



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Alda Manuela Castro Português

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Saúde Global, Pneumónica e Covid-19: O que aprendemos desde 1918” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Dra. Maria de Fátima Almeida Sousa e do Professor Doutor João Rui Couto da Rocha Pita apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Outubro de 2021



UNIVERSIDADE D COIMBRA

Alda Manuela Castro Português

Relatório de Estágio e Monografia intitulada "Saúde Global, Pneumónica e Covid-19: O que aprendemos desde 1918" referentes à Unidade Curricular "Estágio", sob a orientação da Dra. Maria de Fátima Almeida Sousa e do Professor Doutor João Rui Couto da Rocha Pita apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

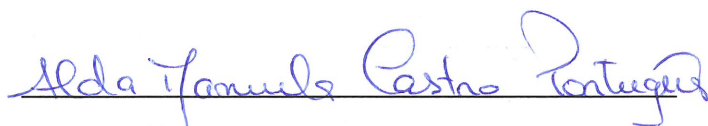
Outubro de 2021

Declaração de Honra

Eu, Alda Manuela Castro Português, estudante do Mestrado em Ciências Farmacêuticas com o n.º 2000103402, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Saúde Global, Pneumónica e Covid-19: O que aprendemos desde 1918” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 26 de outubro de 2021.



(Alda Manuela Castro Português)

Agradecimentos

Nesta caminhada pela vida e pelo conhecimento, tenho especial carinho por todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a profissional e ser humano que hoje sou.

À Faculdade de Farmácia, especialmente ao Professor Doutor João Rui Couto da Rocha Pita por toda a disponibilidade, apoio e orientação na elaboração da Monografia.

À Dra. Maria de Fátima Almeida Sousa e restante equipa técnica da Farmácia Ferrão, onde fui acolhida com muito carinho e dedicação, por todo os ensinamentos transmitidos.

À minha família!

Aos meus pais, pela infância feliz e pelos valores legados, que me acompanham no desenvolvimento pessoal e profissional ao longo da minha vida. Sempre no meu coração.

Ao meu amor maior, ao meu marido e aos meus dois filhos, que me apoiam incondicionalmente em tudo, e abdicam de tempo em família em prol desta minha jornada.

A Coimbra, por me ter acolhido no seio da sua comunidade.

Introdução ao Documento Único

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC) segue um plano de estudos com a duração de 10 semestres, em que, 9 semestres correspondem a formação teórica, prática e teórico-prática nas várias valências farmacêuticas, culminando no 10º semestre com a unidade curricular “Estágio Curricular”.

O “Estágio Curricular”, compreende a realização de uma monografia sob orientação interna, e um ou mais estágios nas diferentes áreas de atividade farmacêutica, sob orientação externa, sendo posteriormente explanados no Documento Único.

Assim, e de acordo com o exposto, o presente documento único está subdividido em dois capítulos, o primeiro referente ao relatório de “Estágio Curricular em Farmácia Comunitária”, e o segundo referente à Monografia.

O relatório de “Estágio Curricular em Farmácia Comunitária”, referente ao estágio realizado na farmácia Ferrão, é constituído por uma Análise SWOT das atividades desenvolvidas e pela apresentação de três casos práticos.

Por último, o segundo capítulo, correspondente à Monografia sob orientação interna do Professor Doutor João Rui Couto da Rocha Pita, representa um trabalho de pesquisa e reflexão retrospectiva sobre o rumo das políticas de Saúde Global mundiais e nacionais envolvidas no controlo e mitigação das duas maiores pandemias da história da Humanidade, a Gripe de 1918-19 e a Pandemia da Covid-19 atualmente em curso.

Capítulo I: Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Lista de Siglas e Abreviaturas	8
Resumo	9
Abstract	10
1. Notas Introdutórias.....	11
1.1. A Farmácia Ferrão.....	11
1.2. O Papel do Farmacêutico Comunitário.....	11
1.3. O Estágio.....	12
2. Análise SWOT	13
2.1. <i>Strengths</i> (Forças)	13
2.1.1. Aplicação e Consolidação de Conhecimentos.....	13
2.1.2. Localização/ Público-Alvo/ Horário da Farmácia.....	13
2.1.3. Equipa Técnica / Ambiente de Trabalho	13
2.1.4. Disposição do Espaço Físico	14
2.1.5. Gestão/ Organização/ <i>Back-office</i>	15
2.1.6. Sifarma 2000®	15
2.1.7. Serviços Farmacêuticos Disponibilizados	16
2.1.8. Comunicação Farmacêutico/Utente	17
2.1.9. Fidelização do Cliente e Rapidez na Dispensa	17
2.2. <i>Weaknesses</i> (Fraquezas)	18
2.2.1. Não Preparação de Medicamentos Manipulados.....	18
2.3. <i>Opportunities</i> (Oportunidades)	18
2.3.1. Pandemia da Covid-19	18
2.3.2. Revisão da Medicação/Acompanhamento Farmacoterapêutico.....	20
2.3.3. Locais de Venda de MNSRM	19
2.4. <i>Threats</i> (Ameaças)	20
2.4.1. Medicamentos Esgotados/Rateados.....	20
2.4.2. Locais de Venda de MNSRM	20
3. Casos Práticos.....	21
4. Notas Finais	21
Bibliografia	22
Anexo I.....	23
Caso I.....	23
Caso II	23
Caso III	24

Capítulo II: "Saúde Global, Pneumónica e Covid-19: O que aprendemos desde 1918"

Lista de Siglas e Abreviaturas	26
Resumo	27
Abstrat	28
1. Introdução.....	29

2. Saúde Global.....	30
2.1. Conceito de Saúde Global e Seus Princípios.....	30
2.2. Evolução Histórica do Conceito de Saúde Global e seus Intervenientes	31
2.2.1. Séc.XIX: O Nascimento da Saúde Internacional	31
2.2.2. Séc.XX: A Transição para Saúde Global.....	33
2.2.3. Sec.XXI: Saúde Global na Atualidade	36
2.3. Saúde Global em Portugal.....	38
3. Gripe de 1918-1919	41
3.1. Nota Introdutória	41
3.2. Estruturas e Sistemas de Saúde em Portugal 1918-1919: O Combate à Pandemia.....	42
3.3. Pós Pandemia: O Estado de Saúde, Social, Cultural e Económico de Portugal.....	46
4. Covid 19.....	48
4.1. Nota Introdutória	48
4.2. O Papel da Saúde Global na Pandemia Covid-19: Atuação dos seus Intervenientes ..	49
4.3. Atuação de Portugal Perante Pandemia Covid-19	55
4.4. Pós-pandemia: O Estado da Saúde, Social, Cultural e Económico de Portugal.....	58
4.5. O que Esperar no Futuro da Saúde Global?.....	62
5. Notas Finais	64
Bibliografia	69

Capítulo I

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

FARMÁCIA FERRÃO

Estágio sob a orientação da Dra. Maria de Fátima Almeida Sousa



Lista de Siglas e Abreviaturas

ANF - Associação Nacional de Farmácias

Covid -19 - *Coronavirus disease 2019*

DCI - Denominação Comum Internacional

EC - Estágio Curricular

FF - Farmácia Ferrão

FFUC - Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

IMC - Índice de Massa Corporal

MICF - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

PIC - Preço Impresso na Cartonagem

Resumo

O ciclo de estudos do MICF ministrado na FFUC destina-se à formação multidisciplinar de profissionais altamente qualificados na área das Ciências Farmacêuticas, sempre na vanguarda do conhecimento científico e adaptados ao contexto económico e sociocultural da comunidade em que se inserem.

Ao longo de toda a formação académica são administrados conhecimentos teóricos, práticos e teórico-práticos nos diversos ramos farmacêuticos, culminando com a sua aplicação num contexto real de trabalho, durante o “Estágio Curricular em Farmácia Comunitária”. O “Estágio Curricular em Farmácia Comunitária” representa uma aprendizagem diária e contínua, em contexto real, indispensável na formação de qualquer profissional farmacêutico, possibilitando um contacto íntimo com a organização interna de uma farmácia e com a população da comunidade na qual a farmácia presta os seus serviços.

Neste seguimento, decorrido o período de estágio na Farmácia Ferrão, inserida na freguesia da Carapinheira, município de Montemor-o-Velho, foi elaborado o relatório de estágio de acordo com as Normas Orientadoras vigentes, sob a forma de uma análise SWOT, refletindo sobre as *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*, culminando na apresentação de três casos práticos experienciados durante o estágio, que esboçam a conjugação dos conhecimentos adquiridos ao longo do ciclo de estudos com a rotina diária vivida na farmácia comunitária.

Palavras-chave: Farmácia Comunitária; SWOT; Estágio Curricular; Farmácia Ferrão.

Abstract

The MICF study cycle taught at FFUC is aimed at the multidisciplinary training of highly qualified professionals in the field of Pharmaceutical Sciences, always at the forefront of scientific knowledge and adapted to the economic and sociocultural context of the community in which they operate.

Throughout the academic training, theoretical, practical and theoretical-practical knowledge is administered in the various pharmaceutical fields, culminating with its application in a real work context, during the “Curricular Internship in Community Pharmacy”. The "Curriculum Internship in Community Pharmacy" represents a daily and continuous learning, in a real context, essential in the training of any pharmacist, enabling an intimate contact with the internal organization of a pharmacy and with the population of the community in which the pharmacy provides their services.

As a result, after the internship period at Pharmacy Ferrão, located in the parish of Carapinheira, municipality of Montemor-o-Velho, the internship report was prepared in accordance with the current Guidance Standards, in the form of a SWOT analysis, reflecting on the Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats, culminating in the presentation of three practical cases experienced during the internship, which outline the combination of knowledge acquired throughout the study cycle with the daily routine lived in the community pharmacy.

Keywords: Community pharmacy; SWOT; Curricular stage; Ferrão Pharmacy

I. Notas Introdutórias

O Relatório de Estágio Curricular que se apresenta, pretende dar a conhecer a experiência vivenciada em Farmácia Comunitária, mais propriamente o Estágio Curricular realizado na Farmácia Ferrão, sob orientação da Diretora Técnica Dra. Maria de Fátima Almeida Sousa.

I.1. A Farmácia Ferrão

A Farmácia Ferrão (FF), localizada no centro da Carapinheira, município de Montemor-o-Velho, é uma farmácia com mais de 30 anos de atividade, afirmando a cada dia, o seu objetivo de cuidar da saúde e bem-estar da comunidade em que se insere. A equipa técnica é constituída pela Diretora Técnica, Dra. Maria de Fátima Almeida Sousa, pela Farmacêutica Substituta Dra. Ana Cristina Almeida e Sousa e pelos Técnicos de Farmácia Carlos João Malva Marques, Cristina Isabel Pinto Branco e Nuno José Reis Góis. A FF está distribuída por dois pisos, sendo o r/chão constituído por uma sala de atendimento ao público, gabinete da Diretora Técnica, gabinete do Utente e uma pequena divisão para receção de encomendas. O primeiro andar, interdito ao público, é constituído por uma zona de arrumação de *stock* secundário, vestiário e instalações sanitárias para a equipa técnica da farmácia. A FF presta os seus serviços numa pequena freguesia com cerca de 2 898 habitantes, embora com uma população envelhecida, a comunidade partilha um ambiente sociocultural muito agradável e os clientes habituais são na sua maioria clientes de longa data, todos muito conhecidos da "farmácia" e onde a farmácia e os cidadãos constituem uma verdadeira família, com o único objetivo de cuidar da saúde e bem-estar de todos.

De facto, perante a nova realidade, muitos utentes procuram na farmácia, não só um medicamento, mas uma informação ou esclarecimento sobre os problemas de saúde atuais, nomeadamente a pandemia da Covid-19. Procuram, muitas vezes, um conselho sobre quais as medidas antiepidémicas a adotar, sobre quais os hábitos de vida a ter em conta para melhoria da sua saúde e bem-estar e até um ombro amigo que os conforte nesta época tão difícil. Foram estes laços criados entre a farmácia e os seus clientes que mais me marcaram e encantaram pois demonstram que a essência do farmacêutico comunitário está intimamente ligada ao seu papel central na orientação da população.

I.2. O Papel do Farmacêutico Comunitário

É factual que, devido à atual pandemia da Covid-19, o farmacêutico possui uma responsabilidade acrescida para com a sociedade, a criação de novos hábitos e rotinas obrigou o farmacêutico comunitário a adaptar-se a novos modelos de negócio nos quais é reconhecido

o seu papel de primeira linha junto da comunidade. Na atualidade, a atividade farmacêutica centra-se no cidadão e na prestação de serviços de apoio à comunidade, reforçando o papel do farmacêutico como agente de Saúde Pública, com especial destaque nas áreas de gestão da terapêutica, administração de medicamentos, identificação de pessoas em risco, deteção precoce de diversas doenças e promoção de estilos de vida saudáveis, dotando a atividade desenvolvida pelo farmacêutico comunitário de grande valor na promoção da saúde populacional (OF, 2021).

Também, na luta contra a Covid-19, o farmacêutico comunitário faz parte dos profissionais de saúde da linha da frente, com uma posição privilegiada no seio da comunidade, assumindo um papel fundamental na difusão de informação de qualidade, de medidas antiepidémicas e de esclarecimentos relativos ao processo de vacinação, nomeadamente no que concerne à eficácia e segurança da vacina (APEF, 2021). Os farmacêuticos estão na vanguarda da promoção da literacia em saúde na população, e no que diz respeito à vacinação contra o vírus SARS-CoV-2, os farmacêuticos são os profissionais de saúde primeiramente responsáveis pela instrução de muitos indivíduos com dúvidas (APEF, 2021). Também é de extrema relevância referir, que o seu contato próximo com a comunidade, permite aos farmacêuticos comunitários contribuir para a monitorização de possíveis efeitos adversos resultantes da administração da vacina, reportando-os, participando assim na farmacovigilância (APEF, 2021).

1.3. O Estágio

Considero, que o estágio em Farmácia Comunitária, é irrefutavelmente uma componente essencial na formação de qualquer futuro farmacêutico, contribuindo para o desenvolvimento de competências e aptidões, nomeadamente no que concerne à comunicação e atendimento ao utente. Importa salientar, que no meu caso, sendo eu trabalhadora-estudante, obtive total compreensão e disponibilidade da Diretora Técnica e restante equipa para frequentar o EC nas horas disponíveis, nomeadamente nos períodos da tarde, folgas, e férias, tendo este decorrido desde 11 de janeiro de 2021 até 31 de julho de 2021.

O estágio decorreu em duas fases, sendo a primeira referente a atividades de *back-office*, nomeadamente no que concerne ao aprovisionamento como a receção de encomendas, arrumação de medicamentos nos devidos locais, verificação de *stocks*, validades, devoluções aos distribuidores e arrumação do armazém e lineares. A fase seguinte do estágio foi dedicada ao contacto com o utente, nomeadamente no atendimento ao balcão com o apoio imprescindível do sistema informático Sifarma 2000®, aconselhamento farmacêutico, pedidos de entrega ao domicílio e ainda acompanhamento de alguns serviços farmacêuticos disponibilizados na farmácia.

2. Análise SWOT

Pretende-se, com esta análise SWOT (*Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) and *Threats* (Ameaças), avaliar de forma criteriosa, com base em pontos positivos e negativos o estágio curricular experienciado em farmácia comunitária. Assim, esta análise subdivide-se numa análise interna, que aborda os pontos fortes impulsionadores do bom funcionamento do estágio e aquisição de conhecimentos e os pontos fracos representantes das fragilidades do mesmo. Aborda-se ainda, uma análise externa referente ao meio envolvente, onde as oportunidades e ameaças constituem respetivamente, os fatores impulsionadores e opostos a todo o crescimento como profissional.

2.1. Strengths (Forças)

2.1.1. Aplicação e Consolidação de Conhecimentos

Na minha perspetiva de estudante e trabalhador, considero o estágio curricular em farmácia comunitária, bem como os estágios nas outras áreas de atividade farmacêutica, absolutamente essenciais para a consolidação e aplicação no “terreno” dos vastos conhecimentos adquiridos ao longo do MICF. É um facto, que durante o MICF, é fornecido um conjunto de ensinamentos imprescindíveis na compreensão do circuito do medicamento, nomeadamente conhecimentos tecnológicos e farmacológicos que constituem uma mais-valia neste ciclo de estudos. Por certo que, o conhecimento de grupos farmacológicos de medicamentos, interações farmacológicas, efeitos adversos e os casos clínicos abordados durante o MICF, representam uma boa preparação para a realização do Estágio Curricular em Farmácia Comunitária.

2.1.2. Localização/ Público-Alvo/ Horário da Farmácia

A FF localiza-se mesmo no “coração” da freguesia da Carapinheira, onde toda a população residente está distribuída nas imediações da farmácia, o que lhe garante uma afluência regular. O facto de se tratar de um meio rural, com uma população envelhecida e com menos mobilidade, acaba por beneficiar a farmácia em número de clientes. Também é facto, que as farmácias mais próximas distam mais de 6 km, reforçando assim a boa localização da farmácia. O horário de funcionamento da farmácia é de Segunda-feira a Sábado das 9h - 13h / 15h - 19h, possibilitando a ida à farmácia das camadas mais jovens da população ao fim do dia e sábado.

2.1.3. Equipa Técnica / Ambiente de Trabalho

Na FF impera um ambiente de trabalho absolutamente maravilhoso, como no seio de uma família e foi nesse sentimento que fui acolhida na farmácia, como o “membro mais novo

da família”. Metade da equipa da farmácia é constituída por elementos com mais de 30 anos de experiência e a outra metade corresponde a elementos jovens, conferindo a este conjunto um “equilíbrio dinâmico”, aliando a vasta experiência dos elementos mais velhos com a inovação e dinâmica dos elementos mais jovens. Toda a equipa demonstrou compreensão pelos meus medos e dúvidas, transmitindo total disponibilidade para qualquer esclarecimento e ensinamento. Considero, que foi dos fatores que mais contribuiu positivamente para o bom funcionamento do EC.

2.1.4. Disposição do Espaço Físico

A FF dispõe de um amplo espaço, distribuído por dois pisos, por forma a garantir a qualidade dos serviços prestados, dispondo de condições e instalações que asseguram a conservação e segurança dos medicamentos, bem como a acessibilidade e privacidade dos utentes, e como tal considero uma mais-valia no funcionamento do EC.

O piso superior interdito ao público, é constituído por uma grande divisão de arrumação do *stock* secundário e divisões de apoio à equipa técnica, como as instalações sanitárias e o vestiário. No piso inferior encontra-se a sala de atendimento ao público, com um balcão contínuo e 4 postos de atendimento dotados do *software Sifarma 2000*[®], onde se faz o atendimento personalizado ao utente. Na zona por trás do balcão, onde o público fixa o olhar, existem gavetas inferiores com protetores labiais, cremes de mão, ligaduras, compressas, tampões para ouvidos, entre outros e lineares com medicação familiar, como os MNSRM para a dor e inflamação da garganta, alívio da congestão nasal, alívio dos sintomas de rinite alérgica, produtos de puericultura, etc. Do lado oposto, encontramos lineares pontuais com produtos de dermocosmética e MNSRM para reforço vitamínico, aumento do apetite, melhoria da concentração e atenção. Nesta zona está disponível uma balança para os utentes se pesarem. No mesmo piso, encontra-se o gabinete de atendimento ao utente, constituindo um local de maior privacidade para atendimento personalizado e medição de parâmetros físicos e bioquímicos, nomeadamente pressão arterial e frequência cardíaca, colesterol total, triglicéridos, glicémia, teste de gravidez e outros serviços diferenciadores como administração de vacinas, injetáveis e a consulta de Audiologia. É também, neste piso que se encontra o gabinete da Diretora Técnica e uma pequena divisão interdita ao público, para receção de encomendas, devidamente equipada com computador, leitor ótico, impressora e impressora de código de barras para apoio às atividades de *back-office*.

2.1.5. Gestão/ Organização/ *Back-office*

A gestão e organização são essenciais para o bom funcionamento da farmácia e na FF estas tarefas não são descuradas, contribuindo positivamente para a aquisição de conhecimentos durante o EC. Desde a receção de encomendas, gestão de *stocks*, arrumação dos medicamentos, até à dispensa no atendimento ao público, tudo deve ser metodicamente verificado.

No EC tive oportunidade de desenvolver algumas tarefas de *back-office* como a receção de encomendas, onde se verifica a conformidade da encomenda com a confirmação do fornecedor, dos produtos enviados e dos produtos pedidos. Como não poderia deixar de ser, é meticulosamente verificada a integridade, data de validade e o Preço Impresso na Cartonagem (PIC) dos produtos rececionados. Caso a encomenda não se encontre conforme, é comunicado ao fornecedor a devolução. Esta tarefa revela-se de grande valor no EC, permitindo o conhecimento dos nomes comerciais dos medicamentos, os produtos com maior e menor rotatividade, bem como fornece a panorâmica geral de funcionamento da farmácia. Posteriormente, é feita a arrumação dos produtos nas gavetas, por ordem alfabética de princípio ativo e é sempre seguido o método FEFO “*first expire, first out*”, dispensando primeiramente os medicamentos com validade mais curta. Existe ainda, no piso superior, um espaço de armazenamento de *stock* secundário para arrumação de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e alguns medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) em armário de gavetas. Para além do armário de gavetas, existe ainda neste espaço um frigorífico para refrigeração dos produtos de frio. Esta tarefa revela especial importância na memorização do local onde se encontram os produtos, o que contribui positivamente aquando do atendimento ao público.

