para a definição de novos modelos de negócio e funcionamento da economia. Em contraponto, essas temáticas identificarão a necessidade de incrementar níveis acrescidos de cibersegurança e de proteção de dados.

A pandemia da covid-19 representa uma ameaça única e geracional para a população mundial. Trata-se de um evento que gerou situações disruptivas e de alto impacto. Embora este não seja o primeiro surto de uma doença a espalhar-se pelo mundo, é o primeiro em que os governos têm empregado recursos econômicos em uma escala raramente antes vista. Porém, as respostas mais eficazes não têm sido de cariz médico ou medicamentoso, mas, sim, de cunho comportamental (distanciamento físico e social, higienização das mãos, uso de máscara e etiqueta respiratória) e no âmbito das restrições à mobilidade e circulação (quarentena e confinamento). Considerando as diferentes visões e estratégias que os países vêm adotando para esses fins, com inevitáveis consequências e impactos ao nível da economia³⁸, equaciona-se o papel crucial que a diplomacia desempenhará na definição de eventuais corredores sanitários, cuja importância ficou já demonstrada, por exemplo, para o fomento da indústria do turismo, e na mediação de conflitos daí resultantes^{vii}. Ligada a essa questão, encontra-se igualmente

vii. Entre junho e agosto de 2020; e, no caso concreto do relacionamento entre Portugal e o Reino Unido, esta matéria motivou

a necessidade de definição de cadeias de valor mais curtas com programas de substituição de importações e incremento de modelos de produção nacional, restringindo a circulação de mercadorias, o que pode colocar em questão acordos já firmados.

No caso concreto da CPLP, e apesar das dificuldades elencadas, em uma lógica de mitigação dos impactos provocados pela covid, os recursos e o patrimônio natural e humano disponíveis permitem ambicionar uma distinção que poderia ser positiva em um melhor atendimento da concretização da Agenda 2030 e dos seus ODS. Para que tal se pudesse materializar, poder-se-ia equacionar a promoção de uma lógica de intervenção com caráter amplamente transversal – um olhar a 360° – em que os esforços políticos encorajassem as ligações funcionais que se podem estabelecer entre diferentes ODS, em uma estratégia de complementaridade, sustentabilidade e aproveitamento mais eficiente das parcerias e oportunidades de financiamento que sejam identificadas. Em suma, um modelo horizontal que contribua decisivamente para a eliminação da pobreza e redução das iniquidades sociais. No âmbito da CPLP, o sucesso dessa estratégia estará dependente do fortalecimento do trabalho em rede entre o setor público, a sociedade civil, as instituições do terceiro setor, a academia e o setor privado, o que contribuiria para que as instituições se possam tornar cada vez mais fortes, eficazes e inclusivas, garantindo a paz social, a justiça, a educação e cuidados de saúde de qualidade.

Apontaremos, em seguida, algumas pistas sobre alguns ODS que, no espaço de cooperação da CPLP, poderão concorrer de forma mais evidente para uma melhor concretização do objetivo geral da Agenda 2030 e dos ODS: a promoção das diferentes dimensões do desenvolvimento sustentável (social, econômico, ambiental), a promoção da paz, da justiça e de instituições eficazes.

Começamos pela identificação do potencial dos sistemas alimentares, essenciais para a atividade econômica, que estão na base do que precisamos para viver e trabalhar. No entanto, algo estranhamente, há muito que os macroeconomistas os ignoram, na crença de que a indústria agroalimentar global, agora altamente mecanizada, subsidiada e concentrada, oferece tudo o que poderíamos desejar quando se trata de alimentos. As imagens recentes de consumidores em pânico, de prateleiras de supermercado vazias e de enormes filas em bancos alimentares vieram recordar-nos como os sistemas alimentares são importantes nas nossas vidas e como eles se podem rapidamente desestruturar e desequilibrar.

diligências ao mais alto nível, considerando as restrições que o governo britânico colocou à deslocação de turistas para Portugal (bem como para outros países) e o impacto econômico daí resultante. Essa tensão diplomática ficaria sanada na segunda metade desse mês, com a evolução demonstrada pela situação epidemiológica em Portugal e com o Reino Unido a abrir os corredores turísticos entre os dois países.

No âmbito do ODS 2 (Erradicar a fome), a CPLP deveria consolidar em definitivo a sua “Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional – ESAN-CPLP”³⁹, promovendo mecanismos de apoio ao reforço dos sistemas alimentares da CPLP, particularmente daqueles que têm origem na agricultura familiar e das comunidades rurais enquanto fontes produtoras de alimentos sustentáveis, cultivados com base nas expressões culturais e sociais conhecidas. Esses sistemas deveriam ser considerados como bens públicos a proteger e a promover, mediante a construção de redes de intercâmbio de conhecimentos e da valorização desse patrimônio alimentar e cultural. Esse alinhamento deveria ser feito por via da criação de quadros institucionais e legais que pudessem candidatar-se a apoios, por exemplo, da iniciativa “Sistemas Importantes do Patrimônio Agrícola Mundial – SIPAM”, da FAO⁴⁰, com o propósito de promover a preservação dinâmica da agrobiodiversidade e a valorização dos conhecimentos tradicionais.

A integração de ações nacionais, regionais e internacionais de conservação da diversidade biológica nos setores agrícolas da CPLP contribuiriam para a proteção e promoção da biodiversidade e conhecimentos tradicionais associados e para a criação de uma agricultura resiliente e ambientalmente responsável⁴¹. Esses ativos poderiam ser complementados com programas de incentivo à prática de uma alimentação adequada, nutritiva e sustentável e promoção de dietas equilibradas, baseadas nos regimes alimentares e de produção locais⁴². Haverá, ainda, que considerar o enorme potencial existente na CPLP para a produção de alimentos com base nos recursos do oceano, não apenas de pescado, mas também para a produção e exploração de “novos” alimentos, tendo como base diversas plantas e algas marinhas, bem como a produção de insetos e larvas para consumo humano e animal.

Por outro lado, quando pensamos no impacto provocado pela pandemia, nomeadamente aos pequenos agricultores, por fatores como a interrupção dos insumos agrícolas, acesso aos mercados, atrasos na colheita e no plantio, não podemos deixar de reiterar a importância e o potencial de cooperação existente nesse setor, particularmente considerando os avanços já conhecidos na CPLP nessa matéria. No entanto, essa cooperação é também desejável quando se analisam as perdas de eficiência das operações ao longo da cadeia de abastecimento alimentar global, altamente centralizada e operando numa base de abastecimento “*just-in-time*”, claramente ineficaz para responder a situações de choque ou crise agroalimentar. Ademais, essa percepção é consistente com a urgência já identificada pela FAO e o PAM que, nos países em desenvolvimento, esperam que uma “pandemia de fome” e uma duplicação do número de pessoas famintas possa em breve eclipsar o impacto do coronavírus, a menos que sejam adotadas medidas urgentes que possam alterar a realidade⁴¹. Essa informação reforça a preocupação

exposta pela FAO, em 2019, no seu relatório “Estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Mundo”, que indicava que, em 2018, cerca de 820 milhões de pessoas padeciam de fome. Esse contingente chocante contrasta de forma impressionante com os 600 milhões de pessoas classificadas como obesas e com os 2 mil milhões com sobrepeso. Esse vasto contingente tem origem na prática de dietas desequilibradas que se podem associar ao surgimento de enfermidades como obesidade, diabetes, cancro e doenças cardiovasculares que comprometem a saúde imunológica⁴³. Hoje, pessoas imunodeprimidas e desnutridas em todo o mundo sofrem desproporcionalmente as consequências letais da covid-19, com os enormes encargos económicos e sociais daí advindos: sobrecarga sobre os serviços de saúde pública, desemprego, perda de rendimento e aumento da dívida pública. Todos esses exemplos evidenciam a clara horizontalidade do ODS 2 e o seu impacto em quase toda a cadeia de ODS (ODS 3, 7, 8, 12, 13, 15 e 16), que nos parece demasiadamente evidente, para não ser atendida em um cenário de cooperação pós-covid. Essa constatação consta, aliás, da Declaração da II Reunião Extraordinária do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (Consan-CPLP)³⁹.

Quanto ao ODS 3 e ao potencial de cooperação aí residente, a CPLP tem em curso um “Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP 2018-2021 – PECS-CPLP”⁴⁴ que é enfático ao considerar que, em consonância com “intersectorialidade entre todos os ODS, faz-se necessário um diálogo estruturado com os demais ODS, particularmente daqueles que mais influenciam a saúde, para que se alcance integralmente o enunciado do ODS 3”. A propósito, esse reconhecimento foi reiterado e politicamente retomado nas conclusões da V Reunião dos Ministros da Saúde da CPLP, realizada em Lisboa, em 13 de dezembro de 2019, que salientou ser

“fundamental alcançar o ODS 3 e as metas relacionadas com a Saúde nos demais ODS, particularmente com a redução de desigualdades, a promoção de sociedades justas, pacíficas e inclusivas e com a construção de parcerias, promovendo assim vidas saudáveis e bem-estar ao longo da vida”⁴⁵.

Essa reunião também identificou que

“os Estados-Membros da CPLP dispõem de bons modelos de organização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e que a definição de estratégias de priorização e troca de experiências neste tema é um elemento objetivo e estruturante na prossecução dos ODS, na otimização de recursos e na promoção dos cuidados universais de saúde”

e que era sua ambição “promover concertadamente a concretização do ODS 3 e o alcance das metas a ele associadas bem como a concretização das metas relativas à saúde constantes dos restantes ODS”. Essa tomada de posição da CPLP encontra-se, aliás, em linha com a adoção pela AGNU, em 10 de outubro de 2019, da Resolução 74/2,

que endossa a Declaração política da “Reunião de alto nível sobre cobertura universal de saúde”⁴⁶. A prossecução do ODS 3 na CPLP apresenta assim espaços de cooperação, comunitários e multilaterais multinível, que se mostram como estruturantes e indutores do desenvolvimento sustentável em matérias como os cuidados primários de saúde, a resposta a situações de urgência e emergência, a equidade em saúde e a consideração da saúde como um bem público global, aspectos, na verdade, consagrados nos propósitos do PECS-CPLP 2018-2021 e claramente alinhados com a intensificação da cooperação no pós-covid, em uma lógica de prossecução e garantia de direitos universais.