De modo a garantir o melhor atendimento ao utente, importa referir a Gestão de *stocks*, onde se verifica o *stock* existente, os respetivos prazos de validade e a devolução de produtos com validade inferior a 90 dias no caso de medicamentos e produtos de saúde, ou 120 dias no caso de produtos de veterinária. Também é de salientar, a monitorização de temperaturas e humidade feita uma vez por semana no armazém e frigorífico, o controlo e registo mensal de psicotrópicos em *stock* e cedidos, bem como o registo de todas as vacinas administradas e dados referentes às mesmas. Todos estes procedimentos estão devidamente explanados nas instruções de trabalho.

2.1.6. Sifarma 2000®

Nos dias de hoje, em qualquer atividade, é imprescindível uma ferramenta informática de suporte, e a atividade farmacêutica não é exceção. Assim, o Sifarma 2000®, apresenta diferentes módulos com várias funcionalidades direcionadas para o atendimento, dados dos utentes, encomendas, devoluções, gestão de produtos, inventário e faturação. Está incorporado

uma base de dados extensa, com inúmeras informações científicas acerca da medicação disponível, indicação terapêutica, composição qualitativa e quantitativa, posologia, contraindicações, reações adversas, interações medicamentosas, precauções a adotar e outras informações relevantes para o farmacêutico. Reconheço um contacto ligeiro com esta aplicação informática durante o MICF, no entanto, é um contacto muito valioso e um bom ponto de partida na compreensão das funcionalidades deste sistema informático. A FF utiliza o Sifarma 2000[®] como *software* informático de suporte, sendo utilizado nas várias vertentes de trabalho, possibilitando dar entrada de encomendas, fazer devoluções, regularizar devoluções, realizar encomendas diárias e instantâneas, atendimento ao público e ainda esclarecer dúvidas relativas à dispensa de acordo com a informação científica presente na base de dados (GLINTT, 2021). Por certo, a sua utilização durante o EC é uma mais-valia considerável para o futuro, considerando que o Sifarma 2000[®] é utilizado em cerca de 90% das farmácias em Portugal (GLINTT, 2021).

2.1.7. Serviços Farmacêuticos Disponibilizados

A FF disponibiliza vários serviços à comunidade em que se insere, nomeadamente entrega de medicamentos ao domicílio, medição da pressão arterial e frequência cardíaca, colesterol total, triglicerídeos, glicémia, teste de gravidez, administração de vacinas, peso, IMC, perímetro abdominal e consulta de audiologia. Durante o EC pude acompanhar alguns serviços, nomeadamente a entrega de medicamentos ao domicílio, medição da pressão arterial e frequência cardíaca e glicémia. Considero estes serviços de grande valor para a comunidade, revelando-se uma ferramenta importantíssima no controlo e monitorização de patologias crónicas, de uma forma simples, rápida e acessível, nomeadamente no intervalo das consultas com o médico de família. No contexto pandémico em que vivemos, estes serviços farmacêuticos ganham especial destaque, uma vez que as consultas presenciais nos cuidados de saúde primários foram suspensas e apenas em março de 2021 foi publicada a portaria que estabelece um incentivo excepcional à recuperação de consultas presenciais nos cuidados de saúde primários (SNS, 2021). Não devemos descurar o facto que, a prestação destes serviços, representa uma oportunidade para o farmacêutico comunitário envolver o doente no seu próprio tratamento, conversando sobre a adesão à terapêutica e os estilos de vida aconselhados e mais uma vez, contribuir para a literacia em saúde da população. A Entrega de medicamentos ao domicílio, já era um serviço prestado pela farmácia anterior à pandemia, principalmente no caso de utentes sem mobilidade e sem auxílio de familiares, no entanto nesta fase pandémica, foi extremamente importante pois contribuiu para a segurança e bem-estar de todos, ajudando a população a cumprir com as medidas de isolamento e quarentena. De facto, estas tarefas de contato

próximo com o utente, contribuem de forma positiva para o bom funcionamento do EC, nomeadamente no que concerne às aptidões relacionadas com a comunicação.

2.1.8. Comunicação Farmacêutico/Utente

A fase mais apaixonante do EC, é sem dúvida, o atendimento ao utente, e não posso deixar de referir o apoio extraordinário de todos os funcionários da FF, permitindo uma evolução gradual neste processo, apesar do pouco à vontade inicial.

Por certo, o farmacêutico, é o especialista do medicamento e agente de saúde pública que estabelece a “ponte” entre o utente e o medicamento, e neste sentido, na FF existe uma comunicação/interação notável entre o farmacêutico e o utente, pautada pela confiança e total disponibilidade, o que faculta a fidelização de grande número de clientes. Como já foi referido, todos os profissionais da FF transmitem disponibilidade absoluta para esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir aos utentes no que concerne ao medicamento, saúde pública, ambiente e estilos de vida que impactam no estado da sua saúde. Sendo uma farmácia com grande número de clientes fidelizados e conhecendo muito bem os seus clientes, todos os aconselhamentos são dotados de grande sensibilidade em relação aos fatores socioeconómicos, especialmente perante utentes idosos, grupos étnicos e outros grupos populacionais vulneráveis. É, pois, uma filosofia de trabalho, que deve imperar nas atividades da área da saúde, onde os profissionais devem aprender a respeitar as diferenças e limitações de cada utente, para o melhor atendimento possível. De facto, a comunicação com o utente, é uma “disciplina” que ao longo do tempo se revela fulcral, pois é através desta interação que o farmacêutico atinge os seus objetivos profissionais, “ensinando” a população para a correta utilização do medicamento, condições de conservação, prazos de utilização, possíveis efeitos secundários, interações, medidas não farmacológicas complementares, adesão à terapêutica e o risco associado à não adesão. Considero, este ponto muito positivo na FF, em que é dada uma atenção muito especial a cada utente, sempre com as características particulares de cada um no pensamento.

2.1.9. Fidelização do Cliente e Rapidez na Dispensa

Como já explanado, a FF possui uma afluência regular de clientes fidelizados e com “ficha de cliente” e, na maioria das vezes, os membros da equipa técnica, até já conhecem qual o nome comercial e dosagem do medicamento que o utente toma habitualmente, tornando nestes casos o atendimento simples, rápido e eficiente. Quando tal não se verifica, no caso de alguma alteração ou até mesmo no âmbito do meu EC, acedendo à ficha de cliente no Sifarma

2000[®], contendo os dados pessoais relevantes e o histórico farmacológico de toda a medicação realizada, dosagens e marcas dispensadas, é possível prestar um atendimento e aconselhamento de qualidade com o mínimo de erros possível. Não tenho dúvidas em relação à importância da fidelização dos utentes, não só pelo benefício económico para a farmácia, mas também pelos ganhos de saúde obtidos com a relação de confiança e segurança que se cria entre farmacêutico e utente. Ainda respeitante à fidelização, importa realçar que a FF integra o programa Farmácias Portuguesas, pertencente à Associação Nacional de Farmácias (ANF), tornando-se uma mais-valia para os clientes aderentes ao cartão deste programa que podem acumular pontos e descontar posteriormente nas suas compras, cumprindo o objetivo da satisfação do cliente. Considero um fator muito forte que facilita imenso na fase de atendimento ao público.

2.2. Weaknesses (Fraquezas)

A experiência vivenciada no EC foi imensamente gratificante, e qualquer ponto menos positivo vivenciado é reflexo da conjuntura socioeconómica atual e/ou até pessoal.

2.2.1. Não Preparação de Medicamentos Manipulados

Na FF não se preparam medicamentos manipulados, devido essencialmente ao ínfimo número de prescrições deste tipo de medicamentos. É uma decisão da Administração da farmácia, totalmente compreensível, perante a viabilidade económica desta atividade. Face ao número reduzido deste tipo de medicamentos, ao custo elevado das matérias-primas e atendendo ao prazo recomendado para a sua utilização, tornou-se impraticável este tipo de serviço. Quando, muito esporadicamente, havia prescrições neste sentido, a farmácia aconselhava ao utente outra farmácia nas localidades vizinhas.

2.3. Opportunities (Oportunidades)

2.3.1. Pandemia da Covid-19

É certo, que é um assunto conotado negativamente, todavia considero que as consequências a longo prazo desta pandemia podem impactar de forma positiva no funcionamento das farmácias e no papel do farmacêutico nas variadas áreas de atuação. Apesar, de se considerar que o pior cenário desta pandemia já passou, viveram-se tempos muito conturbados com o trabalho condicionado e a necessidade de adaptação constante a novas normas que a DGS ia publicando ou atualizando, obrigando a grande esforço por parte das equipas técnicas das farmácias na tentativa de satisfazer as necessidades dos utentes. É certo que, este período

pandémico constitui uma oportunidade de melhoria, abrindo as portas para novos modelos de negócio e novos serviços adaptados à realidade atual.

Também, no seio da comunidade, verificamos uma mudança nos comportamentos da população em relação à sua saúde, voltando agora as suas atenções para o aspeto físico e estilo de vida saudável, prevendo a procura crescente de suplementos alimentares, produtos dietéticos e dermocosmética. Além do mencionado, é mais uma vez, a oportunidade de o farmacêutico assumir de uma forma perentória o seu papel de agente de saúde pública e orientador da população, transmitindo de maneira fidedigna toda a informação disponível sobre a pandemia Covid-19, assumindo o seu papel na linha da frente e contribuindo para o combate e mitigação da doença. Como facilmente se compreende, ninguém passa por uma situação destas, sem retirar algum ensinamento de grande valor para o futuro e aperfeiçoar capacidades de adaptação e resiliência.

2.3.2. Revisão da Medicação / Acompanhamento Farmacoterapêutico

A afluência da FF, deve-se essencialmente a clientes de longa data, especialmente idosos e fidelizados, o que contribui em larga escala para a intervenção farmacêutica no que diz respeito ao acompanhamento farmacoterapêutico e revisão da medicação. É certo, que toda a população portuguesa está envelhecida, aumentando cada vez mais a esperança média de vida devido à inovação terapêutica, no entanto esta população idosa tem comorbidades e vulnerabilidades, sendo muitas vezes instituída polimedicação, mesmo com consequências graves associadas como o aumento da frequência das reações adversas, risco de quedas, interações medicamentosas e diminuição da adesão à terapêutica (Teixeira, 2014). É neste campo, que os objetivos do farmacêutico comunitário se focam e, é sua função, promover o uso racional do medicamento, garantir que os objetivos terapêuticos são cumpridos minimizando os resultados negativos associados à medicação, tornando os serviços de revisão da medicação e de acompanhamento farmacoterapêutico imensamente úteis para a comunidade e, portanto, muito oportuno na Farmácia Comunitária. Na FF, o acompanhamento farmacoterapêutico e a revisão da medicação, faz-se de forma pontual com base no histórico da medicação do utente na farmácia e nas informações prestadas pelo utente, de modo a monitorizar os objetivos terapêuticos e identificar possíveis interações com outros fármacos, efeitos secundários, posologias e dosagens incorretas.

2.3.3. Locais de Venda de MNSRM

O Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de agosto veio legitimar a venda de MNSRM em locais de venda fiscalizados pela agência reguladora do medicamento nacional, o INFARMED, I.P.,

sendo reconhecidos, pelo legislador, como locais de maior acesso aos medicamentos por parte da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Porém, por conta dos inúmeros pontos de venda MNSRM e Produtos de Saúde e Bem-Estar com preços muito competitivos, estes são na maioria das vezes conotados como uma ameaça para as farmácias comunitárias, provocando uma diminuição do volume de vendas e consequente faturação das mesmas. Penso, no entanto, que pode representar uma oportunidade para o farmacêutico comunitário, nomeadamente na prestação de serviços farmacêuticos exclusivos, como o aconselhamento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e revisão da medicação. Neste sentido, sou adepta do ditado popular” *quando se fecha uma porta, abre-se uma janela*”, e é neste sentido que o farmacêutico comunitário deve seguir, oferecendo à comunidade em que se insere, um atendimento e serviço qualificado e diferenciado capaz de captar a preferência da população.

2.4. Threats (Ameaças)

2.4.1. Medicamentos Esgotados / Rateados

Os medicamentos esgotados, temporariamente indisponíveis, e os medicamentos rateados, comercializados em pequenas quantidades, constituem uma ameaça ao bom funcionamento diário de uma farmácia comunitária. É uma situação que impacta negativamente na rotina diária da farmácia e na saúde e bem-estar do utente, não só quando se trata de medicamentos essenciais para o utente, mas também porque alguns utentes ficam nervosos e ansiosos com a situação, afetando o bem-estar psíquico dos mesmos. Nestas situações, a farmácia FF, aconselha uma farmácia na localidade vizinha de acordo com a situação e mobilidade do utente.

2.4.2. Locais de Venda de MNSRM

Apesar, de mencionar este tópico no ponto 2.3.3, é inevitável a sua inclusão concomitante nas ameaças à atividade farmacêutica, não só pelos motivos económicos, mas também pela contribuição para a utilização inconsciente do medicamento. Economicamente, as farmácias comunitárias são ameaçadas pela competitividade dos locais de venda de MNSRM, pois na tentativa de fazer face aos preços baixos concorrentes, são obrigadas a reduzir o preço de venda ao público dos mesmos produtos, e consequentemente, diminuem as margens de lucro e a sua faturação, provocando até a falência de muitas farmácias comunitárias portuguesas.

Considero também, um assunto muito pertinente, a facilidade de compra de um medicamento nestes locais, promovendo a automedicação sem aconselhamento qualificado, tornando este processo inseguro. Não podemos esquecer que são medicamentos cedidos sem prescrição médica, podendo ocorrer fenómenos de toxicidade e/ou interações no uso concomitante com outros medicamentos.

3. Casos Práticos

De modo a dar cumprimento a este tópico, apresento no Anexo I, 3 exemplos de casos práticos de aconselhamento farmacêutico, com os quais tive contacto durante o período de EC.

4. Notas Finais

Para a maioria dos estudantes do MICF, o EC, é o primeiro contacto com a área de Farmácia Comunitária, demonstrando a grande importância desta última unidade curricular no referido curso. Como é expectável, no início de um estágio curricular são sentidas várias dificuldades apesar da boa formação académica durante o MICF. Por certo, estar no “terreno” e contactar com a realidade diária da farmácia comunitária acarreta muita ansiedade e insegurança inicial, mas, com o decorrer do tempo torna-se extremamente gratificante, e na minha opinião, a realização deste estágio foi, indubitavelmente, um complemento extraordinário à formação adquirida ao longo do MICF e enquanto profissional de saúde.

O que mais me encantou foi a constatação de que o farmacêutico tem um papel muito além da dispensa de medicamentos, sendo o seu trabalho não só o acompanhamento de todas as etapas do circuito do medicamento, mas também a ponte entre o utente e o medicamento, e é nesta interação que o farmacêutico pode fazer a diferença e contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar da comunidade em que se insere. Considero o farmacêutico um grande promotor da saúde pública, como se revelou na pandemia da Covid-19, com a possibilidade de uma intervenção constante e competente perante a sua proximidade com a população. Na verdade, a farmácia comunitária representa uma *“porta de entrada para o sistema de saúde e um recurso importante para o acompanhamento da população”* (APFH, 2020).

Bibliografia

Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de agosto de 2005 do Ministério da Saúde, Diário da República, 1ª Série, nº 156 de 16 de agosto de 2005.

GLINTT - **Sifarma** [Acedido a 18 agosto 2021]. Disponível na Internet: <https://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/ofertas/SoftwareSolutions/Paginas/Sifarma.aspx>

INFARMED, I.P. - **Resumo das Características do Medicamento Dentispray, 50 mg/ml, solução dental.** [Consultado a 29 agosto de 2021]. Disponível na Internet: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

INFARMED, I.P. - **Resumo das Características do Medicamento Cetix 10 mg comprimidos para chupar.** [Consultado a 25 agosto de 2021]. Disponível na Internet: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS (OF) - **Farmácia Comunitária.** [Consultado 5 agosto de 2021]. Disponível na internet: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areasprofissionais/farmacia-comunitaria/>

PAULINO, E. - **O contributo do Farmacêutico Comunitário, para que fique tudo bem.** Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares (APFH), 2020 [Consultado 11 agosto 2021] Disponível na Internet: <https://www.apdh.pt/artigo/31>

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde (SNS) - **Cuidados de Saúde Primários.** Lisboa: SNS, 2021. [Consultado 20 agosto 2021]. Disponível na Internet: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/03/10/cuidados-de-saude-primarios-5/>

SIMÃO, C. - **O Papel do Farmacêutico no Plano de Vacinação contra a COVID-19.** Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia (APEF), 2021 [Consultado 8 agosto 2021]. Disponível na internet: <https://www.netfarma.pt/o-papel-do-farmaceutico-no-plano-de-vacao-contra-a-covid-19/>

TEIXEIRA, J.T.P - **Polimedicação no Idoso.** Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2014. Trabalho Final do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina. [Consultado 15 agosto 2021]. Disponível na Internet: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/29154>

Anexo I

Caso I

Mulher de aproximadamente 45 anos, dirige-se à farmácia muito aflita pedindo um remédio para a dor de dentes, referindo já ter consulta de Medicina Dentária marcada para dali a 2 dias, uma vez que sentia uma dor ligeira já há uma semana, mas que se agravava, entretanto. Após conversa com utente para perceber a intensidade da dor, patologias associadas e terapêutica habitual, foi cedido Brufen 400 (ibuprofeno 400 mg), 1 comprimido de 8 em 8 horas, para controlar a inflamação e aliviar a dor até à consulta médica. Para SOS foi cedido o Spray oral Dentispray indicado para o alívio sintomático da dor de dentes e gengivas, tendo em atenção que se trata de uma solução gengival de benzocaína 50 mg/mL, um agente anestésico local para alívio imediato da dor quando aplicado diretamente ou impregnada numa compressa localmente, recomendou-se a aplicação na zona a tratar, no máximo 3 a 4 vezes ao dia. Foi ainda reforçada a necessidade da consulta pelo Médico Dentista para despiste de possível infeção.

Caso II

Homem, com cerca de 18-20 anos, dirige-se à farmácia num final de tarde, pedindo um medicamento para aliviar a sensação de “olhos a queimar” que começou a sentir ao início da tarde. Após uma breve conversa para indagar qual a sintomatologia, possibilidade de infeção e possíveis causas da irritação ocular, percebeu-se que além da visível vermelhidão em ambos os olhos, o utente sentia um desconforto ocular acompanhado de ardor, possivelmente devido às longas horas em frente do computador. Questionado sobre outras patologias e terapêuticas associadas, o utente respondeu não fazer qualquer terapia. Foi cedido Isomar Occhi para aplicar 1 a 2 gotas em cada olho, sempre que necessário, indicado no caso de hipersensibilidade ocular devida a irritação, vermelhidão, ardor e cansaço ocular no caso de permanência prolongada perante ecrãs de TV/computador. Isomar Occhi é uma solução oftálmica que contém água do mar, de elevada pureza e elevado teor de oligoelementos, bem como Hipromelose e Ácido Hialurónico, lubrificante e hidratante respetivamente. Isomar Occhi é indicado para adultos e crianças e compatível com medicamentos oftálmicos, aguardando sempre 15 min entre a sua aplicação. Foram ainda explicadas as condições de conservação, como a temperatura <25°C, humidade e manter ao abrigo da luz, não descurando a validade de 30 dias após abertura.

Caso III

Homem, com cerca de 30-40 anos, apresenta-se na farmácia com corrimento nasal intenso e com queixas de “nariz a escorrer”, pedindo um medicamento para alívio dos sintomas. Após algumas questões relativas ao aspeto das secreções e sua frequência, o utente relata que as secreções são aquosas e transparentes, acompanhadas de crises de espirros e alguma coceira nos olhos. Foi cedido Cetix® 10 mg comprimidos para chupar, um medicamento anti-alérgico, que contém como substância ativa dicloridrato de cetirizina, indicado no alívio dos sintomas nasais e oculares da rinite alérgica sazonal e perene, com toma independentemente da hora das refeições. Foi ainda questionado sobre a presença de patologias crónicas e terapêuticas associadas, com resposta negativa por parte do utente, sendo recomendado 10 mg uma vez por dia, correspondente a 1 comprimido para chupar uma vez ao dia.

Capítulo II

Monografía

“Saúde Global, Pneumónica e Covid-19:

O que aprendemos desde 1918”

Lista de Siglas e Abreviaturas

BEI - Banco Europeu de Investimento

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BM - Banco Mundial

COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019*

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

EMA - Agência Europeia do Medicamento

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FMI - Fundo Monetário Internacional

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

HPV - *Human Papillomavirus*

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMC - Organização Mundial do Comércio

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONGs - Organizações Não-Governamentais

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

SARS - *CoV-2-severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

Resumo

Em dezembro de 2019 foram identificados em Wuhan, na China, os primeiros casos de doença provocados por um novo coronavírus, denominado de SARS-CoV-2. A doença provocada por este novo coronavírus foi designada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). A pandemia da Covid-19 foi declarada pela OMS em 11 de março de 2020, e desde então, já terá totalizado 196 milhões de infetados e provocado cerca de 4,2 milhões de mortos em todo o Mundo. No território nacional o cenário não é muito animador, pois desde a chegada da pandemia a Portugal, já foram contabilizados 960 mil casos confirmados e 17 mil óbitos. Devido à rápida propagação e ao tardar de medidas concertadas eficazes a nível mundial, a doença teve um enorme impacto médico, económico, social e cultural em todo o mundo, constituindo uma forte ameaça aos esforços globais para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas.

As pandemias fazem parte da história da Humanidade, dizimando populações durante a atividade pandémica, e embora já se tenham enfrentado várias pandemias nos últimos 100 anos, uma das piores e mais marcantes, foi a pandemia de influenza de 1918, conhecida mundialmente como “gripe espanhola” ou mais comumente apelidada em Portugal de “gripe pneumónica”. Na verdade, as referências históricas não devem servir apenas como comparações teóricas, mas sim como ponto de partida para retirar ilações aplicáveis ao presente e futuro, nomeadamente no campo da Saúde Global. A Saúde Global é uma ferramenta essencial para a segurança global, pois atualmente, e de acordo com as palavras da Ministra da Saúde Portuguesa Marta Temido, *"nenhum Estado está seguro até que todos estejam seguros"* (LUSA, 2021^a). Neste contexto, a pandemia da Covid-19 demonstrou precisamente, o quão essencial é a solidariedade global, como arma para enfrentar ameaças de saúde pública partilhadas. É, portanto, imperatório, uma reflexão crítica sobre as políticas de Saúde Global implementadas no combate à Covid-19, no plano mundial e mais especificamente no caso de Portugal.

A presente monografia tem como objetivo, fazer uma análise criteriosa sobre as políticas de Saúde Global adotadas na pandemia da Covid-19, partindo de uma análise retrospectiva ao período pandémico de 1918-1919, de modo a estabelecer analogias e divergências entre os dois períodos.

Palavras-chave: Covid-19; Gripe Pneumónica; Pandemia; SARS-CoV-2; Saúde Global.

Abstrat

In December 2019, the first cases of disease caused by a new coronavirus, called SARS-CoV-2, were identified in Wuhan, China. The disease caused by this new coronavirus was designated by the World Health Organization (WHO) as *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). The Covid-19 pandemic was declared by the WHO on March 11, 2020, and since then, it has already totaled 196 million infected and caused about 4.2 million deaths worldwide. In the national territory, the scenario is not very encouraging, as since the arrival of the pandemic in Portugal, 960 thousand confirmed cases and 17 thousand deaths have already been recorded. Due to the rapid spread and delayed effective concerted action worldwide, the disease has had an enormous medical, economic, social, and cultural impact around the world, posing a strong threat to global efforts to achieve the United Nations Sustainable Development Goals.

Pandemics are part of human history, decimating populations during pandemic activity, and although there have been several pandemics in the last 100 years, one of the worst and most striking was the 1918 influenza pandemic, known worldwide as the “Spanish flu” or more commonly known in Portugal as “pneumonic flu”. In fact, historical references should not only serve as theoretical comparisons, but rather as a starting point to draw lessons applicable to the present and future, namely in the field of Global Health.

Global Health is an essential tool for global security, as currently, and in the words of Portuguese Health Minister Marta Temido, “no State is safe until everyone is safe” (LUSA, 2021^a). In this context, the Covid-19 demonstrated precisely how essential global solidarity is as a weapon to confront shared public health threats.

It is, therefore, imperative to have a critical reflection on the Global Health policies implemented in the fight against Covid-19, at the global level and more specifically in the case of Portugal. This monograph aims to make a careful analysis of the Global Health policies adopted in the Covid-19 pandemic, starting from a retrospective analysis of the 1918-1919 pandemic period, in order to establish analogies and divergences between the two periods.

Keywords: Covid-19; Global Health; Pandemic; Pneumonic Flu; SARS-CoV-2.

I. Introdução

Atualmente, a Humanidade enfrenta a pandemia da Covid-19, conhecida como pandemia de coronavírus e definida como uma doença respiratória causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). O primeiro caso conhecido da doença foi identificado em dezembro de 2019 em Wuhan, na China. A partir da China, o Sars-Cov-2 espalhou-se pelo mundo, impulsionado pelo grande fluxo de pessoas e bens, muito em conta da globalização. A 30 de janeiro de 2020, a OMS classificou o surto como Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional e após menos de 3 meses, a 11 de março de 2020, devido à célere propagação e gravidade da doença, foi classificado como pandemia.

Em 29 de julho de 2021, as fontes oficiais, revelam 195 865 047 casos confirmados em 192 países, contabilizando 4 185 754 mortes pela doença, tornando-se uma das pandemias mais mortais da história (RITCHIE *et al.*, 2021^a). Em Portugal, as mesmas fontes, contam 960 437 casos confirmados e 17 320 mortes por Covid-19 (RITCHIE *et al.*, 2021^b), número apenas ultrapassado pela gripe de 1918-19, também designada de “gripe pneumónica” ou “gripe espanhola”.

O espectro clínico da infeção por SARS-CoV-2 é muito amplo, podendo variar desde uma simples gripe até uma pneumonia grave e morte. No entanto, os especialistas advertem que o legado da pandemia vai muito mais além, não se limitando às pessoas que adoecem e morrem com Covid-19, mas sim às consequências sociais, políticas, económicas e culturais consequentes (SOBRAL, 2020). Assim, torna-se essencial uma análise das implicações destes fatores na saúde da população, a curto e a longo prazo. A estimativa de infetados e mortos, relatada todos os dias na comunicação social, tem um impacto forte sobre os sistemas de saúde, traduzindo a exposição das populações e grupos vulneráveis, a sustentação económica do sistema financeiro e da população, e ainda, a saúde mental dos cidadãos confinados. É verdade que tais implicações têm repercussão no acesso a bens essenciais como alimentação, medicamentos, cuidados de saúde, transportes, entre outros. Segundo Sobral (2020, p. 264) *“Nenhuma outra pandemia desencadeou um alarme e uma reação comparável à atual, que levou à adoção de medidas para a conter que alteraram radicalmente o nosso dia-a-dia. Estas medidas atingiram profundamente um sistema económico fortemente mundializado. A crise económica traduziu-se em efeitos sociais profundos que vão do desemprego generalizado ao agravamento das desigualdades”*.

A necessidade de políticas para contenção da mobilidade social como o isolamento e quarentena, a urgência em testar novos medicamentos e vacinas constituem implicações éticas

e de direitos humanos que merecem prudência, pois estão em jogo grandes implicações políticas e ideológicas, nas ações a tomar com impacto no presente e futuro das sociedades. A saúde faz parte da agenda política internacional e é o componente essencial dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, os problemas de saúde e as suas soluções transcendem as fronteiras nacionais e tem impacto global no desenvolvimento mundial, fazendo parte da política externa e da cooperação internacional (FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2013; SOBRAL, 2020). Evidencia-se assim, a necessidade de novas abordagens que relacionem o local com o global, atendendo a processos muito dinâmicos no tempo e espaço, pautadas por valores basilares como ética, justiça e solidariedade, nascendo assim novas políticas de Saúde Global imprescindíveis no controlo de pandemias. No entanto “(...) apesar de inúmeros avanços neste campo, a interdependência impulsionada pela globalização contemporânea reflete as iniquidades e dinâmicas de poder existentes que impactam sobremaneira a saúde (...)” (LOUREIRO, 2019). A Saúde Global é uma área multidisciplinar e coletiva que deve ser abordada por ações concertadas, comuns e multilaterais, local e globalmente. Neste contexto, facilmente se compreende a urgência de uma reflexão sobre as políticas de Saúde Global atuais, de modo a desenvolver e implementar estratégias conjuntas no combate desta pandemia e/ou de outras doenças infecciosas emergentes que possam surgir no futuro, evidenciando o reforço dos sistemas de saúde pública e da cooperação global. Torna-se imprescindível a construção de recursos focados no bem-estar das pessoas, investindo mais nas populações, na coesão social e na importância da saúde pública.

Vários especialistas defendem que devemos retirar lições do passado e segundo Sobral (2020, p.264) “(...) a pandemia de COVID-19 trouxe à memória a gripe de 1918-19, a única nos últimos cem anos que se lhe pode comparar ao nível dos efeitos disruptivos que provocou”. Aliás, esta comparação também foi realizada pela OMS (LUSA, 2020). Deste modo, pretende-se com base numa avaliação comparativa entre as duas pandemias, refletir sobre as estratégias de Saúde Global implementadas a nível mundial e nacional.

2. Saúde Global

2.1. Conceito de Saúde Global e Seus Princípios

Segundo a OMS, o conceito de "Saúde", mais do que ausência de doença, representa uma situação de completo bem-estar físico, psíquico e social, incluindo a adequação do sujeito individual ao meio em que está inserido (SCLIAR, 2007).

A Saúde Global é um conceito abrangente que engloba o estado de saúde, os determinantes e intervenções na população mundial e que se sobrepõe aos interesses e perspetivas

individuais dos países (FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2013; MATTA & MORENO, 2014; LOUREIRO, 2019). É independente de fronteiras físicas, administrativas, culturais ou linguísticas e requer uma ação concertada e multidimensional mundial. O conceito de Saúde Global não é restrito a questões relacionadas com saúde que transponham fronteiras internacionais, mas sim a qualquer questão de saúde que preocupe muitos países ou seja afetada por determinantes transnacionais, como mudança climática ou urbanização (KOPLAN, 2009; MATTA & MORENO 2014). Além disso, deve abordar o controlo do tabaco, as deficiências de micronutrientes, a obesidade, a prevenção de acidentes, a saúde dos trabalhadores migrantes e a migração dos profissionais de saúde (DGS, 2012). A Saúde Global constitui uma plataforma que permite a acumulação de experiências, conhecimento e recursos, independentemente dos aspetos geográficos (DGS, 2012; FORTES & RIBEIRO, 2014). No contexto da Saúde Global prioriza-se a promoção da equidade social e económica, a redução de desigualdades, a intervenção em populações desfavorecidas, a vigilância e proteção contra as ameaças globais como as pandemias e a vigilância dos determinantes globais com influência na saúde, como o comércio, as alterações climáticas, o crescimento populacional e a segurança alimentar (DGS, 2012; FORTES, 2015). A Saúde Global visa a melhoria da saúde das populações, a análise dos determinantes sociais da saúde e a luta pela equidade em saúde a nível mundial (FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2013; FORTES, 2015; SOBRAL, 2020). O conceito de Saúde Global baseia-se no pressuposto que a saúde é um bem público global e tem a justiça social, a equidade e a solidariedade social como princípios éticos orientadores (BUSS, 2007; CUETO, 2015).

2.2. Evolução Histórica do Conceito de Saúde Global e seus Intervenientes

2.2.1. Séc. XIX: O Nascimento da Saúde Internacional

Desde sempre, as questões relativas à origem e à transmissão das doenças infecciosas tiveram e têm repercussões no perfil epidemiológico dos países, constituindo uma grande preocupação e controvérsia entre eles. Com o processo de colonização, os homens passaram a ter contacto com regiões, pessoas e produtos nos diferentes pontos do planeta, requerendo assim, mecanismos e políticas eficientes para evitar possíveis contaminações, principalmente de doenças desconhecidas dos países mais poderosos (ALLEYNE, 2007).

Ao longo do século XIX a evolução da medicina acompanhou o desenvolvimento económico, social e político da época e a organização económica do mundo favoreceu o nascimento de empresas industriais e comerciais, conotando o século XIX como o século da industrialização e da urbanização. O enorme tráfico marítimo e terrestre decorrente de novos meios de transporte, e o intercâmbio de produtos comerciais e industriais, fomentaram a

troca de ideias, descobrimentos científicos e resultados experimentais entre os vários países, dotando a ciência de uma grande dinâmica. A população europeia cresceu exponencialmente entre 1800 e 1914 passando de 180 a 470 milhões de pessoas, ampliando a população trabalhadora, que passou a concentrar-se em torno das cidades, formando os subúrbios operários onde predominam as más condições de vida com alojamentos baratos, sem higiene, fraca alimentação e pobreza, contribuindo para a proliferação de microrganismos patológicos e consequente aumento das doenças contagiosas e problemas de saúde pública. Neste período, a higiene e saúde pública das cidades europeias eram deficitárias, os hospitais muito carenciados e a mortalidade chegava a ser de 25% dos doentes internados (BROWN & CUETO & FEE, 2006; ALMEIDA, 2017). A Alemanha, França e Inglaterra enfrentavam graves problemas de saúde pública devido à industrialização e urbanização, tornando-se indispensável uma verdadeira política de higiene, nascendo assim a primeira legislação sanitária contra as doenças infecciosas, impulsionada pela terrível epidemia de cólera que assolou a Europa em 1830 (BROWN & CUETO & FEE, 2006). A partir deste ponto verifica-se um rápido progresso dos estudos higiênicos e da defesa sanitária e é em Inglaterra que tem início a campanha sanitária europeia com a recomendação das primeiras medidas de saúde pública como a distribuição de água potável, saneamento dos bairros operários, construção de esgotos, desenvolvimento de uma educação sanitária nas escolas e novas vacinas. Surge o Movimento Higienista na Europa com o objetivo de proteger a população como um bem, contribuindo para a formulação de políticas de saúde pública com aplicação no espaço urbano e criação de sistemas coletivos de saneamento.

Em 1833, no Egito, foi criado um Conselho Sanitário com representantes de vários países que tinha como objetivo proteger os países europeus e refletir sobre os problemas de quarentena e de higiene internacional (BROWN & CUETO & FEE, 2006; ALLEYNE, 2007).

Em 1839, realizou-se em Constantinopla, um encontro entre o Comité de Saúde turco e autoridades estrangeiras, que procurava estabelecer acordos em relação ao sistema de quarentena (BROWN & CUETO & FEE, 2006; ALLEYNE, 2007).

A primeira Conferência Internacional de Saúde realizou-se em 1851, resultando na convenção de uma série de normas que constituíram o código sanitário internacional referente à quarentena, à notificação da cólera, da peste e febre-amarela, bem como as medidas legais no sentido da não interferência nas soberanias dos países. A cooperação sanitária internacional em saúde nasce após entendimento de que no mundo cada vez mais reduzido em tamanho, devido à interdependência económica e política internacional, o surgimento de doenças numa área restrita do globo constitui um perigo contínuo e iminente para todas as outras regiões. Neste contexto, a segunda metade do século XIX dá lugar aos acordos intergovernamentais

de cooperação internacional para controlo e prevenção de doenças infectocontagiosas, nomeadamente as disseminadas por via marítima, protegendo os interesses sanitários e comerciais dos países mais poderosos. Segundo Arigam (2004 apud Alleyne, 2007, p.46) a “(...) verdadeira política da diplomacia de saúde pública do século XIX, impulsionada pelas conferências sanitárias internacionais, era o desejo de proteger a Europa civilizada das doenças e agentes patogénicos exóticos que emanavam das sociedades não civilizadas de fora da Europa”.

O termo Saúde Internacional, só seria cunhado em 1913, pela Fundação Rockefeller, nos Estados Unidos da América (EUA), e focava-se em ações desenvolvidas para prevenção e controlo de doenças infectocontagiosas, combate à desnutrição, à mortalidade materna e infantil, e atividades de assistência técnica, principalmente nos países menos desenvolvidos, fundamentada em bases médicas e biológicas e em relações assistencialistas, provenientes de países desenvolvidos (VILLA et al., 2001). É certo que o conceito de Saúde Internacional, sofreu modificações ao longo do tempo, decorrentes da evolução do próprio conceito de saúde, mas de uma forma geral a “(...) Saúde Internacional é resultante da dinâmica social, cultural, económica e da política internacional entre diferentes populações (...)” (VILLA et al., 2001 p.102) e em função disso, é considerada parte das relações exteriores, em que saúde e doença produzem repercussões que transcendem políticas e fronteiras nacionais.

2.2.2. Séc. XX: A Transição para Saúde Global

Desde o início do século XX até a formação da OMS, em 1948, ocorreu um aumento do interesse pela saúde internacional e do trabalho colaborativo internacional no campo da saúde. O grande aumento do comércio entre as nações e a melhoria e ampliação dos transportes conduziram ao encurtamento das distâncias e determinaram mudanças abruptas nas condições sanitárias a nível mundial, exigindo ações no controlo das doenças no âmbito internacional (FORTES & RIBEIRO, 2014; FORTES, 2015). Em 1902, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), constituída inicialmente como Repartição Sanitária Pan-Americana, foi das primeiras organizações intergovernamentais a ser estabelecida, integrando o processo de instituição da saúde internacional como domínio da saúde pública, por conta da ascendente interdependência entre os povos devido à expansão dos mercados capitalistas ao longo do século XIX. Era um organismo internacional especializado no contexto interamericano, colaborando com ministérios da saúde, instituições públicas e entidades privadas, universidades, organizações não-governamentais (ONGs) e grupos comunitários dos países da região, além de cooperar com agências multilaterais e instituições financeiras internacionais afetas à área da saúde, sendo indiscutível o seu contributo para a vigilância sanitária e controlo de epidemias e endemias (BROWN & CUETO & FEE, 2006).

Em 1906, foi instituído o Office International d’Hygiène Publique, com sede em Paris, que passou a ser a primeira instituição de carácter internacional, com função de reunir e distribuir informações epidemiológicas resultantes das Convenções Sanitárias, nomeadamente no que dizia respeito à peste, cólera, varíola, tifo exantemático e febre-amarela (BROWN & CUETO & FEE, 2006; VILLA *et al.*, 2001).

Fundada em 1909, a Fundação Rockefeller, teve um papel central na saúde internacional, fundamentalmente no financiamento de projetos para capacitação de recursos humanos e implementação de programas de saúde em quase todos os países do terceiro mundo (VILLA *et al.*, 2001).

Em 1923, após a Primeira Guerra Mundial, foi estabelecida a Organização de Saúde da Liga das Nações, focada no serviço de inteligência epidemiológica, desenvolvendo um trabalho informativo que passava pelo relato da presença de doença e quais as medidas a adotar pelos países (VILLA *et al.*, 2001). Viviam-se na “(...) idade do isolacionismo, em que o mundo desenvolvido considerava o mundo em desenvolvimento como um reservatório de pestilência e doenças (...)” (ALLEYNE, 2007 p.46). Considerava-se uma prevalência desigual de doenças, e a questão estava em prevenir que as doenças do pobre afetassem o rico, surgindo as normas para inspeção dos portos de modo a garantir que os navios não ficassem infetados ou infestados (ALLEYNE, 2007). Nesta fase, prevenir não era só fundamental para a condição humana, mas também para o comércio internacional, e a preocupação com a saúde dirigia-se às pessoas dos países individuais, e não à saúde das pessoas na escala mundial, uma vez que cooperação internacional não se estendia à prestação de assistência generalizada para melhorar a saúde das pessoas mais pobres e menos saudáveis do mundo.

Finda a segunda guerra mundial, em 1946 foi criada a OMS, órgão único responsável pela coordenação da saúde internacional, incorporando o trabalho das organizações internacionais de saúde pré-existentes e com ação nas relações internacionais e na diplomacia entre os vários países. A OMS tem a função de aconselhar os países em questões de saúde e de encorajar a adoção de medidas ou ações baseadas nos seus estudos e estatísticas sobre a situação da saúde na população mundial, preparando o Regulamento Sanitário Internacional com as diretrizes internacionais e recomendações de políticas de saúde aconselhadas aos estados-membros. Criada com grande entusiasmo e expectativa, a OMS liderou campanhas contra doenças nos anos 1950-60 e idealizou um programa sanitário holístico conhecido como Atenção Primária à Saúde em 1970, assumindo um papel de liderança e destaque em saúde global nesse período (BROWN & CUETO & FEE, 2006). A OMS foi o fórum incontestável onde os países reuniram informação e recursos para abordar as questões de saúde (VILLA *et al.*, 2001; BROWN, 2006; ALLEYNE, 2007). A partir de 1980, a liderança da OMS esteve

ofuscada pelas mudanças mundiais provocadas pela transnacionalização das finanças e pelas atividades empreendidas por outros organismos internacionais, nomeadamente o Banco Mundial (BM) (BROWN & CUETO & FEE, 2006). O seu financiamento é uma questão pertinente, a OMS era, aquando da sua criação, maioritariamente financiada pelos Estados-membros, mas entretanto, a maioria do seu orçamento é oriundo de doações provenientes de fundações filantrópicas, e até, da indústria farmacêutica.

A 24 de Outubro de 1945, terminada a Segunda Guerra Mundial, estabeleceu-se a Organização das Nações Unidas (ONU), criada como organização intergovernamental para promover a cooperação internacional, substituindo a Liga das Nações, com intenção de impedir outro conflito mundial. A missão da ONU é guiada pelos propósitos e princípios contidos na sua Carta Fundadora, a Carta das Nações Unidas, possibilitando ações sobre questões relacionadas com a humanidade, paz e segurança, alterações climáticas, desenvolvimento sustentável, direitos humanos, desarmamento, terrorismo, ajuda humanitária, emergências de saúde, igualdade de género e governação. Neste contexto, atendendo que um dos dezassete Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), até 2030, é assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, facilmente se compreende que a ONU desempenha um papel central na cooperação concertada entre países em prol da saúde global (MOREL, 2004; ALLEYNE, 2007).