Os ODS 4, 5 e 8 (Educação de Qualidade, Igualdade de Género e Trabalho Digno e crescimento Económico) devem ser encarados pela CPLP não apenas como desafios, mas, acima de tudo, como oportunidades para a criação de um ambiente conducente ao desenvolvimento sustentável. Investir na educação e garantir um acesso livre, equitativo e com igualdade de acesso à educação de base, técnica, profissional e superior de qualidade contribuirá para o aumento das competências e habilidades técnicas e profissionais que promoverão o acesso ao emprego produtivo, a um trabalho decente e ao fomento do empreendedorismo. Essas são condições essenciais para aumentar e assegurar a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres e para garantir a sua participação plena e efetiva em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, económica e pública⁴⁷. A ligação entre essa dimensão de ODS e os demais é também óbvia e conducente a diferentes iniciativas de cooperação. Além disso, se ela é clara em um cenário de normalidade, ainda mais premente se revela no cenário pós-covid. Em uma época em que tantas pessoas ao redor do mundo precisam manter distância social e ficar em casa, fazendo com que um vasto número de crianças não possam frequentar a escola, a educação contínua deve ser assegurada, em uma lógica de igualdade de oportunidades e de acesso entre meninos e meninas. O poder da cultura e o poder do conhecimento para fortalecer o tecido humano e a solidariedade são bens e valores essenciais da CPLP que poderão ser reforçados por novas políticas de ensino a distância, ciência aberta e compartilhamento de conhecimento, uma vez que a educação será a base de uma sociedade mais justa no mundo pós-covid. A CPLP possui visões estratégicas de cooperação para os setores da Educação e Igualdade de Género e um trabalho robusto de parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em matérias como, por exemplo, a proteção social, o combate ao trabalho infantil, o trabalho digno, o diálogo social tripartido e a informalidade da economia, que já promovem um trabalho harmonizado e a partilha intersectorial dos desafios abordados por esses tópicos⁴⁸.

Considerando a existência na CPLP de um rico património natural e de uma apreciável expressão de biodiversidade, a que se agrega o fato de todos os seus Estados-

-Membros serem ribeirinhos e quatro deles insulares, existe uma oportunidade invulgar de poder trabalhar de forma integrada temas na interseção dos ODS 6, 7, 13, 14 e 15 (Água potável e saneamento, Energias renováveis e acessíveis, Ação Climática, Proteger a Vida Marinha e Proteger a Vida Terrestre) e da sua potencial ligação aos ODS 2 e 3, já anteriormente debatidos.

A ciência é objetiva, e várias têm sido as contribuições que apontam para a ligação muito clara, integrada e interdependente entre clima, biodiversidade e saúde pública. Assuntos como a gestão sustentável de recursos hídricos, a transição energética sustentável e a descarbonização da economia, o combate à desertificação, a mitigação das alterações climáticas, a criação de espaços de reserva da biosfera, o combate ao lixo marinho, o aproveitamento das oportunidades da economia azul e uso sustentável dos recursos marinhos, a conservação dos ecossistemas e o travão à perda de biodiversidade e sua valorização são temas já enquadrados em planos estratégicos de cooperação da CPLP, como o “Plano Estratégico de Cooperação em Ambiente da CPLP (PECA)”, a “Estratégia da CPLP para o Oceano”, a “Carta da CPLP para o Lixo Marinho”, o “Plano Estratégico de Cooperação em Energia (PECE)”, bem como nos projetos já realizados e em curso na área dos recursos hídricos. A importância de acelerar a cooperação nesses tópicos é claramente apontada nos relatórios mencionados no início deste texto, fundamentalmente no que toca ao cumprimento das metas de descarbonização e ao planeamento climático de longo prazo – e se dúvidas existissem quanto à importância decisiva dessas matérias para a sustentabilidade do desenvolvimento, bastaria considerar as diferentes notícias e relatórios tornados públicos nos últimos meses que evidenciam que, com os países em isolamento ou confinamento e com a paralisação da atividade industrial, bem como com a redução de deslocamentos, reduziram-se os níveis globais de poluição¹⁸. Entretanto, o coronavírus, além de ser uma ameaça à saúde pública, também se está a tornar uma ameaça real ao meio ambiente, com o descarte, descontrolado e eticamente irresponsável, de máscaras desinfetantes, luvas, géis etc., Por outro lado, estudos recentes de vários institutos de água e institutos nacionais de saúde demonstram a importância clara da monitorização e gestão sustentável dos recursos hídricos, processos que podem contribuir para identificação precoce e aviso prévio sobre a presença de agentes indutores de doença nos aquíferos e águas residuais⁴⁹. Esse trabalho é também absolutamente essencial para assegurar um abastecimento de água potável e de qualidade, razões mais do que óbvias para a CPLP reforçar a cooperação que já realiza com sucesso nesses setores.

Como último exemplo, haverá que identificar o potencial inerente ao desenvolvimento de várias atividades de cooperação no espaço da CPLP, no pós-covid, no âmbito

do ODS 17 (parcerias para o desenvolvimento), uma vez que existe uma oportunidade ímpar de acelerar esforços de investimento em ciência e tecnologia para o desenvolvimento. De fato, o aumento do conhecimento científico por via do desenvolvimento de capacidades de investigação e transferência de tecnologia, aproveitando sinergias de iniciativas já em curso em diferentes polos de investigação, de ciência e conhecimento da CPLP (universidades, institutos, centros, laboratórios etc.), encorajando, solidaria e eticamente e com equidade^{viii}, a partilha de conhecimento e de recursos científicos e tecnológicos, poderá ser conseguido por via da aceleração dos mecanismos de cooperação Norte-Sul, Sul-Sul e triangular, já executados pela cooperação da CPLP. Essa abordagem deveria ser seguida com o propósito de disseminar o acesso à ciência, tecnologia e inovação e aumentar a partilha de conhecimento, em termos mutuamente acordados, mediante uma melhor coordenação entre os mecanismos existentes e a criar. O “Plano Estratégico de Cooperação Multilateral no domínio do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia da CPLP (2014-2020)” e as decisões mais recentes da Reunião dos Ministros do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia da CPLP⁵² enquadram essa visão, encorajando o aumento da capacitação em ciência, tecnologia e inovação e o aumento do uso de tecnologias de capacitação, em particular das TIC, cuja pertinência e cujo potencial ficaram claramente demonstrados, se é que ainda existiam dúvidas quanto a isso, nos meses mais severos de quarentena. A transformação digital da CPLP é um desafio que está enquadrado por uma visão estratégica, explanada na “Agenda Digital da CPLP”, que aborda o potencial estratégico desse setor para a Comunidade e ilustra a ideia da ampla transversalidade e aplicação dessas tecnologias a praticamente todos os setores de cooperação e desenvolvimento da CPLP⁵³.

Não obstante, se esse pode ser um contexto interessante para um alinhamento virtuoso entre as propostas da agenda internacional e as prioridades para o desenvolvimento sustentável dos Estados-Membros da CPLP, o que a realidade próxima nos transmite é que se revela muito desafiante projetar qualquer tipo de planeamento no pós-covid-19, seja em médio, seja em longo prazo. Do ponto de vista da cooperação internacional, a conjuntura covid trouxe algumas incertezas quanto à disponibilização que poderá ser feita de insumos para o desenvolvimento sustentável e se tal conjuntura implicará (ou não) um reforço de atividades de ajuda de emergência e humanitária, em detrimento da programação de modelos regulares de cooperação para o desenvolvimento. Embora as economias avançadas tenham implementado uma resposta de polí-

viii. A IV Reunião dos Ministros da Saúde da CPLP, realizada em Brasília, em outubro de 2017, aprovou uma Resolução sobre a “Adoção dos princípios da Iniciativa de Equidade em Investigação (IEI)”, tal como proposta pelo Council on Health Research for Development (COHRED)⁵⁰, que orienta para a criação de mecanismos que criam transparência, permitem uma aprendizagem global acerca do que realmente funciona e que promovem a adoção de melhores práticas científicas e de investigação⁵¹.

tica fiscal e monetária sem precedentes para lidar com a crise, a resposta política nos países em desenvolvimento tem sido mais frágil, uma vez que persiste a necessidade de continuar a atender ao pagamento do serviço da dívida externa, enquanto a entrada de divisas também diminuiu. Nesse contexto, os países em desenvolvimento enfrentam o duplo desafio de financiar a resposta à pandemia e evitar uma grande crise da dívida, que poderia atrasar o progresso em direção aos ODS por muitos anos. Questões como o perdão da dívida e da concessão de moratórias de crédito para os países em desenvolvimento foram debatidas durante a conferência ministerial virtual de alto nível “Enfrentando a crise Covid-19: restaurando fluxos sustentáveis de capital e financiamento robusto para o desenvolvimento”, realizada em 8 de julho de 2020, em uma iniciativa conjunta do Fórum de Paris e a presidência saudita do G20⁵⁴. Essa conferência foi convocada no seguimento das conclusões de uma reunião do G20, de abril de 2020, na qual os ministros das finanças e os responsáveis dos Bancos Centrais das maiores economias do mundo decidiram suspender o pagamento da dívida dos países mais pobres até ao final de 2020⁵⁵. Aliás, durante essa conferência virtual, a Diretora Geral do FMI, Kristalina Georgieva, e o Presidente do Grupo Banco Mundial, David Malpass, retomaram apelos anteriores sobre a necessidade de aliviar os mecanismos em curso para a cobrança do serviço da dívida ou o seu perdão, recordando as implicações desse cenário nas economias dos países em desenvolvimento, o que revela uma postura pouco comum às tradicionais intervenções dos representantes das instituições de Bretton Woods⁵⁶. David Malpass reiteraria esse tom em uma entrevista concedida à Agência France Press, em 20 de agosto de 2020, na qual destacou que entre 70 e 100 milhões de pessoas podem entrar em situação de pobreza extrema, número que pode aumentar se a pandemia piorar ou durar muito tempo. Ademais, nesse espaço, retomou propostas prévias nas quais instou os credores a reduzir a dívida dos países pobres e a prorrogar, até 2021, a moratória sobre o pagamento da dívida, aprovada pelo grupo do G20 em abril⁵⁷. Estes entendimentos encontram-se, aliás, plasmados nos relatórios que, desde maio de 2020, têm sido tornados públicos pelo Relator Especial das Nações Unidas sobre pobreza extrema e direitos humanos, Olivier De Schutter, que tem alertado para o potencial aumento do número de pessoas a viver em situação de pobreza (com rendimento abaixo dos 2,7 Euros/dia) num cenário pós COVID, que poderá chegar aos 176 milhões de pessoas.⁵⁸

Quando se escrevem estas linhas, é muito difícil antecipar se deste contexto de incerteza resultará a identificação de novos modelos de cooperação que, partindo de cenários de cooperação Norte-Sul, Sul-Sul, Norte-Sul-Sul, triangular ou quadrangular, traduzam novas parcerias e oportunidades para o desenvolvimento sustentável. No caso da CPLP, todas essas estratégias parecem oferecer caminhos válidos para reflexão, uma

vez que permitem a ponderação de variadíssimas hipóteses de cooperação, quer de âmbito comunitário, quer com um vasto e diferenciado número de parceiros de desenvolvimento. Essa percepção está ancorada no potencial residente, ainda por explorar, para o desenvolvimento de iniciativas conjuntas e partilhadas, que possam juntar, por iniciativas de cooperação: a) os Estados e organizações internacionais que formalizaram mecanismos de parceria com a CPLP por via da obtenção do estatuto de observador associado⁵⁹; b) o painel diferenciado de entidades que beneficiam do estatuto de observador consultivo⁶⁰; e c) as inúmeras redes temáticas multinível e as plataformas de cooperação multissetorial constituídas no espaço da Comunidade. A essa realidade, haverá, ainda, que agregar o singular número de acordos, protocolos e convênios assinados pela CPLP com diferentes entidades e organizações, incluindo várias organizações do SNU, organizações com cariz multilateral e diversas estruturas da sociedade civil⁶¹. Por último, mas não menos importante, haverá igualmente que ponderar o crescimento acentuado que se projeta para a população da CPLP até 2050⁶², o que contribuirá para a edificação de um largo contingente de população jovem, particularmente em Angola e Moçambique, contrariando as tendências globais para o envelhecimento da população e problemas associados a esse fenómeno, criando uma reserva populacional muito significativa para ancorar esforços de desenvolvimento sustentável nas próximas décadas.