A segunda fase da saúde internacional começou após a Segunda Guerra Mundial e estendeu-se até as últimas décadas do século XX, com ênfase na circulação de ideias, pessoas e produtos, e com isso, o reconhecimento das implicações dos fatores sociais na saúde, sendo estes os responsáveis pela degradação da saúde da população. O estudo do ambiente social passou a ser determinante para o entendimento dos fatores que determinam a doença, qualidade de vida e saúde populacional, prestando-se mais atenção ao controlo e prevenção de doenças à escala mundial e à ação internacional com esta finalidade. As forças impulsoras são essencialmente humanitárias, interesse próprio e segurança nacional, com as nações cooperando entre si para atingir as finalidades comuns, como foi o caso da erradicação da varíola, que representa a vitória da cooperação internacional para um esforço global de saúde. No final do séc. XX, o Banco Mundial (BM), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) aumentaram a sua atuação nos países de terceiro mundo, canalizando mais recursos para as áreas sociais, especialmente nos sectores da saúde e educação, com a finalidade de reduzir a pobreza e assegurar a sustentabilidade do processo de desenvolvimento, uma vez que as entidades que renegoceiam as dívidas externas dos países subdesenvolvidos, passam a determinar as prioridades de investimento no campo da saúde (VILLA *et al.*, 2001; BROWN & CUETO & FEE, 2006).

2.2.3. Sec. XXI: Saúde Global na Atualidade

No final do séc. XX, mais abrangente que a saúde internacional, que focava essencialmente acordos intergovernamentais, disciplinas universitárias e programas sanitários em países pobres, surgiu o novo conceito de saúde global (BUSS, 2007; FORTES & RIBEIRO, 2014).

A terceira fase da saúde internacional, começou nas últimas décadas do séc. XX estendendo-se até ao presente, caracterizada por uma mudança fundamental no número de interessados e na pluralidade das organizações que intentam melhorar a saúde na escala mundial (ALLEYNE, 2007). O interesse pela saúde é impulsionado pelo risco coletivo, acentuado pela globalização, com rápido fluxo de informações, pessoas, animais e bens comerciais que contribuem para doenças emergentes, surgindo numerosos vetores de doenças que incluem seres humanos, alimentos e animais (ALLEYNE, 2007; FORTES & RIBEIRO, 2014; GRISOTTI, 2016). Neste seguimento, já no séc. XXI, observa-se a emergência de novos conceitos no âmbito da saúde coletiva, como “ (...) *saúde global, bens públicos globais, governança global em saúde, saúde pública global e diplomacia da saúde (...)*” (SAMPAIO & VENTURA, 2016 p.146). O termo “*saúde internacional*” foi sendo substituído pelo termo “*saúde global*” para referir a saúde como um fenómeno transnacional, considerado para além das relações internacionais entre países. A abordagem da saúde global é apresentada em resposta a novos eventos, como epidemias internacionais que atingem países ricos e pobres (FORTES & RIBEIRO, 2014). Este conceito emergiu de um processo histórico e político, no qual o papel da OMS, antes dominante, passou a ser desafiado, e reposicionado no âmbito de um conjunto de alianças de poder e em constante transformação (MOREL, 2004; BROWN & CUETO & FEE, 2006). Este novo conceito foi criado em resposta aos problemas gerados pela globalização, como a emergência de novas doenças que transformaram o cenário epidemiológico mundial, surgindo muitas infeções que incidiram igualmente sobre países ricos e pobres como por exemplo o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Importa referir, que existe na atualidade, uma centralidade dos medicamentos nas discussões e propostas de intervenção na área de saúde global pelas agências multilaterais como a OMS ou entidades filantrópicas, resultando num processo de “farmaceuticalização” da saúde global. Muitos dos programas de saúde global referem o fornecimento de fármacos, revelando o papel essencial dos farmacêuticos para atingir as metas de saúde global. De referir que a constituição da OMS de 1946 não mencionava fármacos, o que reflete o desenvolvimento tecnológico na área, as mudanças políticas e epidemiológicas. Alguns estados-membros defendem até, que é função da OMS, prover fármacos essenciais para países em desenvolvimento, interpretando a sua ausência como falha de direitos humanos. Esta questão gera um conflito entre a necessidade de garantia da distribuição dos medicamentos essenciais e os

interesses de mercado. A indústria farmacêutica, teve sempre um papel fundamental ao investir no desenvolvimento de medicamentos em prol da saúde e da vida, mas só agora a sociedade reconhece a importância da inovação na saúde, admitindo que a saúde é essencial para sociedades produtivas, e deve ser um compromisso conjunto para que as pessoas possam viver mais e melhor (IFPMA, 2011). De acordo com a OMS, os desafios mais importantes na área da saúde prendem-se com o acesso a medicamentos mais eficazes e a necessidade de melhorar os sistemas de saúde e enfrentar eficazmente problemas sanitários atuais e emergentes como a atual pandemia COVID-19.

Na saúde global deve conjugar-se vários fatores como o papel dos pacientes, o papel das parcerias público-privadas, a transparência em investigação e desenvolvimento (I&D), em relação ao preço dos medicamentos, acesso ao medicamento, adesão às terapias, importância da tecnologia inovadora e o papel das empresas para melhorar a percepção da indústria e alcançar um melhor ambiente de negócios (IFPMA, 2011). A investigação científica, nomeadamente no campo da pesquisa translacional, tem contribuído para o desenvolvimento de produtos e estratégias para prevenir, diagnosticar e tratar doenças de maior impacto social e reduzir as desigualdades entre as diversas populações, contribuindo para o controlo das doenças infecciosas com interesse na saúde global, introduzindo inovações para proteção e recuperação da saúde de preferência por meio dos sistemas públicos de saúde com acesso universal. Neste campo evidencia-se a aplicação da pesquisa translacional nas estratégias de uso profilático de medicamentos em massa contra parasitoses, a combinação de fármacos no tratamento da malária resistente à cloroquina, a terapia multidroga usada na tuberculose, a terapia inovadora contra HIV, o desenvolvimento da vacina contra o HPV e os tratamentos personalizados para o cancro baseados em biomarcadores moleculares.

A pandemia de Covid-19 trouxe lições e desafios para a ciência e gestão em saúde global, realçando que a comunidade científica, em colaboração com os serviços de vigilância epidemiológica devem estar atentos, preparados e responsivos à reemergência de agentes infecciosos e a transparência, partilha de dados e adesão ao Regulamento Sanitário Internacional são fundamentais em situações de emergência epidemiológica. É factual que o esforço científico coletivo multiprofissional e as agendas de pesquisa em saúde pública são cruciais para a resposta rápida dos países a situações como a Covid-19. As lideranças nacionais e internacionais devem informar e educar a população sobre as medidas preventivas e atendimento médico de forma harmoniosa e a comunicação social, bem como as redes sociais têm um papel fundamental na comunicação do conhecimento baseado em evidências científicas evitando o pânico generalizado. Alguns especialistas defendem que as epidemias em tempos de globalização, internet e redes sociais, desnudam as iniquidades e fraquezas das estruturas públicas de saúde

e das estruturas políticas para enfrentar as ameaças biológicas (BARRETO,2017). A pandemia da Covid-19 demonstrou que precisamos de respostas globais para pandemias globais.

2.3. Saúde Global em Portugal

Nos últimos 45 anos tem existido uma continuidade nas políticas de saúde em Portugal, a intervenção do estado nas políticas de saúde tem vindo a ser reforçada desde 1971, com a intenção de priorizar a promoção da saúde e a prevenção da doença (CORTES, 2016). As prioridades nacionais, foram na época, definidas à luz das discussões internacionais e do que seria posteriormente adotado pela OMS em Alma-Ata em 1978, tratava-se de aspetos inovadores para a política da época contando com o apoio das forças políticas, sociais e da saúde (CORTES, 2016). Durante os séc. XIX e XX, até à criação do SNS, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência, ficando a cargo do Estado apenas a assistência aos pobres. Após a revolução de 25 de Abril de 1974 e até ao fim da década de 1970, desenvolveu-se uma fase “ (...) otimista e de consolidação normativa do SNS (...) ” e segundo o art.º 64º da Constituição de 1976, estabeleceu-se o direito à proteção da saúde através da “ (...) criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e gratuito (...) ” e instituiu-se como obrigação do estado a responsabilidade de “ (...) orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos”(CRISÓSTOMO, 2016, p.38). Em 1979 com a publicação da Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro, a criação do SNS veio marcar o “nascimento” do sistema nacional de saúde português, assegurando o acesso universal e gratuito a cuidados de saúde, regido pelos princípios de uma direção unificada do SNS, uma gestão descentralizada, gratuidade e carácter supletivo do sector privado (CORTES, 2017; PORTUGAL, 2019). Desde então, o sistema de cuidados de saúde português tem como base o SNS, com carácter público, cobertura universal, acesso livre na utilização de serviços e financiamento através de impostos. Desde a sua aplicação, os indicadores do estado de saúde da população demonstram que a cobertura de cuidados de saúde duplicou e verificou-se melhoria em alguns indicadores de saúde como a mortalidade infantil (CRISÓSTOMO, 2016; CORTES, 2017; PORTUGAL, 2019). Apresenta-se assim, uma continuidade das políticas de saúde, decorrente do compromisso político afirmado aquando da criação do SNS.

Em questões de saúde Global, foi o XXI Governo Constitucional, que aprovou a 19 de abril de 2018, medidas mais concretas e determinadas para a promoção da saúde global, criando um grupo de trabalho para a elaboração, acompanhamento e monitorização do Plano de Ação para a Saúde Global 2018-2019, personificando todos os esforços e intenções do

Governo nacional na nomeação do Alto-Comissário para a Saúde Global. Segundo esta resolução, a medida prioritária seria a promoção de um Portugal global e o reforço da cooperação com países que partilham com Portugal laços históricos, promovendo a participação ativa de Portugal na defesa dos direitos humanos e no desenvolvimento sustentável no contexto da ONU, tendo em vista a prossecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Neste contexto, uma vez que o estado de saúde das populações é determinado pelo estilo de vida do indivíduo, educação e nutrição, é importante reiterar o empenho de Portugal na política de saúde global, apoiando programas específicos nestas áreas. A UE, a OMS e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) devem ser considerados fóruns prioritários neste âmbito, e torna-se imperativo promover o apoio institucional a novas parcerias, envolvendo a comunidade científica, as instituições de saúde e as instituições de ensino superior, no contexto da solidariedade internacional (MOREL, 2004; CORTES, 2017).

Se os fatores sociais, económicos e ambientais, influenciam o estado da saúde e estes são cada vez mais afetados pela globalização, a melhoria da saúde depende da justiça social, “em que todos sejam responsáveis por todos” (BUSS & PELLEGRINI FILHO 2007; BARRETO, 2017). Neste sentido as políticas de saúde pública requerem a coordenação de esforços e políticas de desenvolvimento em prol de uma abordagem designada por “Equidade em Saúde em Todas as Políticas” (PISCO, 2019). Neste campo, a resolução do Governo português refere políticas que visem o fortalecimento dos sistemas de saúde, a resistência antimicrobiana, a preparação para ameaças globais na área da saúde como a Covid-19, o acesso ao medicamento, a revolução da “saúde digital” e a segurança alimentar. Assistimos a um Governo Português com intenção de fomentar medidas encorajadoras da comunidade científica, das instituições de ensino superior e das instituições de saúde, para a investigação em temas relevantes no contexto da saúde global de acordo com a estratégia mundial de investigação da OMS, nomeadamente nos temas de gestão de doenças infecciosas em países subdesenvolvidos, governação para a equidade em saúde, oportunidades e desafios na translação da inovação para prestação de cuidados de saúde, educação biomédica num mundo em mudança, redução da mortalidade materna, neonatal e infantil e saúde sexual e reprodutiva. É essencial a promoção da cooperação entre países em matéria de investigação em saúde pública e em sistemas de saúde, promovendo-se a “Equidade em Investigação”, pois a OMS alerta para desigualdades acentuadas nesta área, salientando que os dados recolhidos pelo Observatório Global de Investigação e Desenvolvimento da OMS em 60 países revelam, que os países mais ricos têm 40 vezes mais investigadores na área de saúde do que os mais pobres (GUERREIRO, 2017^a; GUERREIRO, 2017^b).

As intenções do Governo nacional passam também por incentivar a participação da indústria alimentar nas estratégias de promoção da saúde global, através da informação nutricional e iniciativas de autorregulação. As políticas de saúde global nacionais, incluem ainda, apoiar o reforço da eficiência e eficácia dos sistemas de saúde nos países parceiros, como medida fundamental de resposta a problemas da saúde global, especialmente no que concerne à capacidade de desenvolver, regulamentar, implementar e acompanhar políticas e estratégias eficazes nas áreas de recursos humanos, acesso aos medicamentos, infraestruturas, financiamento e gestão. Mais recentemente, o Governo português assumiu o compromisso de prosseguir com os desígnios da saúde global, e durante a Presidência Portuguesa do Conselho da EU, foi atribuído especial destaque ao reforço da resiliência da Europa e da confiança dos cidadãos no modelo social europeu, promovendo uma EU baseada na solidariedade, convergência e coesão, capaz de agir de forma coordenada na recuperação da crise decorrente da Covid-19. Para alcançar estes objetivos, foram definidas prioridades como a promoção da recuperação europeia favorecida pelas transições climática e digital, valorização do pilar social da EU como elemento fulcral na transição climática e digital justa e inclusiva e o reforço da autonomia estratégica de uma Europa aberta ao mundo. As mudanças no panorama da saúde mundial e no campo geopolítico, exigem da UE uma posição firme na luta por objetivos globais de saúde que incluem a cobertura de saúde universal, emergências sanitárias e maior bem-estar para todos (SNS, 2020). Neste sentido, a presidência portuguesa vai empenhar-se no lançamento de instrumentos destinados a promover saúde mental, literacia em saúde e estilos de vida mais saudáveis.

Ainda de salientar que a elaboração do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, interrompido temporariamente a partir de março de 2020 devido ao período pandémico, tem por objetivo identificar as principais necessidades de saúde e a definição de estratégias de acordo com o impacto da pandemia da Covid-19 na população do país, alinhado com o Plano de Recuperação e Resiliência do País. Entretanto como estratégia, foi prorrogado o PNS – Revisão e Extensão 2020, com objetivos e orientações estratégicas para o ano de 2021, constituindo um agregador e orientador das medidas relevantes para obtenção de ganhos em saúde por parte da população residente em Portugal, contribuindo para a redução das desigualdades existentes (CORTES, 2016; SNS, 2020). O PNS-Revisão e Extensão 2020 foca a importância dos determinantes sociais da saúde, alinhado com as recomendações da OMS, nomeadamente no que concerne à proporção de óbitos até aos 70 anos em relação ao total de óbitos, aos anos de vida saudável até aos 65 anos, à prevalência do consumo e exposição ao tabaco em população com idade igual ou superior a 15 anos, à incidência e prevalência de excesso de peso e obesidade na população com idade até aos 18 anos, englobando os Programas de Saúde

Prioritários como o Programa Nacional para a infeção VIH/SIDA, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Programa Nacional para a Saúde Mental, Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares e Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência (DGS, 2015).

3. Gripe de 1918-1919

3.1. Nota Introdutória

No começo do século XX, em pleno curso da primeira guerra mundial, propagou-se rapidamente um vírus causador de uma gripe mortal, que recebeu o nome de “gripe espanhola”, não porque a sua origem fosse a Espanha, mas porque este país não estava alinhado com os lados da guerra e teria uma imprensa livre para noticiar o que acontecia na sociedade, sendo o primeiro a divulgar a dimensão de uma doença que mataria cinco vezes mais do que a própria guerra. Apesar de controverso, muitos acreditam que a sua origem terá sido nos EUA, cujos soldados infetados levaram o vírus nos corpos para a Europa facilitando a sua propagação. Os países envolvidos no conflito negavam-se a divulgar a gravidade da doença e isso permitiu o agravamento do contágio nas diversas partes do mundo. Exatamente por ter sido um fator decisivo para o desfecho da guerra, esta doença causadora de uma gripe, identificada posteriormente como sendo causada pelo vírus Influenza A subtipo H1N1, recebeu também o nome de “febre das trincheiras”, ou “febre dos combatentes” (SEQUEIRA, 2001; ROLLO, 2008). A "gripe espanhola" foi o maior desastre demográfico do século XX, ou quiçá o maior da história da humanidade (ROLLO, 2008). Embora não haja consenso, estima-se que o número de mortes pelo flagelo ultrapassou o número de mortes devido à guerra que cursava na época, cerca de 50 a 100 milhões de mortes em todo o Mundo (ROLLO, 2008; SOBRAL, 2009).

A “pneumónica”, como ficou conhecida em Portugal, chega ao nosso país no final de maio de 1918, em julho atingiu Lisboa e Porto e a partir daí estendeu-se a todo o território nacional (ROLLO, 2008). Estima-se que tenham morrido em Portugal, entre 50 000 e 100 000 pessoas, e as consequências demográficas desta pandemia foram avassaladoras, tornando a “pneumónica” no evento que produziu mais mortes no século XX, ultrapassando o número de mortes da guerra colonial e da Primeira Guerra Mundial (ROLLO, 2008; SOBRAL, 2009; SOBRAL & LIMA, 2018). Na história da população portuguesa, este flagelo foi catastrófico e envolveu os campos político, científico e as diversas agências envolvidas na saúde pública, com

implicações acentuadas no campo económico, social, cultural, científico e político, refletindo muito bem a problemática das epidemias e dos riscos de pandemia com que nos confrontamos no universo globalizado da atualidade e que continuam a ser a preocupação das agências internacionais de saúde pública (ROLLO, 2008; REBELO DE ANDRADE & FELISMINO 2018).

A "pneumónica" apresentou muitas características que os especialistas salientam como típicas da sociedade em que vivemos atualmente, uma "sociedade de risco" global, apresentando-se como uma ameaça global na medida em que o vírus causador da pandemia, tal como muitos perigos atuais, não conheceu fronteiras de países, continentes ou espécies. Desafiou e pôs à prova as estruturas de saúde da época, que não estavam preparadas para responder a uma crise sanitária desta envergadura, suscitando desde então, inquietação na comunidade científica devido ao receio de uma reemergência (ROLLO, 2008; REBELO DE ANDRADE & FELISMINO, 2018). O mundo atual mais unificado, devido às migrações das últimas décadas por conta da massificação do transporte aéreo, faz aumentar os receios de ressurgência da "pneumónica". As características da pandemia da gripe de 1918-19, à luz da conjuntura atual, servem como modelo para prever e afinar estratégias de prevenção e combate de problemas de saúde pública futuros.

3.2. Estruturas e Sistemas de Saúde em Portugal 1918-1919:

O Combate à Pandemia

A pandemia da gripe de 1918-19 chegou a Portugal a partir de Espanha, pela fronteira alentejana com o regresso a casa dos trabalhadores sazonais alentejanos, vindos essencialmente de Badajoz e de Olivença, conduzindo à deteção dos primeiros casos em Vila Viçosa. As peregrinações e as ligações rápidas entre Madrid, Lisboa e Porto, contribuíram para a disseminação rápida da pandemia por todo o território nacional, que nas semanas mais mortíferas chegou a provocar mais de 400 mortos na capital portuguesa (FERREIRA, 2020). A primeira vaga ocorreu entre maio e julho de 1918, apresentando-se mais branda, com uma mortalidade de 6,6 por 100.000 habitantes. A segunda vaga ocorreu entre agosto e dezembro, onde se destacam os casos de pneumonia fulminante detetados em Vila Nova de Gaia, que alarmaram a população pensando tratar-se de um surto de peste pneumónica, tese rapidamente contrariada pelas autoridades sanitárias classificando o surto como uma forma altamente mortal de influenza. Já em setembro, a Comissão Sanitária dos Países Aliados, anunciava que o mesmo fenómeno se verificava noutros pontos da Europa, nomeadamente entre os soldados, com efeitos ainda mais dramáticos (SOBRAL & LIMA, 2018; FERREIRA, 2020).

A "pneumónica" aparentemente benigna, propagou-se extensivamente por todo o país, gerando o pânico e deixando um quadro de incapacidade generalizada para a combater, sendo

delegada na Direção Geral da Saúde a árdua missão de gestão da luta nacional contra este flagelo. Competia à Direção Geral da Saúde a definição das medidas profiláticas e reestruturação do sistema de saúde assistencial, e desde logo, foram restringidas atividades económicas como feiras e peregrinações. Importa assinalar que, em 1899 foi criada por decreto a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, dotada de um regulamento próprio em 1901, fruto da necessidade de combater um surto de peste bubónica que assolou a cidade do Porto e centrada na melhoria da defesa contra futuras epidemias. Mais tarde, em 1911, viria a dar origem à Direcção-Geral de Saúde, sob a regência de Ricardo Jorge que foi o grande impulsor da saúde pública em Portugal (FERREIRA, 2020). Ricardo Jorge era especialista em higiene pública e epidemiologia e esteve envolvido no combate do surto epidémico de peste bubónica no Porto iniciada a 4 de julho de 1899, propondo medidas como o isolamento dos doentes e a higienização dos edifícios e levando a cabo as investigações que conduziram à identificação em laboratório dos bacilos de Yersin (SOBRAL & LIMA, 2018).