Na edição de julho-agosto da *Foreign Affairs*, em um texto em que impera um tom muito cético e uma forte crítica às lideranças autoritárias^{ix}, Francis Fukuyama lança um olhar muito crítico ao desempenho dos governos democráticos e autoritários, nomeadamente à forma como adotaram medidas extraordinárias para conter o contágio, aumentando o seu controle e exercício sobre o poder. Fukuyama não deixa, porém, de reservar algum espaço para otimismo, apontando que, em última instância, a atual conjuntura poderá ser propícia à renovação da cooperação internacional multilateral para a promoção de interesses comuns. Para concretizar a sua mensagem, indica, como exemplo, o aprofundamento que se verificou nas redes colaborativas entre cientistas e funcionários da saúde pública em todo o mundo. Contudo, para que esse movimento positivo se possa aprofundar, refere que, para além da identificação de recursos adequados e suficientes, será necessária a cristalização de processos de aprendizagem social (combatendo a democratização da autoridade e a clivagem social muito fomentada por via das redes sociais), a geração de amplos consensos sociais e o aparecimento de líderes

ix. Neste texto, Fukuyama confronta-nos com a ideia de que a pandemia pode levar à erosão contínua da ordem internacional liberal e ao ressurgimento do fascismo em todo o mundo. Todavia, também indica que daqui pode surgir um renascimento da democracia liberal, um sistema que, considera, “muitas vezes confundiu os cétricos, mostrando notável poder de resiliência e renovação”⁶³. Surge esta nota a propósito da evocação em Portugal, em 24 de agosto de 2020, dos 200 anos da Revolução Liberal de 1820, que marcou o fim do absolutismo em Portugal, com a ratificação e implementação da primeira Constituição portuguesa em 1822, pilar fundamental da construção da democracia nesse país.

competentes e que inspirem confiança⁶³. Idêntica percepção é transmitida em um artigo publicado na *The Lancet*, em 19 de agosto de 2020, que alude ao ressurgimento do nacionalismo e aos desafios daí resultantes para as funções de governo, de respeitar, proteger e cumprir o ideário dos direitos humanos para a concretização de avanços na saúde pública. Essa constatação parte da indicação de que, em resposta à pandemia covid-19, alguns governos violaram os direitos humanos e minaram a governança global, adotando posições isolacionistas em uma época em que a solidariedade global é absolutamente necessária⁶⁴.

Vem essa alusão a propósito dos desafios que se colocam à plena concretização da Agenda 2030 nos próximos anos, agora adensada pela necessidade de atender à conjuntura provocada pelo advento da covid-19. Somos da opinião que a comunidade internacional possui não apenas os instrumentos como também o grau de maturidade necessário para conseguir ultrapassar um dos maiores constrangimentos que se colocaram ao desenvolvimento e ao Estado de direito. Para isso, será necessário enquadrar um caminho de refundação do sistema multilateral, promovendo a renovação de lideranças e uma melhor coordenação entre si, encorajando o surgimento de novas provedorias para os direitos humanos e criando momentos de diálogo para o aparecimento e o fortalecimento de novas cidadanias globais, cada vez mais comprometidas com o espaço público e capacitadas para participar nos processos de tomada de decisão, cumprindo-se assim com o propósito do ODS 16 (Paz, justiça e instituições eficazes). Tal como nos alerta o artigo da *The Lancet* acima citado, ao preparar a próxima geração de líderes, a educação em direitos humanos fornece uma base necessária para o compromisso com a saúde pública. Para tanto, será necessário que a próxima geração de líderes revigore o compromisso com os direitos humanos por meio da prática da saúde pública e advogue políticas baseadas em direitos que garantam a responsabilização dos governos⁶⁴.

O espaço de cooperação que se oferece para sedimentar o “verdadeiro” desenvolvimento sustentável é amplo e constitui uma oportunidade clara para que o novo normal seja um melhor normal. A CPLP possui em si o potencial para fomentar uma liderança nesse processo transformador, apresentando-se como um agente de relações internacionais que poderá ser cada vez mais procurado para a formalização de parcerias, alianças estratégicas e realização conjunta e coordenada de diferentes atividades de cooperação para o desenvolvimento sustentável. Parafraseando o Secretário-Geral da ONU, no relatório sobre o progresso dos ODS em 2020, “Tudo o que fizermos durante e depois da crise provocada pelo COVID-19, deve ser com um forte foco na construção de sociedades e economias mais iguais e sustentáveis, que sejam mais resistentes em face de pandemias, mudanças climáticas e a muitos outros desafios globais que en-

frentamos”¹². E no ano em que se celebra o 75º aniversário das Nações Unidas, seria esperançoso poder marcar o início de um novo ciclo para o desenvolvimento sustentável, criando condições para que, em definitivo, seja possível assegurar o compromisso filosófico subjacente à Agenda 2030, de que ninguém deve ficar para trás.

Referências

1. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly (A/RES/70/1) [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
2. United Nations Regional Information Centre for Western Europe. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2015 [citado 2020 Sep 30]. Disponível em: <https://unric.org/pt/Objetivos-de-Desenvolvimento-Sustentavel/>
3. United Nations. United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly No. 55/2 (A/55/L.2). Agenda item 60 (b). New York: United Nations General Assembly. [Internet]. 2000 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>
4. United Nations. Allocation of agenda items for the seventy-fourth session of the General Assembly. [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://undocs.org/en/A/74/252>
5. United Nations. The Future is Now: Science for Achieving Sustainable Development [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 30]. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24797GSDR_report_2019.pdf
6. United Nations. High-level Political Forum (HLPF) on Sustainable Development under the auspices of the General Assembly. Accelerating the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgsummit>
7. United Nations. SDG Summit [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 30]. Available from: The <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgsummit>
8. United Nations. Report of the Secretary-General on SDG Progress [Internet] 2019 [cited 2020 Sep 30]. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24978Report_of_the_SG_on_SDG_Progress_2019.pdf

9. Organization for Economic Co-operation and Development. The impact of the coronavirus (COVID-19) crisis on development finance. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-impact-of-the-coronavirus-covid-19-crisis-on-development-finance-9de00b3b/>
10. World Food Programme. COVID-19 will double number of people facing food crises unless swift action is taken [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]]. Available from: <https://www.wfp.org/news/covid-19-will-double-number-people-facing-food-crises-unless-swift-action-taken>
11. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Emerging data suggest COVID-19 is driving up hunger in vulnerable countries [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <http://www.fao.org/news/story/en/item/1280414/icode/>
12. United Nations. Report of the Secretary-General on SDG Progress [Internet] 2020 [cited 2020 Sep 30]. [Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf>
13. United Nations. Platform of the Global SDG Indicators Database. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>
14. United Nations. High-level Political Forum on Sustainable Development (HLPF) [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/hlpf>
15. United Nations Framework Convention on Climate Change, the Kyoto Protocol and the Paris Agreement (2020). United Nations Climate Change Annual Report 2019. Available from: <https://unfccc.int/>
16. International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank (World Bank Outlook 2050 Strategic Directions Note: Supporting Countries to Meet Long-Term Goals of Decarbonization. Equity [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33958?locale-attribute=es>
17. The Club of Rome. Planetary Emergency 2.0. Securing a New Deal for People, Nature and Climate. In partnership with Potsdam Institute for Climate Impact Research. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://clubofrome.org/impact-hubs/climate-emergency/planetary-emergency-plan-2-0/>
18. Global Footprint Network. Earth Overshoot Day Fell on August 22 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://www.footprintnetwork.org/>
19. Ferreira E. Cooperação internacional e Covid-19, uma janela de oportunidade? A Pandemia de COVID-19 e os Desafios Do Desenvolvimento. Revista da Plataforma Portuguesa das ONGD

[Internet]. 2020 [citado 2020 set 30];(20 esp):5-6. Disponível em: <https://www.plataformaongd.pt/revista>

20. International Monetary Fund. World Economic Outlook Update. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune202030>.

21. United Nations. Initiative on Financing for Development in the Era of COVID-19 and Beyond. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://www.un.org/en/coronavirus/financing-development>

22. United Nations Regional Information Centre for Western Europe. Secretary-General's Message on the occasion of Nelson Mandela International Day [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://unric.org/en/nelson-mandela-international-day-2020/>.

23. World Health Organization. COVID-19 strategy update - 14 April 2020. COVID-19 strategic preparedness and response [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-strategy-update--14-april-2020>

24. World Health Organization. COVID-19 response [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_CONF1Rev1-en.pdf

25. United Nations. Shared Responsibility, Global Solidarity: Responding to the socio-economic impacts of COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_report_socio-economic_impact_of_covid19.pdf

26. United Nations. Global solidarity to fight the coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Resolution adopted by the General Assembly on 2 April 2020 Resolution No. 74/270. Agenda item 123. New York: United Nations General Assembly. Available from: 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://undocs.org/en/A/RES/74/270>

27. United Nations. International cooperation to ensure global access to medicines, vaccines and medical equipment to face COVID-19 [Internet]. Resolution adopted by the General Assembly on 20 April 2020 Resolution No. 74/274 (A/55/L.2). Agenda item 123. New York: United Nations General Assembly. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://undocs.org/en/A/RES/74/274>

28. World Health Organization. COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan. Operational Planning Guidelines to Support Country Preparedness and Response [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30] Available from: <https://extranet.who.int/sph/docs/file/4220>

29. World Health Organization. COVID-19: Operational Planning Guidelines and COVID-19 Partners Platform to support country preparedness and response [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep

30]. Available from: <https://openwho.org/courses/UNCT-COVID19-preparedness-and-response-EN>

30. World Health Organization. INCB, WHO and UNODC statement on access to internationally controlled medicines during COVID-19 pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30] Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/14-08-2020-incb-who-and-unodc-statement-on-access-to-internationally-controlled-medicines-during-covid-19-pandemic>

31. London School of Hygiene & Tropical Medicine. COVID-19 vaccine development pipeline. Vaccine Centre. Updated [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: https://vac-lshtm.shinyapps.io/ncov_vaccine_landscape/

32. European Commission. Coronavirus: Commission reaches first agreement on a potential vaccine. Press release [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_1438

33. European Commission. Coronavirus: the Commission signs first contract with AstraZeneca [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_20_1524

34. European Commission. Estratégia da UE para as vacinas contra a COVID-19. Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho Europeu, e ao Banco Europeu de Investimento [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0245&from=EN>

35. Feng-Cai Z, Xu-Hua G, Yu-Hua L, Jian-Ying H, Tao J, Li-Hua H. Immunogenicity and safety of a recombinant adenovirus type-5-vectored COVID-19 vaccine in healthy adults aged 18 years or older: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. *Lancet* [Internet]. 2020;396(10249):479-88. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31605-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31605-6).