Ao longo do século XIX, já se teria iniciado o processo de envolvimento do estado nos problemas de saúde pública e higiene, com a aprovação em 1837 do Regulamento de Saúde Pública que institui a nível central um Conselho de Saúde Pública, regionalmente um delegado, nos concelhos um subdelegado, e outro representante nas paróquias (SOBRAL, 2018). Esta reforma deve-se maioritariamente à transformação das Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto em Escolas Médico-Cirúrgicas, desenvolvendo o ensino médico e a saúde pública, surgindo no final do séc. XIX os primeiros hospitais especializados, como o Real Hospital das Crianças em 1882, o Hospital do Rego em 1906 e os sanatórios, destinados ao combate das doenças infectocontagiosas. Em Portugal, este período revelou o desenvolvimento da investigação médica alinhada com o desenvolvimento da pesquisa científica internacional, e de igual modo, a intervenção do estado português na saúde pública refletiu o avanço da pesquisa médica, nomeadamente no que concerne à descoberta da ação dos microrganismos, sua profilaxia e combate, na tentativa de evitar patologias e definhamento da população nacional (SOBRAL, 2018).

Durante a “pneumónica” o Hospital do Rego, teve um papel de destaque, assegurando uma zona de isolamento com 500 camas, no entanto foi reforçado com hospitais provisórios, como os instalados no Convento das Trinas, no Hospital de Arroios e no Liceu Camões. A Cruz Vermelha Portuguesa esteve no centro da assistência e tratamento de doentes, com pessoal privado especializado como médicos, enfermeiros e voluntários assegurou o funcionamento dos hospitais provisórios e garantiu apoio social, tratamento e internamento de doentes pobres. Numa época de grandes assimetrias regionais, o apoio e articulação da rede hospitalar das Misericórdias com as associações locais de apoio aos infetados foi fundamental na contenção dos índices de morbilidade e mortalidade. No entanto, a crise socioeconómica

agravou os efeitos da doença e as dificuldades faziam-se sentir em todo o território nacional, impondo a requisição de produtos alimentares e a criação de armazéns reguladores de preços para assegurar o acesso a bens de primeira necessidade (SOBRAL & LIMA, 2018; FERREIRA, 2020). Apesar de todos os avanços, emergiu um cenário de total impotência, devido em grande parte ao deficiente conhecimento médico sobre o processo clínico adequado para tratamento das vítimas e contenção do vírus Influenza. Os efeitos nefastos da guerra, a insuficiência e incapacidade dos serviços de saúde e assistência, as miseráveis condições sanitárias, de higiene, a escassez de bens alimentares, a falta de medicamentos e a pobreza traduziam o baixo nível cultural, económico e social da população portuguesa onde a doença encontrou o palco ideal para a sua progressão. As recomendações da Direcção-Geral de Saúde surtiam poucos efeitos, vistas como desajustadas, precipitadas, inoportunas e tornando-se conselhos inúteis e/ou autênticos placebos que em nada combatiam a pandemia em curso. A higiene pública era deficiente, facto referido na imprensa como “estrumeira” e “pântanos” nas ruas da capital e perante tal impotência no combate desta pandemia foram adotadas medidas extremas como a lavagem das ruas com cal e o retirar da circulação das notas de tostão por se pensar serem um meio de contágio (REBELO DE ANDRADE & FELISMINO, 2018).

A segunda vaga já cursava, quando em princípio de outubro, a Direcção Geral de Saúde impõe seis medidas profiláticas que vieram a revelar-se tardias e insuficientes, nomeadamente a informação obrigatória à DGS de todos os casos conhecidos pelos médicos, controlo das migrações, criação de hospitais improvisados como o Liceu Camões e o Convento das Trinas, abastecimento das farmácias com quinino, cafeína e óleo canforado, aconselhamentos médico-farmacêutico, mobilização dos médicos para fazer frente à diminuição de médicos efetivos e farmacêuticos, especialmente os reformados pois um número significativo de médicos fazia parte do Corpo Expedicionário Português em França e por fim, apelou-se à população para a formação de “comissões de socorro”. Sobre este assunto, importa relembrar que em 1920, Portugal tinha em média 2 580 médicos, um para cada 2 338 habitantes, e 1 577 farmácias, uma para cada 3 825 habitantes, mas esta média não faz jus à assimetria territorial da época, pois estavam concentrados em Lisboa e Porto. É certo que os meios e recursos mais modernos concentravam-se na capital e grandes centros, como por exemplo os Hospitais Civis criados em 1913 e o Instituto Bacteriológico em 1892 em Lisboa, Porto e Coimbra. Quanto aos hospitais portugueses, 241 de 251, pertencia às misericórdias, onde a desigualdade na distribuição dos recursos era uma constante, existindo grande discrepância entre os hospitais distritais e concelhios, com alguns tão pobres como o Hospital Misericórdia de S. Vicente da Beira, em Castelo Branco, que devido à falta de recursos deixou de isentar os pobres das despesas de internamento. Esta distribuição geográfica assimétrica era também evidente nas

associações de socorros mútuos e associações civis. Estava instalada uma desigualdade no acesso à saúde, proveniente da distribuição territorial assimétrica das instituições e agentes e alinhada com a desigualdade social (SOBRAL & LIMA, 2018; FERREIRA, 2020). Estava-se longe do “(...) *moderno serviço nacional de saúde, só criado em 1979, destinado a todos os cidadãos independentemente da sua condição económica e social*” (SOBRAL & LIMA, 2018, p.57). De uma forma geral, na época da “pneumónica” a assistência médica tinha carácter caritativo para os pobres, e comercial para os ricos. A pandemia chegava a todos, mas devido aos poucos ricos e os muitos pobres as discrepâncias eram cada vez maiores, as injustiças sociais que a guerra evidenciou eram muitas e a “gripe pneumónica” penalizou sobretudo os desfavorecidos. Por todo o lado, o cenário era de morte, com corpos amontoados, miséria e sofrimento e os hospitais eram improvisados em qualquer lugar, nas igrejas, liceus e casas particulares, permanecendo insuficientes para tantas vítimas. Face ao caos instalado na fase mais violenta, foi tardiamente nomeado Azevedo Neves para Comissário Contra a Gripe a 7 de outubro, que perante tal cenário renuncia no dia seguinte, sendo substituído por Ricardo Jorge, que implementou desde logo a proibição das visitas aos hospitais e anulou o início das aulas. Aos doentes recomendou repouso, dieta ligeira, cuidados higiénicos do nariz e da garganta, toma de aspirina, quinino ou salicilato de sódio, um purgante salino de sulfato de sódio e xarope de benzoato de sódio e acetato de amónio para a tosse. Apesar de Ricardo Jorge estar “(...) *convicto de que, sendo a epidemia causada por um vírus, as medidas tradicionais usadas no combate à propagação de agentes contagiosos pelo isolamento seriam ineficazes e só uma vacina constituiria uma reação adequada*” (SOBRAL, 2018, p.60), foram encerradas escolas, universidades, feiras e o Parlamento, assim como procedeu-se a desinfecções para travar o contágio, algo a que assistimos também na atual pandemia. A figura principal nesta batalha foi a do Comissário Contra a Gripe Ricardo Jorge, com poderes alargados que incluíam a requisição de pessoal e de materiais de todas as entidades ministeriais (ROLLO, 2008). Após um período dramático e mortífero em outubro, a epidemia foi-se desvanecendo, mas os meios políticos e o país estavam suspensos do desfecho da Guerra e da situação política, económica e social nacional, o que culminaria no assassinato de Sidónio Pais.

Importa referir que, inicialmente Ricardo Jorge alertou para a dimensão da tragédia, assumindo a gravidade e extensão da pandemia e a conjuntura de crise que se adivinhava, mas a imprensa especializada da época e algumas autoridades médicas informavam a população que a doença não se revestia de gravidade maior de modo a diminuir a perceção da vulnerabilidade da população, atenuar o risco e restaurar a confiança nas autoridades. Em várias localidades do país, foi até determinado que os sinos das igrejas deixassem de tocar nos funerais, para

assim ocultar as mortes frequentes devido à pandemia. No campo da comunicação, as autoridades eclesásticas, tiveram uma intervenção central, junto da população iletrada pois difundia medidas profiláticas, mobilizava a rede clerical e laica para auxílio dos doentes, apelava a preces e à oração para pedir o fim do flagelo e fornecia explicações para a pandemia, como se de um castigo divino pela maldade humana se tratasse, contribuindo para o aumento do pânico generalizado (SOBRAL & LIMA, 2018). Na imprensa da época, a pandemia era pouco noticiada, sendo a crise socioeconómica e a Grande Guerra os protagonistas. Além disso, as notícias sobre as mortes por doenças contagiosas como o tifo exantemático, gripe infecciosa benigna, febre tifoide, varíola e tuberculose eram constantes, resultando na banalização da “pneumónica” apesar de ter infligido na população nacional grande sofrimento (FERREIRA, 2020). Também é factual, que apesar de ter sido criado o Instituto Central de Higiene em 1899, dedicado ao estudo da higiene pública, salubridade e vigilância epidemiológica, consciencializando para a importância de medidas de higiene na prevenção e combate das epidemias, Portugal estava muito aquém do esperado, revelando assimetrias territoriais e sociais. As melhorias no campo da higiene pública, como os regulamentos de saúde pública, o abastecimento de água e a rede de esgotos, ocorriam apenas em Lisboa e Porto, factos que impulsionaram maior mortalidade nas zonas rurais, sobretudo onde havia menos recursos de assistência médica e medidas de higiene pública reduzidas ou inexistentes. Entre abril e maio de 1919 desenrolou-se a terceira vaga, que se mostrou menos mortífera que a vaga anterior e alguns especialistas apontam ainda para uma “quarta vaga no início de 1920” (SOBRAL, 2020 p.265).

De um modo geral, a imagem que ficou de Portugal e do Mundo foi de uma desorientação entre os agentes envolvidos no combate à pandemia e de um ambiente de alarme no seio das autoridades e da população, acompanhado pela falta de meios, recursos, infraestruturas e agravada pelas carências sociais, higiénicas e sanitárias, até Espanha, Estados Unidos da América e Grã-Bretanha, que detinham das mais importantes “máquinas de saúde pública” da época sofreram uma carnificina.

3.3. Pós Pandemia: O Estado de Saúde, Social, Cultural e Económico de Portugal

A pandemia de gripe de 1918, teve efeitos devastadores na população mundial, caracterizando-se pela elevada morbidade e mortalidade, especialmente nos estratos jovens da população, facto explicado pela possibilidade da existência de antigénios comuns entre o vírus da pandemia de 1918 e o da pandemia de 1890, à qual muitos idosos de 1918 teriam sido expostos anteriormente, ficando parcialmente imunizados, constituindo uma defesa contra as formas mais graves da doença em 1918 (SEQUEIRA, 2001). Um número tão elevado de mortos, entre

50 e 100 milhões, causou nas sociedades da época, que atravessavam um período de guerra, grande impacto e implicações devastadoras, levando a uma profunda recessão da economia mundial. A junção destas duas catástrofes, alterou de forma absoluta as condições geodemográficas, socioeconómicas, políticas e culturais das populações mundiais. Quando são atingidas as grandes cidades e aparecem números exorbitantes de mortes as populações tendem a entrar em pânico, pois nunca se tinha visto algo semelhante. Apesar do diagnóstico parecer claro para as autoridades sanitárias, estas desconheciam as medidas para combater este surto, e por isso, a “pneumónica” afetou generalizadamente o território nacional, já castigado pelos efeitos de outras doenças infectocontagiosas nas quais Portugal era líder em vítimas. Contribuindo para esta triste realidade, permanecia o facto de os cuidados de higiene pública e privada não fazerem parte das preocupações da maioria da população, tornando a evolução no domínio da saúde pública quase nula (SEQUEIRA, 2001). Olhando para a realidade portuguesa da época, evidencia-se uma relação entre a pobreza e a disseminação da doença, considerando a miséria como causa de vulnerabilidades e impulsionadora de doenças (SEQUEIRA, 2001; FERREIRA, 2020). Contudo, esta afirmação pode gerar controvérsia, pois a história revela que os estratos sociais elevados não escaparam ilesos e os seus espaços de socialização como as termas, caldas e praias funcionaram como focos de infeção e fonte de disseminação da doença. No geral, as deploráveis condições de vida, agravadas pela I Grande Guerra, combinadas com o desconhecimento da assepsia, o acesso limitado a fármacos e a inexistência de antibióticos, facilitaram a rápida propagação da doença levando à impotência perante este surto. Portugal, era um país com uma grave crise económica, onde escasseavam os bens essenciais como arroz, açúcar, carvão, azeite, petróleo e leite, acostumado ao toque incessante dos sinos a finados e resignado ao dia a dia marcado pela morte. Perante este quadro aterrorizador desenvolveram-se mecanismos de solidariedade para acudir aos mais carenciados, surgindo as sopas económicas e providenciando o abastecimento dos géneros alimentares essenciais que escasseavam devido aos preços exorbitantes impossíveis de pagar pela maioria da população. Foram criadas outras instituições e serviços sociais, como orfanatos, para acolher crianças órfãs de pais vitimados pela “gripe pneumónica” (FERREIRA, 2020).

Com a chegada da “pneumónica” completava-se a trilogia, fome, peste e guerra que empurrava a população para a profunda miséria e explicava a elevada contagiosidade da pandemia. Era uma época em que se desconhecia a existência de elementos patogénicos, como vírus, fungos e bactérias, os tratamentos médicos revelavam-se ineficazes e as operações de limpeza e desinfeção dos espaços públicos eram insuficientes no combate da pandemia. Neste cenário, surge a revolta da população, sobretudo contra as entidades médicas e sanitárias, incapazes de evitar a morte entre a camada mais jovem da população, contabilizando no ano

de 1918, mais de 60 mil mortos devido à “pneumónica”. Por todo o país, a falta de médicos era evidente e muitas farmácias fechavam porque os seus funcionários estavam doentes devido à natureza da sua atividade, em que muitos perderam a vida. A reduzida dimensão dos hospitais contribuiu para o deficiente combate à pandemia, especialmente no mês de outubro de 1918, quando se atingiu o pico da segunda vaga. O dia-a-dia da população estava profundamente constrangido, os jornais não eram publicados, o funcionamento dos caminhos-de-ferro foi perturbado, proibidas as festas, romarias e todo o tipo de eventos a fim de evitar ajuntamentos de pessoas, chegando mesmo a não haver festejos aquando da implantação da República em 1918 (FERREIRA, 2020). Instalou-se um ambiente de tensões e disputas geopolíticas, havendo necessidade de diplomacia para lidar com o fim da guerra e com o controlo de uma doença terrível altamente contagiosa e mortal. Foi, neste quadro de miséria a nível mundial, que despoletou uma nova potência económica, os Estados Unidos, com apetência para administrar crises, beneficiado pela geografia e por ter controlado a expansão da pandemia com rapidez conseguindo recuperar a sua economia e adquirindo uma vantagem económica considerável. A década de 1920 foi marcada pelas novidades produzidas, pelo aumento do consumo pessoal e pelo mercado competitivo, despoletando um crash que implodiu o sistema durante as décadas seguintes devido ao desequilíbrio entre produção e consumo, resultando na depressão económica mundial que gerou os intervenientes da Segunda Guerra Mundial.

4. Covid - 19

4.1. Nota Introdutória

O Coronavírus é um vírus zoonótico, de RNA de cadeia simples positiva da ordem *Nidovirales*, da família *Coronaviridae*, isolados pela primeira vez em 1937 e designados como tal em 1965, devido ao seu perfil microscópico semelhante a uma coroa. O novo membro desta família, SARSCoV-2, foi descrito no final de 2019 após casos registados na China, e provoca, como foi designada pela OMS a *Coronavirus Disease 2019* (LIMA, 2020). No organismo, o novo coronavírus pode desenvolver desde um quadro leve ou assintomático até um completo “caos metabólico”, revelando um grande impacto da infeção nos diferentes órgãos e sistemas, comprometendo as suas funções vitais e conseqüente morte. As pessoas com Covid-19, geralmente, desenvolvem sinais e sintomas em média 5 a 6 dias após a infeção, nomeadamente problemas respiratórios leves e febre persistente, podendo ser o intervalo de incubação de 1 a 14 dias. Ao contrário do observado nos casos de influenza, a febre é persistente, podendo, no entanto, não estar presente em pacientes jovens, idosos, imunodeprimidos ou decorrente

da utilização de antipiréticos. A doença em crianças parece ser relativamente rara e leve, apresentando, até ao momento, “*uma proporção pequena de menores de 19 anos com doença grave (2,5%) e estado crítico (0,2%)*” (LIMA, 2020 p. V).

Em Portugal, desde a chegada da atual pandemia, o país passou por sucessivos estados de emergência e confinamentos, recordes de mortalidade, filas de ambulâncias, muitas zaragoatas, variantes e por fim vacinas. Após a confirmação do primeiro caso em Portugal, a 2 de março de 2020, em apenas 15 dias a COVID-19 estendeu-se a todo o território nacional e contabilizou a primeira vítima mortal a 16 de março de 2020. Desde a sua chegada, a pandemia tomou conta do país em quatro vagas, a primeira vaga com início em março de 2020 durou cerca de um mês, mas apesar de estarrecer todos e ter fechado os portugueses em casa, sabemos agora que foi uma pequena onda com o registo de 1.516 novos casos e 26 óbitos a 10 de abril, o seu pior dia. Assistiu-se depois a um achatamento da curva e poucos casos até ao início de outubro, que trouxe a segunda vaga, com pico a 16 de novembro, dia que contabilizou 8.371 novos casos e 91 mortes. Sem que a segunda vaga tivesse terminado, teve início a 29 de dezembro a terceira vaga, impulsionada pelos encontros familiares da época do Natal e pela variante britânica, revelando-se a mais assustadora e mais exigente para o SNS, registando no seu pico a 28 de janeiro de 2021 16.432 novos casos e 303 mortos, o valor mais alto da pandemia em Portugal. Os hospitais ficaram sobrelotados e os profissionais de saúde pediram reforços e cuidados, assoberbados pela exaustão. Éramos então o pior país do mundo em número de casos e de mortes por 100 mil habitantes, com uma média semanal de 13200 casos e mais de 200 mortos por dia. Mais recentemente, com o processo de vacinação em curso, fez-se sentir a quarta vaga, registando no seu pico a 21 de julho 4376 novos casos e 13 óbitos.

4.2. O Papel da Saúde Global na Pandemia Covid-19:

Atuação dos seus Intervenientes

A pandemia da Covid-19 representa o maior desafio do século XXI, provocando mortes, crises sociais, crises políticas, recessão económica e consequências ainda desconhecidas, atingindo quase todos os países do mundo e diversos sectores da economia mundial. As doenças infecciosas emergentes representam uma ameaça infinita para a saúde global, economia, comércio e turismo, pois espalham-se rapidamente pelo mundo devido à aviação e transportes internacionais. Em consequência da Covid-19, a OMS e os líderes de vários países assinaram um documento, divulgado a 30 de março de 2021, incitando a comunidade internacional a trabalhar em conjunto “*(...) para um novo tratado internacional de preparação e resposta à pandemia (...)*” (CE & CUE, 2020). Devido à emergência mundial causada pela pandemia da Covid-19, é reforçada no texto, a certeza de que “*(...) haverá outras pandemias e outras grandes emergências*

de saúde” e a “questão não é se, mas quando (...)” (CE & CUE, 2020). Torna-se portanto imperativo uma abordagem em saúde única com um esforço global para o combate de pandemias, sendo proposto a criação de um tratado que aprimore a cooperação internacional e fortaleça “(...) as capacidades nacionais, regionais e globais e a resiliência a futuras pandemias, o que inclui melhorar, por exemplo, sistemas de alerta, compartilhamento de dados, pesquisa e produção e distribuição local, regional e global de medidas médicas e de saúde pública, como vacinas, medicamentos, diagnósticos e equipamentos de proteção individual (...)” (CE & CUE, 2020), reconhecendo a abordagem de uma “ (...) saúde única que conecta a saúde de humanos, animais e do nosso planeta” (CE & CUE, 2020). Neste contexto, acredita-se ser possível construir um sistema de saúde global mais robusta, que protegerá as gerações futuras, sendo reforçada a ideia de que nenhum governo ou agência multilateral pode enfrentar uma pandemia sozinho, como demonstrou a pandemia da Covid-19 de forma “gritante e dolorosa” que “ninguém está seguro até que todos estejam seguros” (CE & CUE, 2020). Surge assim a necessidade de o mundo estar mais preparado para “(...) prever, prevenir, detetar, avaliar e responder com eficácia às pandemias de uma forma altamente coordenada (...)” (CE & CUE, 2020), destacando-se as políticas de Saúde Global. Este possível tratado viria colmatar as falhas no combate à pandemia da Covid-19, como questões de Governança Global ou Mundial e o papel das organizações internacionais, da qual a OMS é o centro das atenções. Em cima da mesa, estão as questões sobre financiamento, representatividade e respostas efetivas ao combate de pandemias, exigindo respostas, articulações e intervenções imediatas.