36. World Health Organization. Statement on the fourth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30] Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/01-08-2020-statement-on-the-fourth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/detail/01-08-2020-statement-on-the-fourth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19))

37. Global Movement for Sustainable Health Equity [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://www.sustainablehealthequity.org/>

38. International Monetary Fund. How will the world be different after COVID-19? Six prominent thinkers reflect on how the pandemic has changed the world Finance and Development. Equity [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fan->

dd/2020/06/pdf/how-will-the-world-be-different-after-COVID-19.pdf

39. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional da CPLP (ESAN-CPLP) [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4755.aspx>

40. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Globally Important Agricultural Heritage Systems – GIAHS [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <http://www.fao.org/giahs/giahsaroundtheworld/en/>

41. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Conclusões do Fórum Internacional Territórios Relevantes para Sistemas Alimentares Sustentáveis [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4447.aspx?Action=1&NewsId=8452&M=NewsV2&PID=10872> e em <http://www.fisas.org/> e

42. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Resolução sobre o “Fomento de sistemas alimentares sustentáveis e promotores de alimentação saudável”. V Reunião dos Ministros da Saúde da CPLP [Internet]. 2019 [citado 2020 set 30] Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4447.aspx?Action=1&NewsId=8649&M=NewsV2&PID=10872>

43. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The State of Food Security and Nutrition in the World [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf>

44. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-2370.aspx>

45. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa Declaração Final. V Reunião dos Ministros da Saúde da CPLP [Internet]. 2019 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4447.aspx?Action=1&NewsId=8649&M=NewsV2&PID=10872>

46. United Nations. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019. Resolution No. 74/2. Agenda item 126 [Internet]. New York: United Nations General Assembly; 2019 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://undocs.org/en/A/RES/74/2>

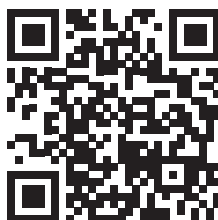
47. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2020). Global Education Steering Committee: How to Make the case for Safeguarding Investment in Education [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://en.unesco.org/news/global-education-steering-committee-how-make-case-safeguarding-investment-education>

48. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Planos Estratégicos de Cooperação Setorial da CPLP em vigor [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4176.aspx>
49. Science Business.net. Sewage could be early warning system for COVID-19. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://sciencebusiness.net/covid-19/news/sewage-could-be-early-warning-system-covid-19>
50. Council on Health Research for Development [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <http://www.cohred.org/frc/>
51. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Resolução sobre a “Adoção dos princípios da Iniciativa de Equidade em Investigação (IEI)”. IV Reunião dos Ministros da Saúde da CPLP [Internet]. 2017 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4447.aspx?Action=1&NewsId=5428&M=NewsV2&PID=10872>
52. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Portal do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia da CPLP [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4627.aspx>.
53. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Agenda Digital da CPLP. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4209.aspx>
54. France. Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance de France. Conferência “Enfrentando a Crise COVID-19 - Restaurando Fluxos Sustentáveis de Capital e Financiamento Robusto para o Desenvolvimento: Conferência Ministerial de Alto Nível. Fórum de Paris e a presidência saudita do G20. [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2020/07/07/live-video-tackling-the-covid-19-crisis-restoring-sustainable-flows-of-capital-and-robust-financing-for-development-high-level-ministerial-conference-on-8-july>
55. British Broadcasting Corporation. Coronavirus: G20 delays poor nations' debt payments. By Andrew Walker. BBC World Service economics correspondent [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://www.bbc.com/news/business-52292249>
56. The World Bank. World Bank Group President David Malpass: Remarks at the High-Level Ministerial Conference on Debt. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/news/statement/2020/07/08/world-bank-group-president-david-malpass-remarks-at-the-high-level-ministerial-conference-on-debt>
57. Le Figaro. Le Covid-19 pourrait entraîner 100 millions de personnes dans l'extrême pauvreté. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/le-covid-19-pourrait-entraîner-100-millions-de-personnes-dans-l-extreme-pauvrete-20200821>

58. De Schutter, Extreme Poverty and Human Rights. UN Special Rapporteur (2020-2026). [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://srpoverty.org/>
59. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Observadores Associados da CPLP [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-2765.aspx>
60. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Observadores Consultivos da CPLP [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-2766.aspx>
61. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Acordos, Convénios e Protocolos celebrados pela CPLP [Internet]. 2020 [citado 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-3871.aspx>
62. United Nations Population Fund. Division of Communications and Strategic Partnerships. State of World Population [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 30]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_EN_State_of_World_Population.pdf
63. Fukuyama F. The Pandemic and Political Order. It Takes a State. Foreign Affairs. Council on Foreign Relations [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: https://www.foreignaffairs.com/articles/world/2020-06-09/pandemic-and-political-order?utm_medium=newsletters&utm_source=summer_reads&utm_campaign=summer_reads_2020_newsletter&utm_content=20200823&utm_term=fa-summer-newsletter-20200702
64. Gostin L, Daniely T, Huffstetler HE, Williams CR, Meier BM. The shibboleth of human rights in public health. *Lancet Public Health*. 2020;5(9):e471-e472. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30182-1.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



CAPÍTULO 7

O BRASIL E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Fernando Passos Cupertino de Barros¹
Jurandi Frutuoso Silva²
Nereu Henrique Mansano³

1. Médico; mestre e doutor em Saúde Coletiva; Coordenador Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; membro do Conselho do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa; Coordenador da Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional dos Observadores Consultivos da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa; fernandocupertino@gmail.com.

2. Médico; mestre em Saúde Coletiva; Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); jurandi.frutuoso@conass.org.br.

3. Médico; mestre em Saúde Coletiva; Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); nereu@conass.org.br.

Resumo

O ensaio discorre sobre o enfrentamento da pandemia da covid-19 no Brasil. Apresenta uma descrição do cenário inicial; a evolução da doença; os aspectos político-institucionais; as ações desencadeadas e seus resultados; os aspectos epidemiológicos e de vigilância em saúde; a dimensão assistencial; as repercussões sociais e econômicas e os principais desafios que ainda se apresentam no presente e aqueles que virão no futuro. Destaca, ainda, o papel dos níveis federal, estadual e municipal na gestão da saúde, o que foi feito no sistema de saúde para responder às necessidades da população no contexto da pandemia, seus limites e potencialidades.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. pandemia de Covid-19. saúde pública.

Abstract

This paper discusses coping with the covid-19 pandemic in Brazil. It presents a description of the initial scenario; the evolution of the disease; the political-institutional aspects; the actions triggered and their results; epidemiological and health surveillance aspects; the assistance dimension; the social and economic repercussions and the main challenges that still present in the present and those that will come in the future. It also highlights the role of the federal, state and municipal levels in health management, which was done in the health system to respond to the needs of the population in the context of the pandemic, its limits and potential.

Keywords: Brazilian health system. Covid-19. public health.

Introdução

A pandemia da covid-19 representa o maior desafio enfrentado pela saúde pública em escala mundial, nos últimos cem anos¹. O desconhecimento sobre o comportamento do novo coronavírus (seus modos de transmissão; sua capacidade e velocidade de disseminação e a falta de evidências sólidas de efetividade de agentes terapêuticos capazes de combatê-lo) determinou muitas incertezas e tropeços na adoção de ações que pudessem ter freado sua propagação pelo mundo². No Brasil, o desafio de enfrentar a pandemia foi ainda amplificado pela dimensão geográfica, pelas gritantes diferenças regionais, sobretudo as carências sociais, bem como pelo peso relativo das doenças crônicas não transmissíveis prevalentes na população³.

O Ministério da Saúde (MS) atuou imediatamente a partir da detecção dos rumores sobre a doença emergente. Em 22 de janeiro, foi acionado, no âmbito do MS, o Centro de Operações de Emergência (COE), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), para harmonizar, planejar e organizar as atividades e ainda monitorar a situação epidemiológica. Diferentes setores do governo foram mobilizados, e diversas ações foram implementadas, incluindo a elaboração de um plano de contingência. Em 3 de fevereiro de 2020, a infecção humana pelo novo coronavírus foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin)⁴.

No contexto da América Latina, ao avaliar o conteúdo e o tempo das respostas das principais políticas emergenciais de proteção social, editadas pelo governo federal do Brasil e de outras economias, tais como Argentina, Chile, Colômbia, México e Peru, como respostas à crise sanitária e social causada pela covid-19, temos o destaque da Argentina e do Chile, onde a resposta foi mais ágil e coordenada e, por conseguinte, lograram maior sucesso no controle da pandemia até o momento. O Brasil, a despeito do grande número de medidas sanitárias e gastos anunciados na proteção social, alinha-se com o México como sendo os países que mais tardaram em suas respostas, que detêm as piores trajetórias de contágio e mortalidade pela doença até o presente. Fica evidente que a agilidade na adoção de medidas emergenciais de proteção social é essencial para proteger populações vulneráveis na atual pandemia, e um fator decisivo para o sucesso das medidas necessárias a combatê-la⁵.

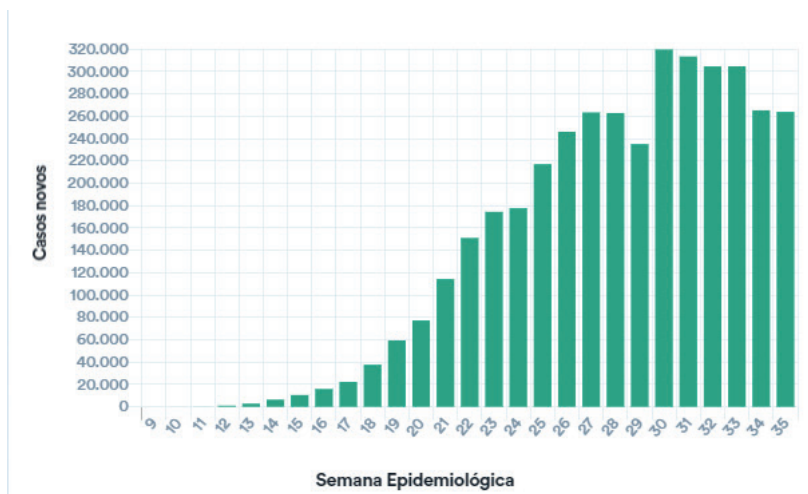
Aspectos epidemiológicos

O primeiro caso registrado de covid-19 no Brasil ocorreu em 26 de fevereiro de 2020. Entretanto, no período entre 22 e 27 de fevereiro, três cepas do coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) já haviam sido identificadas, antes mesmo da adoção de medidas protetoras não farmacológicas, entre as quais, o distanciamento físico, proibições de viagens e uso de equipamentos de proteção individual (EPI). Possivelmente, por já haver circulação das cepas virais no Brasil, isso influenciou o quadro mais precoce e intenso em capitais como São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza e Manaus⁶. Os primeiros casos confirmados foram de pessoas de maior renda, com histórico de regresso recente de viagens ao exterior. A doença propagou-se rapidamente e atingiu as comunidades mais pobres das grandes cidades e, posteriormente, expandiu-se para o interior do país.

Em 20 de março, o MS declarou a existência de “transmissão comunitária” em todo o território nacional⁷, muito embora, naquele momento, diversas regiões do Brasil ainda não tivessem contabilizado qualquer caso ou óbito.