É factual, que a Covid-19 causa grande mortalidade, instabilidade social e crise económica que só podem ser amenizadas com respostas e ações pragmáticas dos vários países, com a política externa de cada país a assumir um papel fulcral proporcionando recursos e meios para o combate do flagelo e recuperação da economia nacional e internacional. A política externa é a projeção política de um estado sobre a realidade internacional, e compreende um conjunto de objetivos, valores, estratégias e ações em defesa dos seus interesses no âmbito internacional, admitindo intervenientes independentes, como organizações internacionais, empresas e instituições, desde que alinhados com a política oficial do estado e respondendo às questões sociais. Os interesses de cada estado, relacionam-se com a segurança, desenvolvimento económico e projeção geopolítica e podem ser alcançados por vários meios, nomeadamente no contexto pandémico, o multilateralismo, a diplomacia em saúde global, e o comércio internacional (BUSS, 2013). O multilateralismo diz respeito a ações e estratégias de coordenação e articulação internacional sobre determinado tema por meio de decisões coletivas, discutidas em organizações internacionais, como a ONU, a Organização Mundial do Comércio (OMC) e a OMS. A Diplomacia em Saúde Global relaciona-se com negociações, articulações políticas

e cooperação, promovidos por intervenientes internacionais, que moldam e influenciam a política global da saúde referente a temas de saúde com consequências globais, como a Atenção Primária em Saúde, o combate do HIV, o envelhecimento e as doenças crónicas, a doença mental, o uso de drogas de abuso, a malária, a tuberculose e as doenças tropicais negligenciadas. Com especial relevância na governança global, salientam-se o controlo de pandemias e a propriedade intelectual. Por sua vez, o comércio internacional relaciona-se com políticas, acordos e iniciativas que resultem em facilidades comerciais tanto para obter equipamentos e medicamentos quanto para desenvolver o complexo industrial tecnológico da saúde. Assim, facilmente se compreende, que muitos países tentam articular estratégias de multilateralismo, diplomacia em saúde global e comércio internacional, para rastrear alternativas de combate ao vírus e recuperação económica (LEE& SMITH, 2011; BUSS, 2013).

Alguns países, formaram uma coligação em volta da OMS para financiar pesquisas, comprometendo-se a compartilhar os resultados e o acesso à possível vacina de forma universal, para tal em maio de 2020, na Assembleia Geral, a OMS aprovou uma resolução que garante o acesso universal à vacina e ao tratamento, uma vez descobertos, reconhecendo-os como um bem público mundial. No entanto, os EUA defenderam o direito à propriedade intelectual, opondo-se à posição dos demais países, não assinando a resolução, questionando e criticando a atuação e o papel da OMS e da China. Verificou-se uma disputa acesa pelo desenvolvimento da vacina, devido aos aspetos económicos da descoberta e desde que a Covid-19 assolou o mundo e a normalidade das sociedades, todas as atenções se centraram na indústria farmacêutica na ânsia de encontrar uma solução para a crise sanitária global. Mas, o que para a maioria é a procura pela imunidade e o regresso à vida normal, para os grandes do sector, a descoberta e produção de uma vacina representa lucros de vendas anuais na casa dos milhões. O debate sobre a liberalização das patentes dos produtos utilizados na pandemia, particularmente a vacina, foi global, bem como a falta desta e a sua distribuição e acesso absolutamente inequívocos, como se verificou no caso da Índia e África do Sul, no qual o fornecimento inicial de vacinas contra a Covid-19 para África do Sul foi desviado por conta do aumento de casos na população Indiana. Segundo dados da OMS, os países mais ricos concentram 87% dos 700 milhões de vacinas aplicadas até o momento, verificando-se que 1 em cada 4 pessoas já receberam pelo menos uma dose do imunizante, em contraste com os países pobres, onde a taxa é de 1 em cada 500 pessoas. Neste contexto, foi criado o Covax, consórcio liderado pela OMS, para distribuir vacinas de maneira mais justa, rápida e eficiente, no entanto alguns países planejaram doar vacinas diretamente a outros governos. Segundo a OMS “(...) esses acordos bilaterais correm o risco de atirar as chamas da iniquidade das vacinas” (LUSA, 2021^b), colocando em causa o papel central da OMS e a parceria e colaboração entre os países. É certo que, todo o

processo de vacinação Covid-19 está envolto em grandes polémicas, quer nacionais quer mundiais, nomeadamente a vacina Oxford/AstraZeneca COVID-19, que após a sua aprovação por parte da Agência Europeia do Medicamento (EMA), apesar das polémicas em volta do seu fornecimento à UE e qual a faixa etária a administrar a vacina, suscitou dúvidas quanto à sua segurança devido a efeitos adversos verificados após administração. Neste quadro, a ação da OMS e dos países integrantes da ONU não foi consensual, alguns países recorreram à sua suspensão de imediato como foi o caso do Canadá e Alemanha, outros alteraram a faixa etária de administração, e houve ainda, os que ficaram à espera de uma recomendação da OMS que tardou em surgir. Após parecer da OMS, cada estado legislou a administração da vacina de modo diferente, principalmente no que concerne à faixa etária de administração, o que revela uma ação desconcertada a nível mundial e toda esta situação gerou um ambiente de desconfiança entre a população mundial contribuindo negativamente na agilização do processo de vacinação. Dentro da mesma temática, a vacinação das faixas etárias 12-15 anos também não reuniu consenso, com alguns países a vacinar crianças de forma universal, outros só vacinam crianças com doenças preexistentes e prescrição médica.

A conduta da OMS durante a Covid-19 foi duramente criticada devido à subavaliação inicial, nomeadamente da infecciosidade, reconhecendo a Covid-19 como emergência de saúde pública de âmbito internacional e posteriormente como pandemia tardiamente, e consequente resposta mundial tardia. A OMS é criticada, por não ter verificado atempadamente as informações transmitidas pela China sobre a origem do vírus e evolução do contágio, agindo condescendentemente em relação à conduta do governo chinês e emanou orientações contraditórias, mais concretamente sobre a utilização de EPIs e o uso generalizado da máscara, resultando na resposta mundial tardia, pois a maioria dos países adotou medidas de contenção, controlo e combate ao vírus e à doença por meio de cooperação e coordenação internacional de acordo com as orientações da OMS. Alguns países demonstraram grande diplomacia médica e enviaram médicos, medicamentos e equipamentos para países em situação emergencial, como o caso de Cuba, China e Rússia, que enviaram ajuda à Itália e aos Estados Unidos da América. A nível comercial, apesar da suspensão de muitas atividades e transações, muitos países negociaram de forma emergencial, equipamentos médicos como máscaras, luvas, câmaras termais, e produtos essenciais como géneros alimentícios, agora mais escassos, em particular a China, que com a pandemia controlada afirmou-se como principal exportador mundial de equipamentos médicos e produtos manufacturados, ao passo que os EUA, que enfrentavam o pico da pandemia, foram os principais importadores. Os restantes países procuraram acordos comerciais para suprir as suas necessidades e os seus interesses de importação perante um cenário de recessão económica e comercial, alta competitividade chinesa e alto poder de

compra dos EUA. Neste cenário, alguns países não respeitaram os contratos comerciais, confiscando e desviando cargas e equipamentos de saúde endereçados a outros países, o que passou a ser conhecido como “*pirataria moderna*”, como foi o caso dos EUA, França e Alemanha, que conseguiram desviar cargas de produtos e equipamentos da China com destino a Itália, República Checa e Brasil. Por outro lado, as empresas e organizações, não-governamentais atuam internacionalmente, como meio de atender aos interesses das suas sociedades, surgindo o fenómeno de “*paradiplomacia*”.

Todas as decisões devem ser sugeridas e articuladas, pela OMS, organizações de saúde e líderes dos países parceiros, conforme o fluxo da pandemia e baseadas em evidências científicas atualizadas em tempo real, contribuindo assim para a saúde global das populações mundiais. Neste sentido foi aberta uma “guerra” contra a Covid-19 à escala global, na qual se evidenciou o esforço da comunidade científica mundial no conhecimento do vírus, mecanismo de infeção e características da transmissibilidade, tornando a produção e distribuição de uma vacina contra o novo coronavírus uma realidade. As medidas de contenção adotadas internacionalmente ao longo da pandemia foram similares, porém os resultados foram diferentes em cada país, considerando as especificidades climáticas, sociais, culturais e epidemiológicas. Tomando como exemplo as diferenças socioculturais, o uso de máscaras e distanciamento social é comum e aceite na Ásia, ao contrário da América Latina onde se encontra mais resistência a esta medida, resultando no maior ou menor sucesso destas medidas. Estas diferenças influenciam a evolução das pandemias e devem ser consideradas nos protocolos de saúde, uma vez que, se o distanciamento físico for efetivo, o impacto económico poderá ser mitigado, verificando-se o controlo da pandemia num curto espaço de tempo.

Toda a população mundial fica vulnerável em tempos de pandemia, contudo os grupos específicos mais debilitados como os idosos, imunocomprometidos, pacientes com condições clínicas e psiquiátricas prévias, familiares das vítimas e residentes em áreas de alta incidência sofrem ainda mais com estes flagelos, nomeadamente com a rejeição social, discriminação e até xenofobia, e como tal, devem adotar-se campanhas informativas para conscientização da sociedade de modo a diminuir estes comportamentos. Aquando do início da atual pandemia, não existia vacina nem imunidade prévia na população humana, o que permitiu um crescimento exponencial do número de casos e no sentido de desacelerar a transmissão entre os indivíduos foram propostas medidas individuais como a lavagem de mãos, distanciamento social, uso de máscara e as medidas ambientais relacionadas com o arejamento de ambientes e limpeza de superfícies com desinfetantes para eliminação do vírus. Não devemos esquecer que são também necessárias medidas coletivas por parte dos gestores e líderes comunitários, empresariais e políticos no sentido de proteger a população pela restrição do funcionamento de locais de

convívio comunitário, escolas, universidades, teatros, cinemas, estabelecimentos desportivos e comerciais e todos os serviços não essenciais. Neste contexto, apesar dos grandes avanços das tecnologias de informação, passando a maioria dos serviços para um regime online, foram infligidos grandes prejuízos sociais, culturais e económicos, como no caso da educação, principalmente nos grupos do 1º ciclo e pré-escolar com a ausência da componente social, a nível do desemprego, onde muitas famílias ficaram com os rendimentos reduzidos por causa do teletrabalho e na saúde mental e psíquica da população confinada, com especial atenção para os jovens, onde se verifica um aumento do consumo de medicamentos antidepressivos durante o atual período pandémico. Com a pandemia controlada na China, foi possível verificar que as medidas efetivas neste combate centram-se em proteger os profissionais de saúde com EPIs, identificar os casos sintomáticos, realizar testes, dar os resultados rapidamente e isolá-los, identificar os contactos e colocá-los em quarentena e neste sentido, alguns defendem que deveria ter sido posta em prática esta abordagem e não um isolamento horizontal, como o adotado em Portugal e com prejuízos notórios a nível económico, psicológico e social. Importa a propósito ressaltar, que inicialmente a testagem da população foi muito diminuta e com preços exorbitantes, o que por sua vez dificultou a diminuição gradual da estratégia do isolamento social no território nacional.

A integração dos diversos países em prol da saúde global, apesar das suas diferenças, deve estimular estratégias conjuntas para supressão ou mitigação da Covid-19 e pandemias futuras, privilegiando a colaboração entre governos, universidades, institutos de pesquisa e saúde pública. Foi precisamente neste sentido, que foi criado recentemente, um *hub* global para inteligência pandémica e epidémica, lançado pela OMS e Alemanha, que terá como foco os dados, vigilância e inovação analítica. Este centro terá sede em Berlim e trabalhará com parceiros de todo o mundo para “(...) liderar inovações em análise de dados através da maior rede global de dados para prever, detetar, preparar e responder aos riscos pandémicos e epidémicos em todo o mundo (...)” (SCHUELER, 2021), fazendo parte do Programa de Emergências de Saúde da OMS e será um instrumento de colaboração entre países e parceiros não-estatais.

Importa ainda referir a questão do Certificado Digital COVID da EU que visa facilitar a circulação segura e livre de pessoas na EU durante a pandemia de COVID-19, promovendo a não aplicabilidade de medidas e restrições adicionais impostas pelo país de destino no que concerne à testagem e quarentena profilática obrigatória. Também nesta questão houve grande discórdia, com a OMS a demonstrar previamente a sua oposição, invocando a questão ética no cenário de escassez global de vacinas, convicta do aumento das desigualdades já agravadas pela pandemia. Não esquecendo a questão científica, com a falta de evidência quanto à durabilidade da imunidade da pessoa vacinada, e ainda o fato de um documento desta natureza,

afeto só aos países da EU abalar a posição de liderança da OMS que trabalha numa estrutura de confiança internacional.

Apesar de todas as contradições e mesmo perante uma recessão económica mundial e sofrimentos psíquicos causados pelo confinamento, deslumbra-se ainda a possibilidade de os países ponderarem sobre a implantação e fortalecimento de políticas públicas centradas no bem-estar social, diminuição da desigualdade social e construção de uma sociedade mais solidária e fraterna.

4.3. Atuação de Portugal Perante Pandemia Covid-19

A Covid-19 colocou desafios inesperados a todas as entidades nos diversos sectores, no palco social e económico, português e internacional. Nenhum país, sistema de saúde ou instituição estava preparado para uma pandemia com a dimensão e com a repercussão que se observam, constituindo uma dura prova para todos os países e sectores, a nível global e durante muito tempo (CNS, 2020). Desde a “pneumónica” que o mundo não enfrentava uma ameaça infecciosa desta magnitude, e apesar do desenvolvimento da ciência médica e dos sistemas de saúde, tornou-se difícil superar esta pandemia, até para os países ricos. Num curto espaço de tempo, vários sectores entraram em emergência, os serviços de saúde canalizaram todas as atenções e recursos na luta contra a Covid-19, as famílias ficaram voluntária ou compulsivamente confinadas e a economia praticamente parou (CNS, 2020).

Em Portugal foi elaborado um Plano Nacional de Preparação e Resposta para a Covid-19, uma ferramenta estratégica de resposta sob o comando da Direcção-Geral da Saúde, que teve como referencial as orientações da OMS e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças. A intenção do governo era obter uma resposta coordenada e efetiva com colaboração a todos os níveis das áreas governamentais e parceiros das áreas da saúde, estabelecendo como objetivos principais minimizar a doença grave e mortes por Covid-19, minimizando os impactos sociais e económicos. Nesta jornada, o governo português pretendia reduzir a disseminação da infeção através da promoção de medidas de saúde pública, individuais e comunitárias, minimizar o risco de transmissão nosocomial de Covid-19, providenciar tratamento e apoio a elevados números de pessoas, apoiar a continuidade de cuidados de saúde e manter a confiança e segurança da população através da implementação de medidas baseadas na melhor evidência científica (DGS, 2020). Neste contexto, foram adotadas medidas de saúde pública, ou não farmacológicas, para reduzir o risco de transmissão individual e de propagação do vírus na população, de modo atrasar o pico da epidemia e reduzir o número total de casos, de casos graves e óbitos, impactando positivamente nos serviços de saúde com o alívio da carga. Assim, foram recomendadas medidas de proteção individual como higiene, desinfeção

das mãos, etiqueta respiratória e uso de EPIs como a máscara facial, não descurando as medidas de distanciamento social como a quarentena, isolamento dos doentes, encerramento pró-ativo ou reativo de escolas, teletrabalho, proibição das visitas a estabelecimentos prisionais e residenciais, proibição de eventos em massa, diminuição da lotação dos transportes coletivos e por fim medidas ambientais como a adoção de medidas de limpeza e higienização de superfícies e objetos por rotina (DGS, 2020). O conjunto de medidas tomadas pelo Governo, a reorganização da resposta do SNS e a implementação de políticas de restrição ao movimento e contacto entre cidadãos, bem como a resposta da sociedade, que acatou e até antecipou as novas regras, contribuíram para que Portugal tivesse indicadores sugestivos de uma resposta adequada à fase inicial da pandemia. A prontidão generalizada dos profissionais do SNS e a reorganização funcional, aproveitando as plataformas informáticas disponíveis, permitiu uma resposta adequada apesar do grande receio de colapso do SNS durante a primeira vaga de Covid-19, sendo evitada a disrupção das instituições de saúde nacionais, não havendo registo de episódios dramáticos como a seleção de doentes com acesso às UCI e ventiladores relatados noutros países.

Apesar do aparente sucesso, não devemos esquecer os dados da Comissão Europeia e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico de 2019, evidenciando carências no SNS, dando conta que o total da despesa em saúde e a despesa pública têm vindo a cair na última década em Portugal. O relatório da OMS *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report*, publicado em setembro de 2019, analisou 33 países e dá conta que apenas em 4 países a despesa em saúde diminuiu, sendo um deles Portugal, com menos de 0,2% do PIB investido em promoção da saúde e prevenção da doença. Aliás, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2017 classificava a verba pública aplicada em promoção da saúde e prevenção da doença como insignificante, correspondendo a 1% da despesa corrente do SNS (GUERREIRO, *et al.*, 2017^a; GUERREIRO, *et al.*, 2017^b). Devido ao desinvestimento e desorçamentação, os meios financeiros são limitados, os equipamentos e os meios humanos são insuficientes, e houve grande relutância quanto à capacidade de resposta de Portugal a esta pandemia. É factual, que inicialmente o número de camas de cuidados intensivos, ventiladores e profissionais de saúde capacitados foram das principais preocupações, mas com a evolução da pandemia, saltaram à vista as dificuldades das equipas de saúde pública na identificação e vigilância dos contactos, devido aos poucos recursos humanos e insuficientes equipamentos básicos como telefones, computadores ou veículos (FNAM, 2021). De facto, durante este período pandémico “(...) equipas de saúde pública, médicos de família, médicos hospitalares ou intensivistas, não só não foram reforçados, como em muitos locais estas equipas contaram com menos elementos (...)” (FNAM, 2021). Em Portugal, a atual pandemia, colocou à vista as

fragilidades do SNS e demonstrou que o SNS, a sociedade civil e as restantes instituições, não estavam preparadas para enfrentar emergências de saúde pública como a pandemia de Covid-19. Já previamente à pandemia, era urgente apostar em ações de prevenção e promoção da saúde, implementando medidas para o aumento da literacia em saúde e políticas que facilitem a adoção de comportamentos saudáveis e promovam a capacitação da população no combate a problemas de saúde pública (CNS, 2020).

Outra questão negligenciada prende-se com a saúde mental e sua promoção, apesar da elevada prevalência de doença mental na população e de consumos elevados de antidepressivos e ansiolíticos durante a atual pandemia, em Portugal verificou-se ausência de políticas que promovam o autocuidado e autorregulação. Neste campo os recursos humanos também são insuficientes, com apenas 250 psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários, ou seja, 1 psicólogo para cada 40.000 utentes. De referir que, antes de identificados em Portugal os primeiros casos de infeção por SARS-CoV-2, devido às numerosas notícias sensacionalistas dos meios de comunicação, as pessoas portadoras de doença crónica e idosos, que são os que mais utilizam o SNS, recebiam a degradação da sua condição de saúde, social e económica implicando a degradação da sua saúde mental (CNS, 2020).

Passado cerca de 1 ano, a 23 de março de 2021, ocorreu a reunião do Infarmed com vista no prognóstico da evolução da pandemia e da eficácia das medidas adotadas em Portugal, contando com a intervenção de especialistas na área. Foi concluído que, no geral os indicadores são positivos, mas alguns fatores não devem ser descurados. A boa notícia é que, em Portugal a incidência está a baixar, apesar da taxa de transmissibilidade (R) aumentar, sendo os concelhos acima dos 120 casos por 100 mil habitantes “poucos” e “dispersos” (MALTA, 2021). A propósito, Baltazar Nunes, do Instituto Ricardo Jorge, referiu que o valor do R tem vindo a aumentar porque reflete a redução do número de casos. Também o grupo etário com mais de 80 anos, deixou de ser o mais atingido, sendo atualmente a faixa etária entre os 20-30 anos a que apresenta maior incidência, o que reflete as opções de vacinação em Portugal e tem consequências positivas nos internamentos e na letalidade da doença no país. Em relação às crianças e jovens, estes apresentam menor incidência e talvez menor risco de transmissibilidade e segundo Henrique Barros, presidente do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, “(...) as medidas de mitigação e proteção no âmbito escolar foram levadas muito a sério, por isso, os nossos resultados foram diferentes do que noutros países onde isso não aconteceu (...)” (MALTA, 2021). Os factos a ter em conta, são as novas variantes e João Paulo Gomes, do Instituto Ricardo Jorge, adverte que a variante britânica é prevalente em 90% dos casos nacionais, no entanto, Portugal terá de fazer o seu trabalho de casa e estar alerta para a variante da África do Sul, aquela em que há mais casos de falhas nas vacinas, assumindo a importância

do controlo de fronteiras para que esta não se espalhe. Aconselha a identificação das novas estirpes com o aumento de amostragem, alargamento da rede de laboratórios de sequenciação, integração dos laboratórios privados e novas políticas de apoio do estado neste sentido. Neste seguimento foi implementada a testagem da comunidade escolar aquando do início do ensino presencial em abril de 2021 resultando positivamente no combate da Covid-19. Também o processo de vacinação é fundamental para nos sentirmos seguros, e neste campo as metas de vacinação propostas foram atingidas, contabilizando a 29 de agosto de 2021, 72,8% da população com vacinação completa (MALTA, 2021). Ressalta da mesma reunião que, a idade e sexo aumentam a mortalidade e segundo Henrique Barros, a taxa de letalidade da doença é agora de 2%, aumentando muito com a idade e sexo masculino. Outros dados de interesse foram divulgados, nomeadamente o facto de na região da Madeira prevalecer uma taxa de mortalidade correspondente a metade da verificada na região norte de Portugal e as sequelas psicológicas infligidas pela pandemia, concluindo um estudo de Carla Nunes, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, que 1 em cada 5 portugueses sente-se agitado, ansioso ou triste, melhorando nos períodos de desconfinamento, com quadros de saúde mental piores nas mulheres e nos jovens (MALTA,2021).