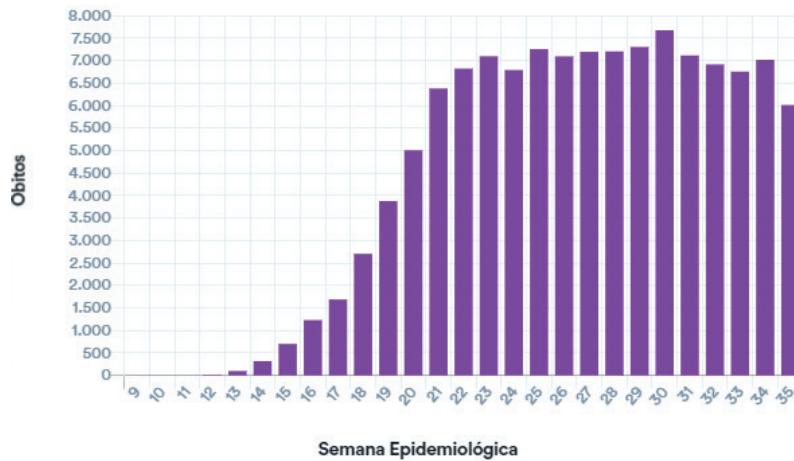
Desde então, a pandemia vem se disseminando em tempos e intensidades diferentes pelo território nacional, atingindo todos os estados e a maior parte dos municípios do país. A evolução do número de casos e óbitos por semana epidemiológica no Brasil pode ser observada nas Figuras 1 e 2⁸.

Figura 1. Número de casos de covid-19, por semana epidemiológica de notificação. Brasil, 23 de fevereiro a 29 de agosto de 2020



Fonte: Ministério da Saúde⁸.

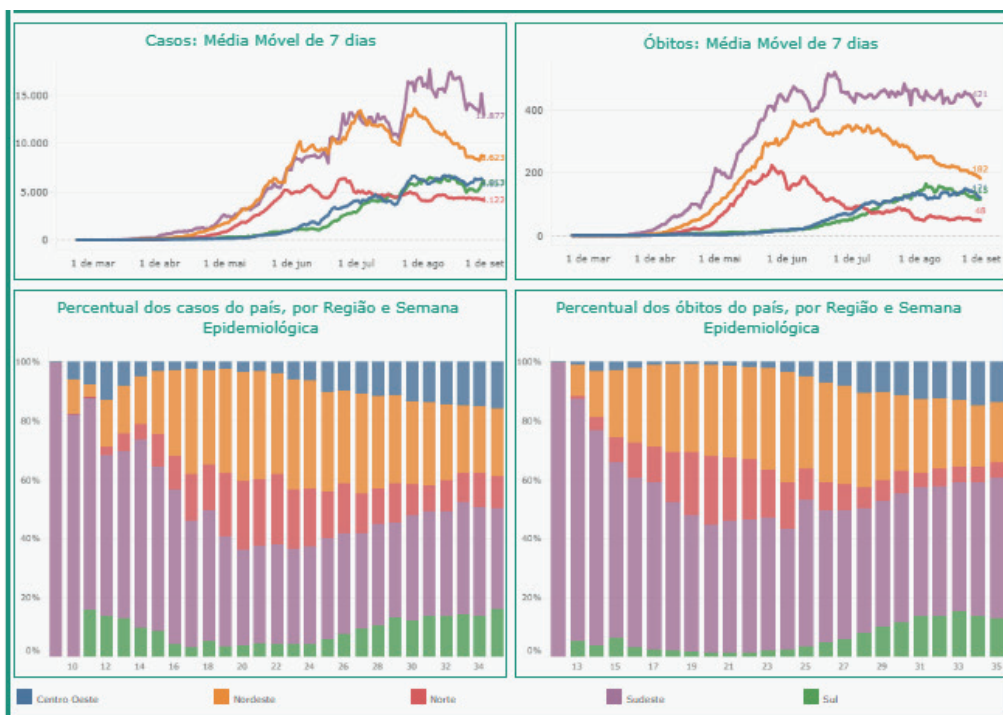
Figura 2. Número de óbitos por covid-19, por semana epidemiológica de notificação. Brasil, 23 de fevereiro a 29 de agosto de 2020



Fonte: Ministério da Saúde⁸.

A distribuição dos casos e óbitos por região político-administrativa em cada semana epidemiológica e a evolução da média móvel de 7 dias para cada uma dessas regiões, até 29 de agosto, encontram-se na Figura 3. Um quadro sinóptico da situação do número de casos, óbitos e taxas de incidência e de mortalidade por 100 mil habitantes, para o país e região político-administrativa, também para a data de 29 de agosto, pode ser encontrado na Figura 4⁹.

Figura 3. Média móvel de 7 dias e distribuição dos casos e óbitos por covid-19 informados segundo região político-administrativa. Brasil, 23 de fevereiro a 29 de agosto de 2020



Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde⁹.

Figura 4. Síntese de casos, óbitos e taxas de incidência, letalidade e mortalidade por covid-19 no Brasil e por região, em 29 de agosto de 2020

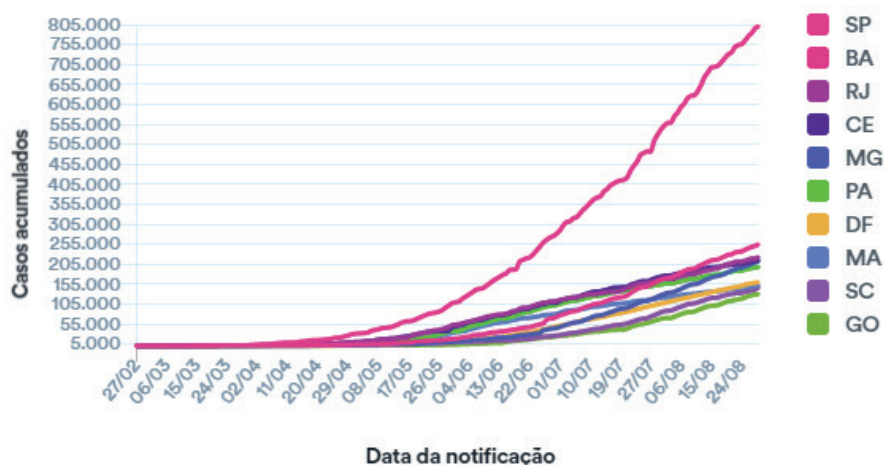
	N de Casos	N de Óbitos	Taxa de Incidência (por 100 mil hab.)	Taxa de Letalidade (%)	Taxa de Mortalidade (por 100 mil hab.)
Sudeste	1.346.969	54.359	1.524,2	4,0%	61,5
Nordeste	1.138.647	34.830	1.995,1	3,1%	61,0
Norte	532.923	13.380	2.891,5	2,5%	72,6
Centro Oeste	426.481	9.046	2.616,9	2,1%	55,5
Sul	399.787	8.837	1.333,7	2,2%	29,5
Brasil	3.844.807	120.452	1.829,6	3,1%	57,3

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde⁹.

Muito embora os estados mais populosos da região Sudeste – São Paulo e Rio de Janeiro – registrem o maior número de casos e óbitos notificados do país, as maiores taxas de incidência e de mortalidade por 100 mil habitantes ocorreram na região Norte.

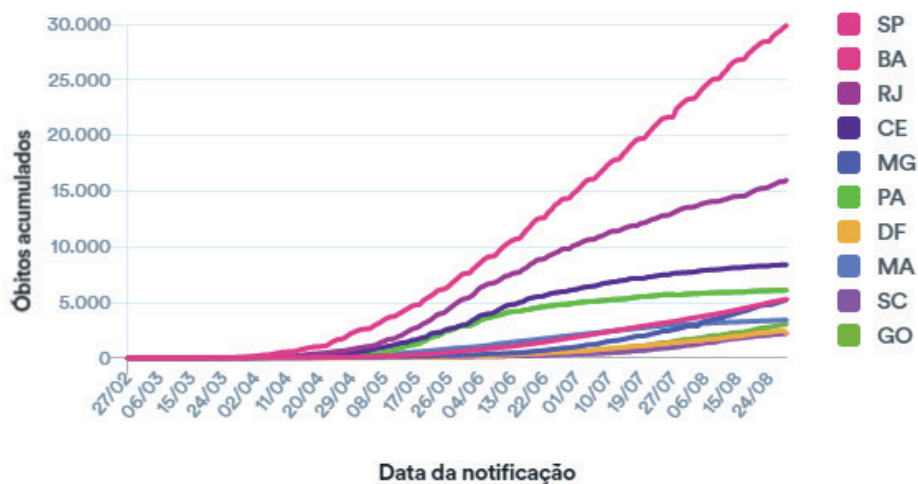
Nas Figuras 5 e 6, podemos observar a evolução dos casos acumulados nas dez unidades federadas com registro de maior número de casos e óbitos. A distribuição dos casos e óbitos por município em 29 de agosto de 2020 encontra-se nas Figura 7 e 8^a.

Figura 5. Distribuição do número de casos confirmados acumulados, por data de notificação, entre os dez estados federados com maior número, em 29 de agosto de 2020



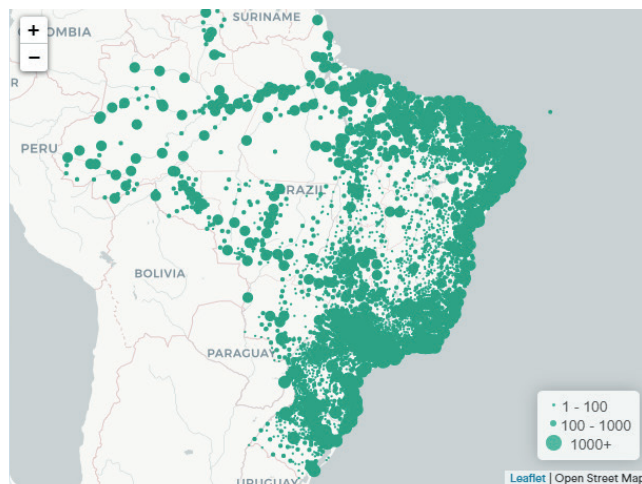
Fonte: Ministério da Saúde^a.

Figura 6. Distribuição do número de óbitos casos confirmados acumulados, por data de notificação, entre os dez estados federados com maior número, em 29 de agosto de 2020



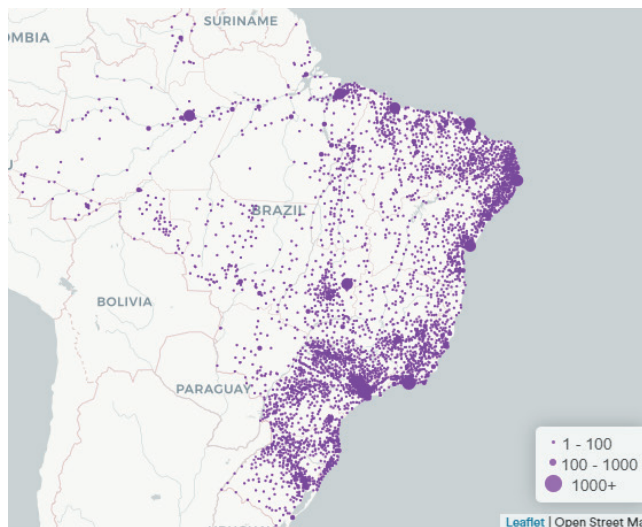
Fonte: Ministério da Saúde^a.

Figura 7. Distribuição dos casos de covid-19 pelos municípios brasileiros, em 29 de agosto de 2020



Fonte: Ministério da Saúde⁸.

Figura 8. Distribuição dos óbitos por covid-19 pelos municípios brasileiros, em 29 de agosto de 2020



Fonte: Ministério da Saúde⁸.

Nos meses de março e abril, o MS adotou medidas para a aquisição de EPI, ventiladores e demais equipamentos necessários à abertura de mais leitos hospitalares, sobretudo os de terapia intensiva, além de testes RT-PCR e testes sorológicos. Ocorre que, naqueles meses, havia forte demanda pelos mesmos produtos em escala mundial. O resultado foi que quase nada se conseguiu adquirir e, como consequência, equipes

de saúde muitas vezes sequer dispunham de EPI em quantidade suficiente ou do tipo adequado. Também o número previsto de novos leitos não se concretizou de imediato. Várias compras internacionais foram canceladas pelos fornecedores estrangeiros, em função da desregulação do mercado internacional e da demanda excessiva. Foi somente ao longo do tempo que estados, municípios e o próprio MS conseguiram adquirir tais produtos, seja por importação, seja pelo incremento da produção da indústria nacional.

Aspectos político-institucionais

O Brasil dispõe de um sistema público de saúde, de acesso universal, graças à garantia constitucional que estabelece a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Além disso, a Carta Magna dispõe sobre a autonomia dos entes subnacionais, a saber: 26 estados, 1 Distrito Federal e 5.570 municípios¹⁰. Posto isso, é mister que o Governo Federal busque um entendimento efetivo com os governos subnacionais na consecução de objetivos comuns e na promoção do bem-estar dos cidadãos. No que diz respeito à pandemia, houve um posicionamento conflitivo entre a Presidência da República e os Governadores de estados e do Distrito Federal, e ainda com os prefeitos municipais, que trouxe inegáveis prejuízos à coesão e à harmonia na definição e na aplicação de medidas efetivas no combate à pandemia. Enquanto a mais alta autoridade da República fechou-se em uma postura negacionista, minimizando a gravidade da situação e contradizendo, com palavras e ações, as orientações das autoridades sanitárias e da Organização Mundial da Saúde (OMS), governadores e prefeitos adotaram medidas de distanciamento social e outras mais, no sentido de tentar conter o avanço da doença.

Uma vez instalado o clima de conflito, foi preciso que o Supremo Tribunal Federal se manifestasse em favor da autoridade detida pelas esferas subnacionais. As dificuldades, entretanto, não pararam por aí. Ante as divergências sobre a condução do enfrentamento da pandemia, sobretudo relacionadas com o distanciamento social, entre a Presidência da República e o MS, o então Ministro Luiz Henrique Mandetta foi exonerado no dia 16 de abril. Nomeado para o cargo na mesma data, Nelson Teich não durou mais que 28 dias na função e apresentou sua demissão por não concordar com a imposição da prescrição da hidroxicloroquina como droga de eleição para a prevenção e tratamento da covid-19, como desejava o Presidente da República. Essa instabilidade no MS acentuou ainda mais a desagregação de esforços entre os diferentes níveis de

governo, em que pese a boa relação que se estabeleceu entre o Ministro interino da Saúde, General Eduardo Pazuello, sua equipe e os governos estaduais e municipais. Por outro lado, a suspensão da divulgação de dados sobre a pandemia pelo MS, assim como a mudança na forma de expor os dados, em desacordo com os padrões adotados mundialmente, levou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) a organizar imediatamente um painel próprio para compilação e divulgação dos dados, em seu portal eletrônico, lançado no domingo, dia 7 de junho, a partir das informações prestadas pelas secretarias estaduais de saúde (SES)⁹. Praticamente ao mesmo tempo, um consórcio de veículos de comunicação também passou a coletar e divulgar os dados informados pelas SES.

As posturas adotadas pela Presidência da República não contribuíram para o reforço de um discurso único e forte em favor das medidas que deveriam ter sido adotadas desde o início. Sua preocupação, manifestada reiteradas vezes pela imprensa, sempre foi com os aspectos econômicos negativos que uma paralização geral das atividades poderia acarretar. A par disso, passou a propalar que havia medicamentos eficazes não só para tratar, mas também para prevenir a doença, na contramão dos pareceres da OMS e das sociedades científicas brasileiras. A postura ambígua do Conselho Federal de Medicina reforçou as dúvidas da população, pois que, ao contrário de contraindicar uma terapêutica sem comprovada eficácia, deixou a prescrição à discricionariedade do médico assistente, desde que com a anuência do paciente. Assim, em um país onde o trabalho informal tem forte peso no sustento das famílias, não é difícil imaginar que as pessoas tenham sido atraídas pela ideia de que um distanciamento social, com interrupção das atividades comerciais não essenciais, não era a melhor opção.

O Congresso Nacional aprovou a Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre “medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”¹¹. Além disso, votou, em tempo recorde, leis que permitiram ao Governo Federal socorrer os cidadãos com ajudas financeiras temporárias, de pequena monta, bem como repassar a estados e municípios recursos financeiros para auxiliá-los a dotarem-se dos meios de combate à doença e a manter a máquina pública em funcionamento, severamente afetada com a queda na arrecadação de impostos advinda com a paralização das atividades. Todavia, até o momento, a execução orçamentária ainda está muito abaixo do pretendido, e isso tem sido objeto de queixas de estados e municípios.

Vigilância, identificação de casos e medidas não farmacológicas de controle

Medidas de prevenção e distanciamento social

Desde o princípio, as orientações do MS à população foram claras no sentido de reforçar a importância das medidas de prevenção da transmissão do coronavírus, tais como: a lavagem das mãos com água e sabão ou sua higienização com álcool em gel; a “etiqueta respiratória”, que consiste em cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir; o distanciamento social; o não compartilhamento de objetos de uso pessoal, como copos e talheres; e o hábito de manter a ventilação nos ambientes. A partir de abril de 2020, passou também a orientar sobre a conveniência do uso de máscaras de tecido, para atuarem como barreira à propagação do SARS-CoV-2⁴. Entretanto, como já salientado, a falta de uma coesão maior entre os governos federal, estaduais e municipais fez com que medidas fossem adotadas isoladamente por estados e municípios, muitos deles seguindo as recomendações da OMS e do MS, e outros não. A questão do distanciamento social, por exemplo, causou grande controvérsia, que culminou com a destituição de um ministro da saúde que o defendia como medida necessária, em colisão com o que pregava insistentemente o Presidente da República. Assim, houve estados e municípios que lograram boa adesão da população ao isolamento social, enquanto outros, mesmo com medidas judiciais que o impuseram, não obtiveram o sucesso pretendido. Fato é que, do ponto de vista da comunicação institucional, o Governo Federal, incluído o MS, nunca fez uma campanha midiática de incentivo ao distanciamento social.

Diante da indefinição do nível federal, Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) publicaram, no dia 25 de junho, o documento intitulado “Estratégia de Gestão – Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na esfera local”, destinado a orientar estados e municípios na avaliação de risco para a “adoção de medidas de saúde pública, no sentido de reduzir a velocidade de propagação da doença, para evitar o esgotamento dos serviços de saúde, especialmente de terapia intensiva”¹².

Vigilância Epidemiológica

O Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, criado em 2000 pelo MS, tinha como escopo inicial o monitoramento do vírus influenza, por meio da Vigilân-

cia Sentinela de Síndromes Gripais (SG). Em 2009, com a pandemia de influenza pelo vírus H1N1, foi implantada a Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). A partir da declaração, em 20 de março de 2020, de transmissão comunitária em todo o território nacional, optou-se por adaptar este sistema para “orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do coronavírus, influenza e outros vírus respiratórios no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”¹³.

Assim, em 4 de abril, foi publicada a primeira versão do Guia de Vigilância Epidemiológica, com o objetivo de “orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e a Rede de Serviços de Atenção à Saúde do SUS para atuação na identificação, notificação, registro, coleta de amostras, investigação laboratorial, manejo e medidas de prevenção e controle” para os vírus respiratórios “durante o período de abril a setembro de 2020”, com destaque para as definições operacionais para a vigilância da covid-19, como as definições de caso (SG e SRAG) e critérios para confirmação¹³.

Todavia, orientações mais claras relacionadas com os períodos de isolamento para cada caso – e, em especial, para a identificação, o rastreamento e o monitoramento de contatos –, só vieram a ser publicadas em 5 de agosto, com a publicação de nova versão, o Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019¹⁴. Nessa edição, também ocorreu uma ampliação dos critérios para confirmação de casos, incluindo-se, além de critério laboratorial e clínico-epidemiológico, situações que permitiriam a confirmação por critério clínico e de imagem ou somente clínico¹⁴.

Destaca-se que uma orientação clara em relação à vigilância de contatos teria sido fundamental já no início da pandemia, especialmente naquelas regiões onde ainda estavam ocorrendo os primeiros casos e que não poderiam ter sido caracterizadas em 20 de março como tendo transmissão comunitária⁷, de forma administrativa e sem base epidemiológica.

Vigilância Laboratorial

Foram grandes as dificuldades com a testagem em massa da população, o que, atualmente, ainda não atingiu os níveis desejados. Inicialmente, houve falta de testes nos mercados nacional e internacional; de outro lado, ficaram patentes as deficiências dos laboratórios centrais das secretarias estaduais de saúde (Lacen), tanto em matéria de instalações e pessoal quanto pela ausência de estoques de materiais, máquinas e

reagentes necessários. Apesar das dificuldades relacionadas com a aquisição de insumos básicos, tanto para coleta dos exames como para a etapa inicial de processamento nos laboratórios (extração do material genético viral), dos mais de 2,1 milhões de testes realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) até 15 de agosto, praticamente 72% foram realizados pelos laboratórios centrais de saúde pública, mantidos pelas SES ou por unidades de apoio sob sua coordenaçãoⁱ.

Para esse fim, foram mobilizados profissionais para reforço às equipes dos laboratórios; e em diversos estados, adquiridos equipamentos para sua automatização.

Tentou-se minimizar tais obstáculos com a instalação de centrais de testagem pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e por contratação do setor privado, mas ainda assim o volume de testes continua longe de ser o ideal.

Nos primeiros dias do mês de julho, a imprensa brasileira noticiava que

Mesmo contabilizando testes rápidos, ineficazes para o controle da epidemia de covid-19, o Brasil aplicou menos testes para detectá-la do que países menos afetados pela doença causada pelo novo coronavírus. Até a semana passada, segundo o Ministério da Saúde, o país realizou 13,7 testes para cada mil habitantes.