4.4. Pós-pandemia: O Estado da Saúde, Social, Cultural e Económico de Portugal

A vida dos portugueses foi alterada profundamente pelo curso da pandemia da Covid-19, desde a economia à educação e passando, como é óbvio, pela saúde. A relação das pessoas com o espaço e tempo não voltará a ser a mesma após esta crise sanitária (MARTINS, 2020).

No final do mês de março de 2020, as autoridades sanitárias portuguesas, perante a falta de tratamento para a doença e de modo a não comprometer o deficitário sistema de saúde nacional, acionaram um conjunto de medidas com base no distanciamento social para aplicação em todo o território nacional. Em Portugal, e no mundo, muitos perderam empregos, os horários de trabalho foram reduzidos, levando assim a um quadro social, económico e sanitário muito difícil. Neste cenário, os grupos mais vulneráveis como idosos, são dos mais prejudicados com um sofrimento social e emocional, não recebendo do estado, da sociedade e nem mesmo da própria família a devida atenção, acabando por envelhecer sozinhos, carentes de cuidado e afeto, situação agravada durante o período de isolamento, ainda mais em Portugal com uma população envelhecida. É certo que, a sociedade contemporânea é complexa e caracteriza-se pela produção de riscos e pela liquidez das relações intersociais, chamada pelos especialistas a “*sociedade do risco*” e “*sociedade líquida*” e dentro desta estrutura social, as ações humanas são pautadas pelo imediato, pela produção e consumo tornando-se voláteis e

descartáveis, como se tudo e todos fossem substituíveis, contribuindo para o agravamento das desigualdades sociais (MARTINS, 2020). Vive-se uma era de valorização do supérfluo, da satisfação e felicidade individual, onde a miséria, a degradação ambiental e as injustiças sociais são efeitos colaterais da busca por riqueza e por poder económico (MARTINS, 2020). Mas, a chegada abrupta da Covid-19, obrigou a sociedade a parar e rever os seus valores, pois mundo baseado no poder económico acentua ainda mais as desigualdades sociais, agravando a situação daqueles que vivem em situação de violação de direitos fundamentais, como por exemplo as pessoas que não têm acesso à água potável, saneamento básico e comida. O cuidado com os grupos de maior risco, evidenciou solidariedade dos amigos, dos vizinhos, familiares, e, principalmente, daqueles que trabalham em saúde, com destaque para os farmacêuticos comunitários. Todos tiveram que reorganizar a sua vida em prol de um bem maior como é a saúde da sua comunidade, verificando-se uma revisão de crenças e valores pois a pandemia da Covid-19 é definida por muitos como um *reset*, capaz de provocar mudanças profundas no comportamento das pessoas, obrigando as comunidades à união e trabalho conjunto, tal como acontece com as gerações que viveram guerras. A crise financeira decorrente da pandemia por si só será um motivo para que as pessoas economizem mais e revejam os seus hábitos de consumo e será preciso desenhar produtos e soluções que cheguem às pessoas, e não, o contrário (MARTINS, 2020). Em termos empresariais, torna-se essencial uma relação de confiança com os colaboradores já que o *home office* passou a ser uma necessidade e alterou a dinâmica do trabalho definitivamente, trazendo ganhos para os colaboradores que adquirem maior flexibilidade e para as empresas na redução dos gastos. Importa destacar que por todo o território nacional, foi surgindo uma resposta à Covid-19 baseada na capacidade de encontrar soluções inovadoras, como as de treinar e equipar as equipas para trabalhar remotamente ou a de alavancar competências para mudar a produção de uma linha de produto para outra, como foi o caso das viseiras e máscaras, procurando responder à sua procura dramática (MARTINS, 2020).

Inicialmente, algumas cidades do país, ficaram vazias, sem carros, sem pessoas, e até sem poluição, no entanto o sentimento no seio da população era de angústia e desespero devido ao avanço da doença desconhecida que provocava cada vez mais vítimas mortais. Posteriormente, a paisagem urbana foi mudando, num retorno apressado das atividades comerciais, quando apareceram as máscaras no ambiente público, e regras sanitárias mais intensas, com indicações muito persistentes de “lavar as mãos”, “usar álcool gel”, proceder a cuidados de higiene ao voltar para casa, comprar e consumir alimentos. A quarentena domiciliária imposta a todo o país durante o estado de emergência obrigou os portugueses a adaptarem os seus

hábitos, a realização de passeios, caminhadas e exercício físico tornou-se muito difícil e a maioria das consultas nas clínicas e hospitais foram adiadas, além do grande impacto do confinamento na saúde física da população, a incerteza, a preocupação, a mudança repentina e os novos constrangimentos impactaram negativamente na saúde mental de muitos portugueses. Na atualidade deparamo-nos com relatos de casos de ansiedade, síndrome do pânico e depressão, originados pelo distanciamento social e medo de adoecer e morrer, quadros que se prolongarão para lá do fim da pandemia, obrigando a terapias prolongadas. Resta a esperança de que a atual crise pandémica representará uma oportunidade de mudança de hábitos, de exercício da resiliência, de valorização da saúde, dos laços familiares e de amizade, bem como do aperfeiçoamento do trabalho, consolidação da solidariedade e abandono de práticas opressivas no meio social (MARTINS, 2020).

Segundo a teoria da inovação, as discontinuidades aceleram a disrupção das sociedades, e constituem um fenómeno absolutamente avassalador que pode produzir inovação devido à introdução de uma perturbação abrupta e disruptiva, causando dois estados de espírito, o marasmo e a urgência. O marasmo causa confusão, desespero e crise e a urgência corresponde à capacidade de resposta assertiva e eficaz ao marasmo. Identificar e responder ao marasmo é a função da inovação, e por isso, a forma como lhe respondemos diferencia as sociedades, sendo precisamente este quadro o verificado na atual pandemia, resultando na antecipação a alta velocidade de mudanças como o teletrabalho, a educação à distância e a exigência da sustentabilidade, da responsabilidade social e da responsabilidade humanitária (MARTINS, 2020). Mas, não podemos esquecer que a crise deixará um rasto avassalador, um número de mortos inconcebível, famílias arrasadas socioeconomicamente e a solidão dos mais vulneráveis. A I Guerra Mundial e a “Pneumónica” desencadearam a criação dos sistemas públicos de saúde, a II Guerra Mundial abriu caminho para o Estado Social e a Covid-19 despontará mudanças na forma como as pessoas olham para o Estado, pois o anterior ambiente de austeridade potenciaram uma visão crítica acerca da intervenção do Estado na sociedade mas, a atual pandemia mostrou a importância dos recursos públicos no combate destes flagelos, devolvendo a confiança dos cidadãos no Estado e agentes públicos.

No futuro, a sociedade será muito mais digital, a digitalização está em crescimento exponencial, os limites físicos da ação humana na atual pandemia funcionam como impedimentos ao retomar das atividades económicas, sendo o mundo virtual a alternativa viável à disrupção do mundo físico. Nesta nova era que se avizinha, os novos modelos de negócio serão cruciais para o sucesso, e as farmácias não são exceção, salientando o grande e inesperado avanço das compras *online* e do serviço *delivery* no curso desta pandemia (MARTINS, 2020). Será evidente uma reconfiguração dos espaços do comércio, com o medo e ansiedade no seio da sociedade,

novos hábitos serão estimulados, os cuidados de saúde e bem-estar serão o centro das atenções, permanecendo o receio de locais fechados com aglomeração de pessoas. Inúmeras atividades consideradas até aqui como estritamente presenciais, passaram a ser realizadas virtualmente, como a sala de aula virtual, os concertos de artistas nas plataformas do *Facebook* e *Instagram*, as *tours* virtuais, as visitas a museus e o teletrabalho. Estas experiências transformar-se-ão em experiências culturais imersivas, ligando o real ao virtual, como a realidade aumentada e virtual, assistentes virtuais e máquinas inteligentes que combinadas com o *e-commerce* conduzirão a uma vida económica nova denominada de *shopstreaming*. Relativamente à Educação, esta atividade em modo virtual permitirá desde tenra idade o acesso a um conhecimento global, o que resultará numa nova fase cultural e científica, onde a globalização passa a ser um conceito abrangente, e o individuo deixa de “*ir a todo o lado*” para “*estar em todo lado*” sem sair de casa. É certo que a mudança estava em curso, mas a crise sanitária atual “*(...) criou a urgência que tornou a rapidez da mudança verdadeiramente disruptiva (...)*” (MARTINS, 2020).

Importa também referir que a Covid-19, marcará um ponto de viragem na problemática dos dados pessoais e privacidade, desencadeando medidas que se manterão após crise, uma vez que as tecnologias podem ser uma ferramenta essencial no auxílio da gestão da crise de saúde, nomeadamente as aplicações de reconhecimento facial, vigilância biométrica e as aplicações para rastrear e vigiar indivíduos com sintomas. É factual, que toda a informação recolhida é muito sensível, e o processo de recolha e tratamento de dados pode colocar questões graves, no entanto também estes riscos estão implícitos aquando da utilização de várias aplicações quando se assinala “*aceito os termos de uso e a política de privacidade*”. Na verdade, a saúde e a preservação da vida constituem a preocupação central quer para os cidadãos, quer para as autoridades públicas, sendo colocadas acima de qualquer interesse, e na luta pela sobrevivência, os cidadãos aceitam medidas extremas, mas no mundo pós-coronavírus será sensato executar mega sistemas de vigilância sobre os cidadãos, sistemas estes dissociados da base humana e geridos por governos ou corporações? Só o reconhecimento do valor dos dados como direito fundamental de cada pessoa, capaz de ser valorizado e gerar progresso, com o retorno desse valor aos titulares, permitiria uma interação transparente entre o Estado, as empresas de recolha de dados e a própria sociedade, procurando capacitar as pessoas para conhecer, gerir e dispor em consciência dos próprios dados, em prol de um bem maior que é a humanidade (MARTINS, 2020; INTERNACIONAL PROGRESSISTA, 2021).

Alguns especialistas afirmam que a Pandemia marca o fim do século XX, uma época altamente tecnológica, como igualmente aconteceu no longo século XIX, que só terminou depois da Primeira Guerra Mundial. De facto, o século XIX terminou com a Primeira Guerra Mundial, com a grande pandemia de gripe 1918-1919, com muitas mortes e luto, e sobretudo

com a grande disrupção da sociedade devido a estes eventos, e o mesmo acontece com a atual pandemia que marca o final do século XX, que foi o século da tecnologia. As transformações a que assistimos são inúmeras em vários campos de atuação, passando pela política, economia, modelos de negócios, relações sociais, cultura, psicologia social e a relação com o espaço público.

4.5. O que Esperar no Futuro da Saúde Global?

Quanto ao futuro, este é imprevisível, mas a Covid-19 veio convocar a sociedade e as autoridades responsáveis a abandonar a inércia a que nos acomodamos até aqui, quem éramos não serve para resolver os problemas de saúde pública do presente nem do futuro. A Saúde Global tem um papel central nestas temáticas, mas terá de ser mais inclusiva e verdadeiramente centrada na vida humana, num planeta bem cuidado, na igualdade e na soberania popular.

Na atual pandemia foi possível verificar que na prática não existe um sistema de saúde pública global, pois a diplomacia em saúde fica muito aquém do desejado, observando-se ainda um sistema que serve os países ricos em primeira instância, e coloca os lucros privados à frente da saúde pública, não existindo o multilateralismo do complexo farmacêutico-filantropico. Para o futuro, devemos construir um sistema que proporcione verdadeiramente uma saúde pública global, com a coesão dos governos mundiais, com acordos multilaterais e medidas de combate a futuras pandemias que cheguem a todos por igual. No início da pandemia pudemos assistir à saída dos EUA da OMS e ao incentivo do sentimento racista por parte dos seus aliados, em vez de se prepararem para combater a pandemia que ganhava terreno. O voto pela manutenção das regras da propriedade intelectual, negando as vacinas à restante população mundial, bem como a desigualdade na distribuição das doses de vacinas, com os países mais ricos a garantir grandes quantidades desta, chegando mesmo a acumular metade da oferta mundial, demonstra a falta de diplomacia em saúde e a falta de estratégias que garantam a iniquidade como pilar basilar das políticas de saúde global. Até mesmo os filantropos que sempre tiveram grande empenho na construção da “saúde global” incitaram a privatização da tecnologia das vacinas em vez da sua partilha com o mundo de forma altruísta (INTERNACIONAL PROGRESSISTA, 2021). Como podemos proteger a vida humana e resistir a uma pandemia quando se verifica um *apartheid* de saúde que protege a vida dos ricos em detrimento da dos pobres? A resposta está no que a Covid-19 nos ensinou até aqui, na medida que nenhum país acaba com uma pandemia sozinho e a sua presença em qualquer canto do mundo é uma ameaça à saúde pública de todo o globo (INTERNACIONAL PROGRESSISTA, 2021). Os prin-

cípios de saúde global garantem acesso aberto a todo o *know-how* relativo à vacina e/ou tratamento contra uma pandemia e a criação de fábricas em todo o mundo para a sua produção, sendo certo que assistimos a grande partilha de informação técnico-científica aquando da sua descoberta e desenvolvimento, o mesmo já não aconteceu quanto à sua produção, onde se verificou grande disputa entre as grandes farmacêuticas mundiais. O capital privado deve ser pressionado para acatar a saúde pública global e as decisões que daí advenham de forma a garantir a sobrevivência de todos, instituindo o direito global à vida, com a assistência na saúde livre e universal, passando de um sistema privado para um sistema público que rejeite a ideia comercial e lucrativa.

É certo que a vida humana, não é uma moeda de troca e a pandemia demonstrou que ver a saúde à "luz da segurança nacional" desencadeia o policiamento ao invés de abastecimento, agressividade ao invés de cooperação, não sendo estes os princípios de um verdadeiro sistema de saúde global (INTERNACIONAL PROGRESSISTA, 2021). Na verdade, em alguns países aplicaram sanções médicas e destacaram forças de segurança em resposta a emergências de saúde pública, mas o caminho a seguir centrar-se-á na capacitação e valorização do cidadão como parte integrante da sociedade. Na Covid-19, em todo o mundo, os "trabalhadores da linha da frente" foram vistos como heróis, mas na prática são mal pagos, com excesso de trabalho, vivem na solidão longe dos familiares e por vezes em situações precárias. Neste contexto, é de referir a emergência do fenómeno de *burnout* nos profissionais de saúde neste período pandémico, alertando para a necessidade de medidas preventivas que contrariem esta tendência, sejam a formação e treino específico, maior proteção por parte do estado, melhores remunerações e respeito pelo direito de permanecer ou afastar-se do local de trabalho.

É também urgente uma OMS que seja líder na tomada de decisões e que não ceda aos interesses dos financiadores, sejam eles os países ricos ou financiadores privados, dotando a organização de maior poder e liberdade de decisão. "*Isto não significa construir uma autoridade supranacional que não presta contas aos governos que serve, mas sim cumprir o propósito da criação da OMS, como instituição de governança multilateral*" (INTERNACIONAL PROGRESSISTA, 2021). Neste sentido, a OMS está a estreitar as ligações com o Banco Europeu de Investimento (BEI), para numa parceria fortalecer os sistemas públicos de saúde, fornecimento de equipamento essencial, formação e investimento na área da higiene pública e saneamento nos países mais vulneráveis, o que consequentemente melhorará a resiliência dos sistemas de saúde e contribuirá para a melhor resposta a futuras emergências médicas. Os sistemas de saúde ideais do futuro deverão afastar-se de um sistema assistencial centrado no tratamento das pessoas após adoecerem, apostando na vigilância e prevenção. Os custos económicos de uma pandemia são elevadíssimos, e como tal, deverão ser feitos grandes investimentos em investigação

e desenvolvimento, para encontrar novos métodos de prevenção e tratamento, evitando no futuro perdas económicas, perda de vidas e meios de subsistência de milhões de pessoas pobres. Os países ricos têm de ser solidários com os outros países, para que eles próprios sobrevivam e cada país só ultrapassa a pandemia se proteger os novos, velhos, ricos e pobres.

5. Notas Finais

Separadas por um século, a “pneumónica” e a Covid-19, apresentam semelhanças entre elas, mas as divergências são notórias, tanto a nível mundial como nacional.

Ambas as pandemias dizem respeito a zoonoses, e o seu agente infeccioso é um vírus, que transitou por animais antes de contagiar humanos e se transmitir entre eles. Apesar de serem pandemias causadas por vírus diferentes, com mecanismos de ação e infecciosidade diferentes, está patente uma doença respiratória com sintomas como a tosse, febre, fadiga e dificuldade respiratória, estando ambas associadas a pneumonias (SOBRAL, 2020). Importa salientar que “(...) a grande proximidade dos humanos com os animais, proporcionaram o ambiente favorável à passagem de doenças infecciosas dos animais para o homem. Entre estas contam-se os maiores “assassinos da humanidade” - a varíola, a gripe, a tuberculose, a malária, a peste, o sarampo, a cólera” (SOBRAL, 2020, p.265) e fruto dos hábitos consumistas da sociedade atual, assistimos cada dia que passa ao encurtamento desta distância. Ambas tiveram origem no exterior e ambas estão relacionadas com a grande mobilidade devido aos transportes e aglomeração de pessoas, verificando-se rápida propagação da doença por todo o mundo. De facto, “(...) não é o vírus que faz a epidemia, mas o homem: o vírus é sedentário, não tem qualquer meio de locomoção. Para se deslocar tem de passar de corpo em corpo” (SOBRAL, 2020, p.266). Na pandemia da gripe de 1918-19, foi a guerra que desempenhou um papel central na rápida propagação e gravidade da doença, obrigando ao deslocamento de milhões de soldados e concentrando-os em trincheiras, no caso de Portugal, os focos infecciosos desenvolveram-se devido à migração militar, popular, agrícola, balnear e naval. A miséria em que se encontrava a população mundial, com os subúrbios operários, a falta de higiene e a escassez de alimentos e medicamentos, contribuiu para que a pandemia ficasse na história como uma das mais mortíferas, deixando um número maior de mortos do que a própria guerra. Já no decorrer da atual pandemia de Covid-19, algumas partes do planeta encontram-se sobrelotadas como nas megacidades com mais dez milhões de habitantes, decorrentes do grande crescimento urbano e com grande importância na economia global, representando um risco acrescido no combate e controlo de pandemias, como foi o caso de Wuhan, foco inicial da infeção, muito propícia à célere propagação devido à aglomeração e conexões com todo o mundo. Só em “janeiro de 2020, houve

mais de 1300 voos da China para os EUA, transportando perto de meio milhão de passageiros, o que constitui uma boa indicação do modo como a mobilidade acelerada propicia a multiplicação da infeção” (SOBRAL, 2020, p.267). A mobilidade humana cresceu exponencialmente nos últimos 100 anos e a aviação representa o transporte massivo, tornando a propagação incomparavelmente mais rápida do que em 1918. Além disso, a deslocalização da produção industrial da Europa e dos EUA para países como a China, permitiu uma ligação mais rápida entre o foco inicial e outras zonas do mundo (SOBRAL, 2020).

Quanto ao registo do primeiro caso, as duas pandemias divergem absolutamente, enquanto na “pneumónica” há quem aponte para os acampamentos de soldados americanos mobilizados para a Grande Guerra, no Médio Oeste dos EUA, outros assinalam que o agente patogénico surgiu no seio do exército inglês em França, já na Covid-19 o alerta dado pela China identificou Wuhan como o foco inicial da infeção.

A taxa de mortalidade e grupo etário mais atingido pelos dois surtos, é uma divergência irrefutável, a “pneumónica” atingiu uma magnitude de mortalidade muito elevada contabilizando entre 50 e 100 milhões de óbitos no mundo todo, essencialmente nas camadas jovens da população, enquanto a Covid-19 conta até ao momento 4,6 milhões de mortes, incidindo sobretudo nos mais velhos, com o risco a aumentar com a idade e comorbilidades associadas. De facto, os 100 anos que separam as duas pandemias, representam a variável decisiva para um desfecho mais favorável à humanidade neste momento, com melhores condições de vida, melhores condições sanitárias, melhores sistemas de saúde e a evolução tecnológica e científica capaz do desenvolvimento em tempo record de uma vacina, dotando a sociedade de uma capacidade de luta contra a Covid-19 mais eficaz. Nesta temática, também a identificação do agente patogénico foi mais rápida atualmente e não provocou polémica científica, procedendo-se de imediato à sua sequenciação e divulgação, ao passo que em 1918, não houve consenso quanto ao agente patogénico e numa época marcada pela ascensão e triunfo da bacteriologia, “os vírus eram na época seres “teóricos”, pois a sua dimensão tão reduzida só permitiu a sua observação em 1939, com a invenção do microscópio eletrónico (SOBRAL, 2020). Ao contrário da época de 1918, hoje a comunidade científica tem voz ativa junto dos decisores, discutindo e opinando sobre estimativas e analisando as estratégias a aplicar no combate deste flagelo, a capacidade científica e técnica evoluiu e é incomparavelmente mais forte no que concerne ao desenvolvimento e avaliação de medicamentos, vacinas, dispositivos médicos e testes de diagnóstico, bem como, existem vários meios para o conter as infeções secundárias que lhe poderão estar associadas, nomeadamente os antibióticos. Uma das grandes divergências entre as duas pandemias, foi as dezenas de empresas que trabalharam arduamente no desenvolvimento de uma vacina contra a Covid-19, passando também pelo desenvolvimento

de testes de diagnóstico e material médico para aplicar em massa à população mundial. Já na época da “pneumónica” os principais tratamentos eram cama, repouso, tisanas, isolamento e a aspirina, que era recomendada em doses tóxicas. É indiscutível que a evolução científica e tecnológica é incomparavelmente maior nos dias que correm e o melhor conhecimento dos vírus, os melhores e mais eficazes cuidados de saúde primários e hospitalares como os antivirais, oxigénio e ventiladores, foram o fator decisivo para a menor mortalidade da pandemia da Covid-19 quando comparada com a “pneumónica” (DUARTE, 2020). A propósito, os medicamentos “milagrosos” foram anunciados em ambas as pandemias, medicamentos ineficazes, não confirmados pela ciência, nomeadamente a grippina e quinino na “pneumónica” e a cloroquina, hidroxicloroquina e ivermectina na covid-19 (SOBRAL, 2020).