O Chile, que tem dez vezes menos mortes, testou quatro vezes mais. A Eslováquia, que notificou 28 mortes até agora, testou quase três vezes que o Brasil. A taxa de 13,7 testes por mil habitantes informada pelo ministério leva em conta, além dos testes rápidos, os exames do tipo RT-PCR — os mais adequados, que identificam a presença do vírus no organismo — processados em laboratórios públicos e privados.¹⁵

A despeito do progressivo, porém lento, aumento da testagem, os números disponíveis no portal eletrônico do MS, na data de 1º de setembro, são de 6.372.644 testes RT-PCR em um universo de pouco mais de 14,3 milhões de testes realizados¹⁶. Portanto, cerca de 8 milhões são representados por testes rápidos¹⁶, que não são o padrão-ouro para a identificação da doença. A consequência é que, sem testagem adequada, medidas precoces de isolamento, rastreamento e monitoramento de contatos ficam seriamente comprometidas em sua eficácia.

Sistematização das informações relativas ao progresso da pandemia

Uma dificuldade encontrada na sistematização das notificações e na investigação dos casos suspeitos de covid-19 foi a utilização, no transcorrer da pandemia, de três sistemas para a vigilância epidemiológica em nível nacional, bem como a existência de

i. Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Pública. Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Apresentação realizada em reunião técnica em 01/09/2020.

sistemas próprios desenvolvidos em alguns estados federados. A fim de evitar duplicidades e inconsistências, as SES têm coordenado o processo de sistematização e revisão dos dados, para o monitoramento dos casos e óbitos, além de apoiarem tecnicamente os municípios. O Conass também mantém, com base no estudo e método desenvolvidos pela organização global de saúde pública Vital Strategies, desde 3 de agosto, o “Painel sobre Excesso de Mortalidade por Causas Naturais”¹⁷. Elaborado a partir de estudo preparado por especialistas em epidemiologia, professores e pesquisadores de universidades, para acompanhamento dos impactos provocados pela pandemia da covid-19 no Brasil, a partir de seus efeitos diretos e indiretos, o painel relaciona o quantitativo de óbitos por causas naturais disponibilizado pelo Portal da Transparência do Registro Civil com a expectativa de óbitos para 2020 calculada a partir da série histórica de óbitos informados ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) entre 2015 e 2019.

Planejamento das estratégias de vacinação

O presidente da República assinou, no dia 6 de agosto, Medida Provisória (MP) que viabiliza recursos para a produção e aquisição da vacina contra a covid-19, produzida pelo laboratório AstraZeneca e pela Universidade de Oxford. A proposta prevê um crédito orçamentário extraordinário de R\$ 1,9 bilhão para que a Fiocruz possa dar início à produção do imunobiológico, em regime de transferência de tecnologia¹⁸. Estados e municípios, por meio da representação de seus gestores de saúde (Conass e Conasems), participam das discussões em conjunto com o MS visando ao estabelecimento dos grupos populacionais prioritários, e quanto ao planejamento e organização das estratégias de armazenagem, distribuição e aplicação da vacina, quando esta estiver disponível.

Aspectos assistenciais

A atenção primária à saúde

O início da pandemia cursou com a indisponibilidade de EPI para os profissionais de saúde na maioria dos municípios brasileiros, especialmente para aqueles que trabalham em serviços de atenção primária. Assim, assistiu-se a uma retração das atividades nesses serviços, com a recomendação de que as pessoas acometidas pela covid-19 em grau leve permanecessem em casa. Entretanto, progressivamente, à medida que esses equipamentos foram obtidos, os serviços retomaram seu ritmo de funcionamento. Po-

rém, havia a necessidade de capacitação dos profissionais, especialmente dos agentes comunitários de saúde, sobre medidas de proteção individual, transporte dos pacientes, como fazer encaminhamentos para redes de atenção especializada, e até como cuidar dos pacientes com doenças crônicas, durante período da pandemia. O Conass e o Conasems, mais uma vez, tomaram a liderança do processo e lançaram, em maio, o “Guia Orientador de Enfrentamento da pandemia na rede de atenção à saúde”¹⁹, que compila rotinas e protocolos do MS, em uma linguagem clara e acessível, e que já se encontra em franca utilização em praticamente todo o território nacional.

É importante referir a contribuição da iniciativa Todos pela Saúde²⁰ (<https://www.todospelasaude.org/>), do setor privado, que contribuiu com o fornecimento de EPI, ventiladores, testes, e com oxímetros de pulso para as equipes de atenção primária em todo o Brasil, em um volume que superou a casa dos 110 mil aparelhos. Equipes de saúde voltadas especificamente à saúde indígena também foram contempladas, assim como as instituições de longa permanência para idosos.

Capacitação profissional

Várias iniciativas de reforço do capital humano, quantitativa e qualitativamente, foram empreendidas, graças ao esforço do MS e das SES, especialmente por meio de suas escolas de Saúde Pública. Há que se destacar as parcerias com o Hospital do Coração, de São Paulo, que promoveu treinamentos e capacitação profissional para o manuseio de respiradores (ventilação mecânica), e com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) nos cursos de prevenção e controle de infecções causadas pelo novo coronavírus, cuidados paliativos nas síndromes respiratórias agudas graves (SRAG), e doenças ocasionadas por vírus respiratórios emergentes.

Assistência hospitalar

No período de fevereiro a junho, houve um crescimento médio de 32,3% dos leitos clínicos, de acordo com os dados oficiais²¹. Em 11 Estados, o aumento foi maior do que média registrada no período. Em Pernambuco, Sergipe, Alagoas e Roraima, a variação foi superior a 50%. No mesmo período, houve um aumento médio de 51,5 % dos leitos de terapia intensiva adultos e infantis, sendo que, em 17 estados, o aumento foi superior à média. Até o mês de julho, mais de 21 mil leitos de terapia intensiva des-

tinados ao tratamento de pacientes com SRAG/covid-19 estavam em funcionamento, o que sinaliza um forte investimento tanto em estrutura quanto em equipamentos e recursos humanos.

Com a decisiva participação dos hospitais de excelência que integram o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), foi possível apoiar as equipes de saúde, sobretudo em ambiente hospitalar, por meio da telemedicina, em todo o Brasil, mas de modo especial nas regiões mais longínquas e com menor disponibilidade de recursos humanos.

Assistência farmacêutica

Além da polêmica acerca do uso de drogas de eficácia não comprovada – tais como a cloroquina, a hidroxicloroquina e a ivermectina –, que acarretou e ainda mantém acesos debates acalorados sobre a matéria, em que pesem a falta de evidências científicas de seus benefícios e as notas oficiais de sociedades de especialidades médicas nacionais contraindicando seu emprego, seja na profilaxia, seja no tratamento, o país foi confrontado a um grave problema adicional: o da falta de medicamentos para a intubação orotraqueal necessários nas terapias intensivas e centros cirúrgicos. Desde o mês de abril, as SES alertaram o MS sobre as dificuldades na aquisição dos produtos; e, a despeito das ações empreendidas, tanto em nível nacional quanto internacional, ainda persistem a escassez e a insegurança quanto a ter estoques estáveis e suficientes, tanto na rede pública de saúde quanto na rede privada.

Aspectos sociais, culturais e econômicos

A resposta da comunidade científica nacional

A comunidade científica nacional não se furtou, desde os primeiros momentos, em endossar e reforçar as orientações gerais da OMS e da Opas. Manifestou-se, em diferentes momentos, e por diversas formas, sobre a necessidade de que as decisões e práticas fossem baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Ao mesmo tempo, percebeu-se um incremento importante na pesquisa sobre a covid-19, sobretudo no âmbito das universidades públicas e instituições de pesquisa em saúde. Merecem destaque: i) a rapidez em estudar o genoma do SARS-CoV-2, ao mesmo tempo que estudos similares eram realizados por pesquisadores norte-americanos, europeus e asiáti-

cos, o que possibilitou a melhoria da acurácia de testes diagnósticos e o desenvolvimento de estratégias tecnológicas para novos testes; ii) os inquéritos sorológicos regionais e nacionais, fundamentais para conhecer o comportamento da pandemia no território brasileiro; iii) os diversos modelos matemáticos utilizados para a estimação de casos e de óbitos; iv) o trabalho de grande número de epidemiologistas no assessoramento dos gestores de saúde nas três esferas de governo; v) as pesquisas nas áreas das ciências humanas e sociais, que contribuíram para a compreensão de aspectos culturais associados a fatores de risco, as desigualdades econômicas, os fatores psicossociais relacionados com a pandemia e abordagens relativas à comunicação em saúde; vi) a pesquisa clínica, por meio de ensaios nacionais e internacionais em busca de medicamentos e produtos comprovadamente seguros e eficazes; vii) o desenvolvimento de protótipos de equipamentos de suporte ventilatório pelas áreas de engenharia em diferentes universidades e institutos tecnológicos⁶.

O impacto sobre a saúde indígena

É reconhecida a vulnerabilidade da população indígena à pandemia, especialmente nos grupos isolados ou de contato mais recente. Isso demandou a adoção de medidas urgentes por parte da Secretaria Especial de Saúde Indígena do MS (Sesai), em articulação com estados e municípios e outros organismos, entre os quais, a Fundação Nacional do Índio (Funai), o Ministério da Cidadania e o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, especialmente depois do exigido pelo Supremo Tribunal Federal, em decisão unânime, no dia 5 de agosto. Isso configurou-se como um marco histórico, pois, pela primeira vez, os povos indígenas puderam propor uma ação judicial diretamente, por intermédio de uma associação²².

O impacto sobre as populações mais desfavorecidas e populações vulneráveis

Estudos apontam uma maior letalidade entre negros quando comparada a pessoas brancas, em que pesem as falhas de registro do quesito raça/cor nos serviços de saúde. As desigualdades sociais entre os brasileiros têm-se refletido em um excesso de mortes entre os mais pobres e em populações vulneráveis, o que mantém estreita relação com determinação social do processo saúde-doença e na desigualdade de acesso a leitos hospitalares nas diferentes regiões do país⁶.

O percentual de pessoas desocupadas, subocupadas ou em trabalho informal cresceu e teve um severo impacto no comportamento da pandemia, dificultando sua adesão às diversas formas de quarentena, tão necessárias para mitigar os efeitos da pandemia. As medidas de distanciamento são muito difíceis de serem seguidas por um grupo enorme de brasileiros, representados pelos trabalhadores informais (cerca de 40 milhões), pelos desempregados (aproximadamente 13% da população), por trabalhadores autônomos (domésticas, carpinteiros, bombeiros, pintores, jardineiros, camelôs), entre outros. São milhões de brasileiros que, em geral, moram em grandes conglomerados, de casas precárias, nas periferias das grandes cidades, com grande dificuldade em ficar em casa durante semanas, principalmente porque faltam recursos para comprar alimentos, pagar aluguel, água, energia elétrica etc. Por isso a importância da garantia de uma renda mínima, capaz de assegurar a subsistência dessas pessoas pelo tempo que for necessário.

Os impactos econômicos

A pandemia não é, evidentemente, um problema exclusivo do setor da saúde, mas atinge e envolve todos os demais setores do governo, assim como a sociedade civil e os segmentos da economia. Estes não terão como garantir a renda do trabalho, impedido pelas medidas de distanciamento social e pelo adoecimento da população em diferentes proporções a depender da situação geográfica. Cabe, pois, ao Estado assegurar a manutenção de auxílios emergenciais acessíveis a todos que dele necessitem. Assim, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, que estabelece os critérios para a concessão de auxílio financeiro emergencial durante o período da pandemia²³.

Além disso, o isolamento social não provoca apenas repercussões sociais e psicológicas, mas também impacta fortemente o setor econômico. Além de cuidar do auxílio emergencial dos que dele necessitam, deve haver uma ampliação substancial dos gastos públicos capazes de garantir a assistência à saúde da população, especialmente quando sabemos do subfinanciamento crônico a que se encontra submetido o SUS²⁴.

Neves et cols²⁵, ao analisarem as repercussões econômicas e a eficácia das Medidas Provisórias de números 927 e 936, afirmam que

A grave crise econômica causada pela pandemia do novo coronavírus tem exigido uma atuação mais contundente do Estado, tanto na (re)organização e (re)orientação das atividades produtivas quanto para a manutenção do emprego e da renda nacional. O governo brasileiro vem tomando algumas medidas emergenciais, contudo – até o momento – tais

ações não indicaram haver um planejamento mais contundente e sistêmico para o enfrentamento da crise. Sobretudo, não foram anunciadas medidas efetivas voltadas para o setor produtivo. Em um primeiro momento, a postura adotada pelo governo brasileiro priorizou a geração de lucros das empresas, além de preservar relativa obsessão pelo “equilíbrio” orçamentário, conquistado por meio dos cortes do gasto público. Contudo, por não haver um planejamento mais abrangente, que pudesse conduzir a uma integração das áreas e/ou mesmo, a uma reorientação das atividades produtivas, o país segue sem rumo no enfrentamento da crise. No caso das medidas propostas pelas MP nº 927 e nº 936, pode-se dizer que elas têm facilitado a execução de diversas tarefas por trabalhadores de maneira remota, contribuindo para a manutenção do isolamento social. Contudo, as medidas também colaboram para promover a individualização das negociações entre empregadores e trabalhadores, o que pode gerar a precarização das relações de trabalho. Além de permitir a quebra de contrato de trabalho, redução salarial, retirada de comissões e insegurança do trabalhador, entre outros, o resultado destas medidas impacta diretamente sobre a massa de salários, que sofrerá redução e poderá condicionar à diminuição do consumo interno nacional. Contribui-se, portanto, para o estabelecimento de um círculo vicioso: em que o aumento do desemprego se traduz na queda da renda do consumidor que, por sua vez, gera redução no consumo, provocando menor nível da atividade econômica. O desfecho dessa dinâmica tende ser a depressão econômica, já estimada pelas principais organizações econômicas.²⁵

A crise econômica e política que se abate sobre o Brasil, desde 2014, minou nosso potencial de crescimento e desmanchou os processos organizativos que davam a povo brasileiro uma ponta de esperança em dias melhores. Foi nesse cenário que a pandemia nos encontrou.

O SUS é subfinanciado desde a origem, e vê-se agora ainda mais ameaçado com o advento da Emenda Constitucional 95/2016 (Novo Regime Fiscal), que congelou o teto dos gastos por 20 anos, determinando que a correção do orçamento da saúde se dê apenas pela inflação do período, sem levar em conta o crescimento e o envelhecimento populacional, o incremento tecnológico e a inflação da saúde, sempre acima da média inflacionária. Segundo Funcia²⁶, “dependendo do cenário de projeção adotado, os recursos federais para o SUS cairão de 1,7% do PIB para 1% até 2036”.

O SUS é uma experiência exitosa de atuação interfederativa, que dispõe de instrumentos que permitem fazer uma gestão colegiada e participativa, com resultados positivos nessas três décadas de existência. Entretanto, do ponto de vista do financiamento, a retração continuada por parte do Governo Federal tem sacrificado estados e municípios, obrigando-os, na prática, a financiar a saúde com valores bem superiores ao determinado pela Constituição Federal (as receitas dos Estados (12%) e dos Municípios (15%) devem ser destinadas à saúde). A soma dos recursos dos entes subnacionais para a manutenção do SUS já ultrapassa 56% dos gastos públicos totais, retardando o crescimento do sistema de saúde e pondo em riscos programas exitosos. David Stucker afirma que “cortar despesas em saúde em tempos de recessão é um desastre tanto do ponto de vista humano quanto do financiamento. Os cortes aprofundam os

riscos de mais mortes, mais epidemias, surtos e infecções e mais desestruturação do país afetado”²⁷.

Sabedores da necessidade do fortalecimento do SUS e para fazer frente ao enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, decorrente do coronavírus, o governo brasileiro enviou uma Medida Provisória ao Congresso Nacional, prontamente acatada pela casa legislativa; e criou uma ação orçamentária específica para alocação de recursos (ação 21CO). Essa alocação se deu por créditos extraordinários, e foi da ordem de R\$ 41,2 bilhões. Até a data de 25 de outubro de 2020, já havia sido utilizado (empenhamento e despesas) o montante de R\$ 31 bilhões (75,3%). Nesse mesmo período, o montante de R\$ 28,3 bilhões (68,7%) foi efetivamente gasto para o desenvolvimento das ações propostas.

Os desafios presentes e futuros para a redução das desigualdades

Restam vários desafios, tanto no presente quanto no futuro. Urge superar a fragmentação das ações de enfrentamento à pandemia, por meio de um discurso único e de uma coordenação nacional efetiva, de modo sinérgico, cooperativo e solidário entre as esferas federal, estadual e municipal, contando também com o concurso imprescindível da sociedade civil organizada; é necessário otimizar o funcionamento e a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde; é preciso incrementar a capacidade dos laboratórios de saúde pública tanto para esta pandemia quanto para outras situações similares que certamente virão. Além disso, essa ação cooperativa entre os governos e sociedade deve ocupar-se da retomada do processo de fortalecimento do SUS, começando por organizar estratégias de incorporação da estrutura adicionada à existente, que, em boa hora, veio para suprir deficiências conhecidas até então.

Em consequência, no campo assistencial, é preciso planejar o funcionamento do SUS no pós-pandemia, quando haverá um enorme contingente de procedimentos a serem realizados, em função da suspensão de atividades ambulatoriais e hospitalares decorrentes da emergência de saúde pública instalada. Cabe destacar uma preocupação crescente com relação ao orçamento da saúde para 2021, em razão dos elementos já apontados, bem como do subfinanciamento crônico do SUS e da sobrecarga sobre estados e municípios no seu custeio cotidiano. Por fim, resta talvez a maior das empreitadas: aquela de combater as desigualdades sociais e econômicas, geradoras de situações de adoecimento, que impõem um pesado fardo às parcelas mais vulneráveis da população.

Referências

1. Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, Codeço CT, Hallal PRC, Medronho RA, et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2020 [citado 2020 ago. 18];23: e200032. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>.
2. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 18];395(10228):931-4. Available from: [https://doi.org/http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
3. Santos JV, Fachin P. Como se dará a evolução de Covid-19 na população que vive em condições precárias? Entrevista especial com Guilherme Werneck. *IHU On-Line* [Internet]. 2020 [citado 2020 abr. 8]. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597542-como-se-dara-a-evolucao-de-covid-19-na-populacao-que-vive-em-condicoes-precarias-entrevista-especial-com-guilherme-werneck-2>
4. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2020 [citado 2020 ago. 18];29(2):e2020044. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>. ISSN 2237-9622.
5. Tavares AB, Silveira F, Paes-Sousa F. Proteção social e COVID-19: a resposta do Brasil e das maiores economias da América Latina. *Nau Soc* [Internet]. 2020 [citado 2020 set. 1];11(20)111-29. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36599/21017>
6. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Entidades apresentam Plano Nacional de Enfrentamento à Covid-19 ao Ministério da Saúde e ao Conass [Internet]. *Abrasco*, 24 jul 2020 [citado 2020 ago. 18]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/entidades-apresentam-plano-nacional-de-enfrentamento-a-covid-19-ao-ministerio-da-saude-e-ao-conass/50587/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). *Diário Oficial da União*. 20 mar 2020.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. [citado 2020 ago. 29]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel Conass Covid-19 [Internet]. [citado 2020 ago. 29]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>

10. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988 [citado 2020 ago. 18]. Disponível em: http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_18_.asp.
11. Brasil. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União. 7 fev 2020.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estratégia de Gestão – Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na esfera local [Internet]. Brasília; 2020 [citado 2020 ago.18]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Estrate%cc%81gia-de-Gesta%cc%83o-Covid-19-1.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019 - Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas, Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios. Brasília: DF; 3 abr. 2020.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 - Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas - COVID-19. Brasília: DF; 5 ago. 2020.
15. Pessoa GS. Mesmo inflando dados, Brasil é um dos países que menos testa para covid-19 [internet]. Notícias UOL; 3 jul. 2020 [citado 2020 ago. 18]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/07/03/mesmo-com-testes-rapidos-brasil-testa-menos-que-paises-menos-afetados.htm>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Covid-19 – Testes [Internet]. [citado 2020 set. 10]. Disponível em: https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Insumos_TESTES/DEMAS_C19Insumos_TESTES.html
17. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil em 2020 [Internet]. [citado 2020 ago. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Presidente assina Medida Provisória que garante produção de vacina contra a Covid-19 [Internet]. [citado 2020 ago. 19]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47321-presidente-assina-medida-provisoria-que-garante-producao-de-vacina-contr-a-covid-19>.
19. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde [Inter-

net]. Brasília; 2020 [citado 2020 ago. 19]. Disponível em <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>

20. Brasil. Todos pela Saúde [Internet]. [citado 2020 ago. 19]. Disponível em <https://www.todos-pelasaude.org/>

21. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. [citado 2020 ago. 19]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>

22. Brasil. Terra de Direitos. Em julgamento histórico no STF, indígenas conquistam direito à saúde para enfrentar a pandemia [Internet]. Assessoria de comunicação Terra de Direitos; 5 ago 2020 [citado 2020 ago. 20]. Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/noticias/noticias/em-julgamento-historico-no-stf-indigenas-conquistam-direito-a-saude-para-enfrentar-a-pandemia/23441>

23. Brasil. Lei 13.982, de 2 de abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 2 ab. 2020 [citado 2020 ago. 20]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>

24. Fernandes GAAL, Pereira BLS. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. Rev Adm Pública [internet]. 2020 [citado 2020 ago. 20];54(4):595-613. ISSN 1982-3134. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/81875>

25. Neves EF, Oliveira SV, Pauli RIP. As medidas governamentais de enfrentamento ao desemprego no Brasil em razão da Covid-19 [Internet]. Universidade Federal de Santa Maria, Observatório Socioeconômico da Covid-19; 9 jul 2020 [citado 2020 ago. 20]. Disponível em: <https://www.ufsm.br/coronavirus/wp-content/uploads/sites/820/2020/07/Textos-para-Discussao-11-Medidas-de-Enfrentamento-ao-Desemprego.pdf>

26. Funcia FR. Efeitos negativos da Emenda Constitucional 95/2016 sobre a execução orçamentária e financeira de 2017 no Ministério da Saúde. Domingueira [Internet]. 7 fev 2020 [citado 2020 ago. 29]. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-07-fevereiro-2018?lang=pt>

27. Biderman I. 'Austeridade em saúde é uma falsa economia', diz professor de Oxford [Internet]. Folha de São Paulo. 2020 jun. 17 [citado 2020 ago. 29]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2016/06/1782506-austeridade-em-saude-e-uma-falsa-economia-diz-professor-de-oxford.shtml>