Ainda importa realçar que, segundo os dados preliminares, as duas pandemias têm efeitos comparáveis sobre a dinâmica populacional, uma vez que as pandemias são decisivas nas mudanças na população humana, afetando a taxa de mortalidade e a taxa de natalidade. Segundo estes dados, a Covid-19 diminuiu a taxa de natalidade em Portugal em -6,6%, algo que poderá ser comparável com os efeitos da gripe de 1918-19, que afetou a taxa de natalidade dos Estados Unidos em -13% (AASSVE, 2021).

Em relação a questões de saúde pública, houve grande evolução desde 1918-19, embora não existissem na época os sistemas públicos de saúde atuais, e os que existiam centravam-se em Lisboa e Porto, ficando o restante território nacional sob a ação das Misericórdias, cujos recursos económicos e humanos eram muito deficitários. Também atualmente os recursos humanos disponíveis, foram insuficientes para o combate da Covid-19, mas na época da “pneumónica” a situação seria catastrófica devido à mobilização dos médicos, farmacêuticos e enfermeiros para o conflito bélico que cursava. O facto é que, ambas as crises sanitárias exigiram a construção rápida de hospitais de campanha e locais para isolamento de infetados (SOBRAL & LIMA, 2018).

No que concerne à coordenação da informação e das políticas de saúde, embora em 1918 já se vislumbravam os primórdios da coordenação da informação e política sanitária para combate às epidemias, decorrente da primeira Conferência Sanitária Internacional em 1851, esta só se tornou relevante partir de 1948 com a criação da OMS. No combate da Covid-19 a OMS assumiu o papel de coordenação mundial, mas foi patente uma posição hesitante com o reconhecimento tardio da pandemia, no entanto a perceção do perigo representado pela atual pandemia é diferente da existente no início da primeira vaga de 1918, talvez pela memória das autoridades de saúde e das implicações devastadoras da “pneumónica” (SOBRAL, 2020). Importa ter em consideração que, a “pneumónica” desenrolou-se epidemiologicamente em 3 ou 4 vagas, não havendo dados factuais quanto a esta questão, com características similares a

nível mundial, exibindo uma segunda vaga mais mortífera e agreste, também a Covid-19, ao que parece, exhibe um perfil epidemiológico em 4 vagas, sendo a terceira vaga impulsionada pela variante Delta do Reino Unido a que demonstrou características mais letais e contabilizou o maior número óbitos.

Nas duas crises sanitárias foram comuns atitudes negacionistas e de crítica ao suposto alarmismo da imprensa no momento inicial, ambas foram desacreditadas precocemente como se tratasse de falso alarme, resultando numa ação tardia por parte das autoridades de saúde. No entanto, após reavaliada a situação, para tentar ganhar algum tempo, as autoridades sanitárias recomendaram medidas mais drásticas como o confinamento social e o encerramento de locais e eventos públicos. Ambas as pandemias partilham o combate antiepidémico inicial baseado no mesmo tipo de medidas de carácter social, como a distância social, confinamento, quarentena, desinfeção e uso generalizado de máscara, mas também nestas medidas se verificou alguma controvérsia em ambas as pandemias. Além das diretrizes iniciais da OMS serem contraditórias em relação a estas medidas e algumas personalidades demonstrarem repulsa no uso de máscara, e se por um lado a evolução tecnológica permitiu reduzir o impacto da pandemia em termos de mortes, o cumprimento das medidas de higiene individuais e sociais assumiram um papel central no controlo das pandemias. É um facto que a falta de coordenação entre os países na aplicação das medidas antiepidémicas, incitou a propagação da Covid-19, com alguns países a manter o quotidiano económico e social, confiando na responsabilização dos cidadãos para manter o distanciamento social, no entanto o resultado até à data, foram taxas de infeção e de mortalidade superiores aos países que seguiram uma estratégia restrita de imposição legal do “*lockdown*” (SOBRAL, 2020). Por exemplo, os presidentes dos EUA, Brasil e México, foram das figuras mais sonantes na oposição às medidas de isolamento e de distanciamento social, desvalorizando a pandemia e insistindo na necessidade de manter o ritmo da vida económica, e como resultado foram dos países com maior número de infeções e de mortes. Na verdade, “(...) a controvérsia relativamente à pandemia atual não se tem colocado no plano científico, mas no plano político (...)” (SOBRAL, 2020, p.266).

É também verdade, que surgiram teorias conspiratórias nas duas pandemias, na “pneumónica”, os dois lados na Primeira Guerra Mundial acusavam-se reciprocamente e na covid-19, a disputa Estados Unidos-China afetou as responsabilizações, com a presidência dos EUA, que se tornou o país mais atingido pela Covid-19, inicialmente desvalorizada, culpabilizando a China pela ocultação do vírus, chegando a afirmar que este foi criado num laboratório chinês.

Atualmente, a forma como sabemos o que se passa à volta do Mundo e partilhamos informação em fração de segundos é extremamente diferente da forma como os países acom-

panhavam a “pneumónica”. Hoje, partilhamos informação, dados científicos, moléculas e experiências sobre os diferentes fármacos, testes e estratégias em tempo real por conta da internet (DUARTE, 2020). Também as imagens provenientes da China, em particular as veiculadas pela televisão, chegaram à população mundial antes do confronto com a pandemia, contribuindo para o acatamento pacífico das ordens de isolamento e distanciamento social, com as quais já estávamos familiarizados pelas notícias. Pelo contrário, no decorrer da “Pneumónica”, os meios de informação não estavam ao alcance da maioria dos portugueses, constituindo uma rutura na relação imediata das autoridades com os cidadãos.

Um dos pontos de contacto mais preocupantes, centra-se no facto de ambas as pandemias reforçarem a desigualdade social, os primeiros disseminadores da doença são os viajantes, geralmente da classe média e alta, mas a contaminação atinge amplamente os grupos vulneráveis, uma vez que apresentam condições socioambientais favoráveis à propagação da doença. A pandemia de 1918-19 atingiu todas as classes sociais, incluindo a elite política como o rei de Espanha e o presidente dos EUA, nenhum destes morreu, mas conotou a pandemia como democrática, no entanto é certo que a mortalidade foi maior nas regiões rurais, onde havia menos recursos para combater a doença e onde se concentrava a população pobre (SOBRAL, 2020). Igualmente, a Covid-19, afeta todos sem distinções, como foi o caso do príncipe de Gales e do Presidente da República do Brasil Bolsonaro, todavia, estudos já realizados demonstram que a mortalidade é mais do dobro nas zonas mais carenciadas em rendimento, emprego, saúde, educação, habitação, crime e ambiente (SOBRAL, 2020). É importante lembrar a desigualdade na distribuição das vacinas contra Covid-19, bem como o acesso desigual aos cuidados de saúde primários, uma vez que em resposta à atual pandemia foi suspensa a atividade assistencial não urgente o que deixou os mais vulneráveis sem qualquer acompanhamento.

É certo que a pandemia da Covid-19 está em curso e afeta milhões de pessoas em todo o mundo restando muito por descobrir, especialmente no campo da Saúde Global, no entanto ambas as pandemias encontraram um mundo pouco preparado, criando uma pressão sem precedentes nos profissionais de saúde e nos sistemas de saúde, inclusivamente após os grandes avanços científicos registados nos últimos cem anos.

Bibliografia

- AASSVE, A. [et al.,] - **Early assessment of the relationship between the COVID-19 pandemic and births in highincome countries.** *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United of America (PNAS)*. Vol. 118: 36 (2021), 1-3. ISSN:1091-6490. [Consultado 31 agosto 2021]. Disponível na Internet: <https://www.pnas.org/content/118/36/e2105709118>
- ALLEYNE, G.A.O. - **Internal and Global Public Health: Governance and Ethical Issues.** *Ethos Gubernamental*. San Juan. ISSN:1555-8746. Vol.4 (2007), 43-64.
- ALMEIDA, A.S. - **A Saúde no Estado Novo de Salazar (1933-1963): Políticas, Sistemas e Estruturas.** Lisboa: Universidade de Lisboa, 2017. Dissertação de Doutoramento.
- BARRETO, M.L. - **Desigualdades em Saúde: uma perspetiva global.** *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. ISSN:1678-8123. Vol.22: 7 (2017), 2097-2108.
- BROWN, T.; CUETO, M.; FEE, E. - **A transição de saúde pública “internacional” para “global” e a Organização Mundial da Saúde.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. ISSN:0104-5970. Vol.13: 3 (2006), 623-47.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. - **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. ISSN:0103-7331. Vol.17: 1(2007), 77-93.
- BUSS, P.M. - **Globalização, pobreza e saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. ISSN:1678-8123. Vol.12:6 (2007), 1575-1589.
- BUSS, P. - **Saúde global e diplomacia da saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. ISSN:0102-311X. Vol.29:1 (2013), 8-9.
- CONSELHO EUROPEU (CE); CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA (CUE) - **Um tratado internacional sobre prevenção e preparação para pandemias.** Bruxelas, 20 de maio de 2020. [Consultado 12 julho 2021]. Disponível na Internet: www.consilium.europa.eu/pt/policies/coronavirus/pandemic-treaty/
- CORTES, M. - **Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal.** *Sociologia, Problemas e Práticas*. Lisboa. ISSN:0873-6529. Vol.80 (2016), 117-143.
- CRISÓSTOMO, S. - **O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: saúde.** *Sociologia, Problemas e Práticas*. Lisboa. ISSN:0873-6529. NE (2016), 33-48.
- CUETO, M. - **Saúde global: uma breve história.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. ISBN:9788575414613.

DUARTE, R. - **A gripe espanhola e a Covid-19 podem ser comparadas?** *Jornal de Notícias*. 22 de abril de 2020 [Consultado 11 junho 2020]. Disponível na Internet: <https://www.jn.pt/nacional/a-gripe-espanhola-e-a-covid-19-podem-ser-comparadas-12100819.htm>

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FNAM) - **Apatia e falta de planificação colocam em risco combate à pandemia na AML**. FNAM. 21 de junho 2021. [Consultado 14 julho 2021]. Disponível na Internet: <https://www.fnam.pt/index.php/seccoes/comunicados/630-apatia-e-falta-de-planificacao-colocam-em-risco-combate-a-pandemia-na-aml>

FERREIRA, A. [et al.] - **A Gripe Espanhola de 1918**. Guimarães: Casa de Sarmiento - Centro de Estudos do Património | UMinho, 2020. ISBN:978-989-54723-0-7.

FORTES, P.A.C.; RIBEIRO, H. - Saúde Global em tempos de globalização. *Saúde e Sociedade*. São Paulo. ISSN:0104-1290. Vol.23:2 (2014), 366-375.

FORTES, P.A.C. - **Refletindo sobre valores éticos da saúde global**. *Saúde e Sociedade*. São Paulo. ISSN:0104-1290. Vol.24:4 (2015), 152-61.

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN - **Cátedra Calouste Gulbenkian de Saúde Global**. Lisboa, 2013. [Consultado 10 de Maio de 2021]. Disponível na Internet: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/Catedra_Gulbenkian_versao_digital_13.02.2013.pdf

GRISOTTI, M. - **Governança em saúde global no contexto das doenças infecciosas emergentes**. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*. Porto Alegre. ISSN:1519-6089. Vol.16: 3 (2016), 377-398.

GUERREIRO, C. [et al.] - **Política de investigação científica para a saúde em Portugal: I- Enquadramento Europeu e Nacional**. *Acta Médica Portuguesa*. Lisboa. ISSN:1646-0758. Vol.30: 2 (2017^a), 141-147.

GUERREIRO, C. [et al.] - **Política de investigação científica para a saúde em Portugal: II – Factos e sugestões**. *Acta Médica Portuguesa*. Lisboa. ISSN: 1646-0758. Vol.30: 3 (2017^b), 233-242.

INTERNACIONAL PROGRESSISTA - **Pandemia, ano I: é preciso transformar a saúde global**. *Outras Palavras, Jornalismo de Profundidade e Pós- Capitalismo*. 11 de março de 2021. [Consultado 24 de julho 2021]. Disponível na Internet: <https://outraspalavras.net/crise-civilizatoria/um-ano-de-pandemia-e-preciso-transformar-a-saude-global/>

KOPLAN, J.P. [et al.] - **Towards a common definition of global health.** *Lancet*. London, England. ISSN: 0140-673. Vol. 373:9679 (2009), 1993-1995.

LEE, K.; SMITH, R. - **What is ‘Global Health Diplomacy’? A Conceptual Review.** *Global Health Governance*. London. Vol.5:1 (2011), 1-12.

LIMA, C. - **Information about the new coronavirus disease (COVID-19).** *Radiologia Brasileira*. Vol.53: 2 (2020), V-VI. [Consultado 15 junho 2021]. Disponível na Internet: <<https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>>. Epub 17 Abr 2020. ISSN:1678-7099

LOUREIRO, M - **Estudos críticos sobre Saúde Global: resenha sobre o artigo Theorizing Global Health de João Biehl.** 2019. [Consultado 11 de maio 2021]. Disponível na Internet: <https://neurosaude.com/atualidades/estudos-criticos-sobre-saude-global-resenha-sobre-o-artigo-theorizing-global-health-de-joao-biehl/>

LUSA - **Covid-19: Diplomacia da saúde não é uma opção dos Estados.** *Expresso*. 25 março de 2021^a. [Consultado 9 de maio 2021]. Disponível na Internet: <https://expresso.pt/coronavirus/2021-03-25-Covid-19.-Diplomacia-da-saude-nao-e-uma-opcao-dos-Estados-9db65aea>

LUSA - **Covid-19: OMS compara pandemia à “gripe espanhola”.** *Público*. 20 abril de 2020. [Consultado 9 de maio 2021]. Disponível na Internet: <https://www.publico.pt/2020/04/20/ciencia/noticia/covid19-oms-compara-pandemia-gripe-espanhola-19131200>

LUSA - **Covid-19: OMS critica “desigualdades chocantes” no acesso a vacinas em África.** *Expresso*. 24 agosto 2021^b. [Consultado 26 agosto 2021]. Disponível na Internet: <https://expresso.pt/coronavirus/2021-08-24-Covid-19-OMS-critica-desigualdades-chocantes-no-acesso-a-vacinas-em-Africa-8126cee3>

MALTA, J.C. - **Retrato à Covid-19 em Portugal: forças, fraquezas e ameaças. A reunião no Infarmed em 10 pontos.** *Rádio Renascença*. 23 de março de 2021. [Consultado 28 julho 2021]. Disponível na Internet: <https://rr.sapo.pt/especial/pais/2021/03/23/retrato-a-covid-19-em-portugal-forcas-fraquezas-e-ameacas-a-reuniao-no-infarmed-em-10-pontos/231624/>

MARTINS, A.M. - **A Sociedade Pós-Pandemia.** *NORTE.AR- Porto Business School*. 14 junho 2020. [Consultado 24 de julho 2021]. Disponível na Internet: <https://www.pbs.up.pt/pt/artigos-e-eventos/artigos/a-sociedade-pos-pandemia/>

MATTA, G.; MORENO, A. - **Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo. ISSN:1414-3283. Vol.18:48 (2014), 09-22.

MOREL, C.M.A - **Pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais.** *Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.* ISSN:1678-8123. Vol.9: 2 (2004), 261-270.

INTERNATIONAL FEDERATION OF PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS & ASSOCIATIONS (IFPMA) - **A Indústria Farmacêutica e a Saúde Global: Fatos e Números.** 2011.[Consultado 30 julho 2021]. Disponível na Internet: https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2016/01/IFPMA_A-Industria-Farmaceutica-e-a-Saude-Global_2011.pdf

PISCO, L. - **Coerência das políticas como motor da equidade em saúde.** *JustNews.* 23 de setembro de 2019. [Consultado 3 junho 2021]. Disponível na Internet: <https://justnews.pt/artigos/coerencia-das-politicas-como-motor-da-equidade-em-saude#.YTjQFdrKjIU//justNews-23>

PORTUGAL, R. - **Saúde Pública: Mais de 40 anos de ação e melhoria da Saúde dos Portugueses.** *Jornal Médico.* 3 de outubro de 2019. [Consultado 26 maio 2021]. Disponível na Internet: <https://www.jornalmedico.pt/opiniao/37867-saude-publica-mais-de-40-anos-de-acao-e-melhoria-da-saude-dos-portugueses.html>

PORTUGAL. Conselho Nacional de Saúde - **Portugal e a resposta à COVID-19. A posição do Conselho Nacional de Saúde e o contributo das entidades que o constituem.** CNS. 2020. [Consultado 22 junho 2021]. Disponível na Internet: http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/CNS_Reflexao-Conselho-Nacional-Saude-resposta-COVID-19.pdf

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - **Plano nacional de saúde 2012-2016.** Lisboa: DGS, 2012. [Consultado 25 maio 2021]. Disponível na Internet: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_verseoiresumo_maio20133.pdf

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - **Plano nacional de saúde Revisão e Extensão a 2020.** Lisboa: DGS, 2015. [Consultado 20 junho 2021]. Disponível na Internet: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - **Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19).** Lisboa: DGS, 2020. [Consultado 2 junho 2021]. Disponível na Internet: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Plano-Nacional.pdf>

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde - **Reforçar papel da UE na saúde global**. Lisboa: SNS, 2020. [Consultado 20 junho 2021]. Disponível na Internet: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/10/26/reforcar-papel-da-ue-na-saude-global/>

REBELO DE ANDRADE, H., FELISMINO, D. - **A Pandemia de Gripe de 1918: Um Desafio à Ciência Médica no Princípio do Século XX**. *Ler História*. Lisboa. ISSN:0870-6182. Vol.73 (2018), 67-92.

RITCHIE, H [et al.,] - **Statistics and Research Coronavirus (COVID-19) Cases**. Our World in Data. Reino Unido: Global Change Data Lab, 2021^a. [Consultado 29 julho 2021]. Disponível na Internet: <https://ourworldindata.org/covid-cases>

RITCHIE, H [et al.,] - **Portugal: Coronavirus Pandemic Country Profile**. Our World in Data. Reino Unido: Global Change Data Lab, 2021^b. [Consultado 29 julho 2021]. Disponível na Internet: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/portugal>

ROLLO, M. F. - **1918: Pneumónica, ou a Gripe Espanhola**. *Ingenium*. Lisboa. ISSN:0870-5968. N°105 (2008), 74-76.

SAMPAIO, J.; VENTURA, M. - **A emergência do conceito saúde global: perspectivas para o campo da saúde coletiva**. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. Brasília. ISSN:2358-1824. Vol.5: 4 (2016), 145-155.

SCHUELER, P. - **OMS e Alemanha lançam novo hub global para inteligência pandêmica e epidêmica**. *Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)*. Rio de Janeiro. 14 de maio 2021 [Consultado 17 julho 2021]. Disponível na Internet: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2376-oms-e-alemanha-lancam-novo-hub-global-para-inteligencia-pandemica-e-epidemica>

SCLIAR, M. - **História do conceito de saúde**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. ISSN:0103-7331. Vol.17:1 (2007), 29-41.

SEQUEIRA, A. - **A pneumónica. Spanish influenza**. *Medicina Interna*. Lisboa. ISSN:2183-9980. Vol.8:1(2001), 49-55.

SOBRAL, J.M. [et al.,] - **A Pandemia Esquecida, olhares comparados sobre a pneumónica 1918-1919**. 1^a ed. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2009. ISBN:978-972-671-258-9

SOBRAL, J.M.; LIMA, M.L. - **A epidemia da pneumónica em Portugal no seu tempo histórico**. *Ler História*. Lisboa. ISSN:0870-6182. Vol.73 (2018), 45-66.

SOBRAL, J.M. - **Duas Pandemias: Um Esboço Comparativo entre a “Pneumónica” 1918-19 e a COVID-19.** *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Lisboa. ISSN:2183-9980. Vol.27:3 (2020), 264-271

VILLA, T.C.S. [et al.,] - **Saúde Internacional: alguns aspetos conceituais contemporâneos.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.9: 3 (2001), 101-105. [Consultado 25 maio 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000300016>