GULBENKIAN BRIEFS

#07

Projeto Foresight Portugal 2030

Covid-19: Tendências, Estratégias e Modelos de Atuação

Susana Ferreira

FUNDAÇÃO
CALOUSTE GULBENKIAN

FUTURE FORUM

GULBENKIAN.PT

Covid-19: Tendências, Estratégias e Modelos de Atuação

Susana Ferreira
Universidad Nebrija, Grupo SEGERICO
IPRI-NOVA

"As pandemias de influenza são eventos imprevisíveis, mas recorrentes que podem ter consequências na saúde humana e no bem-estar económico em todo o mundo. O planeamento prévio e a preparação são essenciais para ajudar a mitigar o impacto de uma pandemia."
WHO, 2017, p. 8

"Estamos numa situção sem precedentes, em que as regras normais não se aplicam. Não podemos recorrer às ferramentas usuais em tempos tão extraordinários. A criatividade da resposta deve corresponder à natureza única da crise – e a magnitude da resposta deve corresponder à sua escala. O nosso mundo enfrenta um inimigo comum. Estamos em guerra com um vírus."
António Guterres, Secretário Geral da ONU, 19 de março de 2020

1. Covid-19: de um mundo globalizado a um mundo confinado

O mundo confinado foi a imagem do ano 2020, uma imagem que parece ter saído diretamente de um filme apocalíptico. Na memória de todos ficam as cidades fantasmas, com as ruas desertas e as praças "cheias de ninguém". Um mundo que se fechou dentro das suas próprias fronteiras e confinou cerca de 4 mil milhões de pessoas nas suas casas. Esta paralização fez estremecer a economia mundial e teve um impacto devastador nas comunidades.

As medidas promulgadas pela maioria dos governos para combater a pandemia do novo Coronavírus Covid-19 repercutiram-se de forma impactante nas pessoas e no mundo ao seu redor. As abordagens para lidar com a Covid-19 têm sido amplas e diversas. Entre as estratégias mais comuns encontram-se as recomendações sobre o distanciamento social por parte de alguns governos nacionais, enquanto outros optaram por restringir todos os movimentos internos não essenciais e fechar as fronteiras externas. Medidas que na sua maioria resultaram numa contração económica à escala global, cujos resultados são ainda difíceis de prever.

O desenho de intervenções não-farmacológicas (INFs) de saúde pública para a mitigação do risco e do impacto da pandemia permitiu responder em todos os países de forma rápida (com tempos diferenciados) e enfrentar as consequências catastróficas do novo coronavírus, que não se definem só em termos de mortalidade, mas também, e de modo particular, pelo impacto que têm nas vidas e sustento diário dos indivíduos.

Este tipo de medidas, que têm um alcance individual, ambiental e comunitário, são fundamentais pela sua rápida capacidade de implementação e permitem aplacar a curva epidémica e suavizar as consequências da doença sobre a população, enquanto se vai avançando no desenvolvimento de intervenções farmacológicas (IFs), como vacinas ou medicação.

No final do ano 2020, a promessa de uma vacina para a Covid-19 tornou-se realidade e os governos iniciaram 2021 com uma campanha de inoculação da população, começando com os mais idosos e pessoal sanitário, junto com os mais vulneráveis, antes de passar a campanhas de vacinação em massa. Neste panorama as várias formas de vacinação apresentam-se como o único bilhete de volta à tão ansiada "normalidade". Mas será possível retomar essa chamada "normalidade" de um mundo pré Covid-19?

Neste contexto volátil que vivemos na atualidade, o risco de saúde apresenta-se como um desafio complexo que afeta a população mundial. A ameaça sanitária expõe o principal agente e ator do mundo globalizado: o indivíduo. Neste sentido, o isolamento da população, como forma de achatar a curva de contágios e salvaguardar a saúde pública, afetou de forma significativa os sistemas sociais, culturais e produtivos. O caso da Covid-19 demonstra que o processo de globalização, impulsado pela inovação tecnológica e forte industrialização, impacta de forma drástica na evolução dos "eventos desastrosos". Neste mundo globalizado, as sociedades estão expostas a potenciais cenários de surtos, com efeitos a grande escala devido às suas fortes interdependências (Aven & Zio, 2020, p. 1). Muito embora esta crescente interdependência se traduza numa melhoria sem precedentes do bem-estar da maioria das regiões do globo.

Estas dinâmicas expõem as vulnerabilidades do sistema, ao mesmo tempo que criam novos riscos. O mais recente relatório do Fórum Económico Mundial, "*Global Risks Report 2021*", coloca em primeiro lugar as doenças infecciosas entre os riscos de maior impacto na próxima década e sublinha a imediatez e gravidade dos riscos humanos e económicos do novo coronavírus. As repercussões da pandemia são já visíveis e prejudicam os progressos realizados para aplacar a pobreza mundial e as desigualdades, assim como enfraquecem a coesão social e cooperação internacional (World Economic Forum, 2021, pp. 7 e 16).

A pandemia da Covid-19 questionou o mundo globalizado em que vivemos, interrompendo a circulação de pessoas, bens e serviços, ao mesmo tempo que se atingiram velocidades sem precendentes no intercâmbio de informações, potenciado pelas tecnologias da informação e catalizador de uma transformação tecnológica sem precedentes. No entanto, e tal como se destaca no Gulbenkian Brief "*Pandemias no Mundo – Tendências e Estratégias de Combate*" (Rodrigues, 2021), a história da globalização está interligada com a das epidemias. A velocidade com que o coronavírus SARS-CoV-2 se espalhou pelo globo é resultado desta densa interconetividade. Neste contexto, a pandemia apresenta-se como uma manifestação do lado escuro da modernidade, que geralmente se expressa na forma de danos colaterais.

A Covid-19 é um evento de "cisne negro"[1] devido à sua baixa probabilidade de ocorrência, mas com um tremendo impacto nas nossas sociedades. Neste cenário é inevitável que a tónica assente numa maior consciência da fragilidade da ordem internacional, cada vez mais globalizada e complexa.

Vimos como a atual crise teve um forte impacto nos processos de tomada de decisão e desafiou as relações internacionais, desencadeando novas tensões geopolíticas. A pandemia colocou a República Popular da China (RPC) no seu epicentro estratégico, por ser o país onde surgiu o primeiro caso de Covid-19. Por um lado, este evento criou a oportunidade para o país se posicionar como elemento crítico na gestão da crise, ao mesmo tempo que – ao ser o local de origem do surto epidémico – colocou a China numa posição defensiva e de vulnerabilidade a acusações de má comunicação com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e de politização dos tempos de espera. Somam-se ainda à tensão internacional, questões relacionadas com a quebra das cadeias de produção, principalmente de bens sanitários, expondo o grande grau de dependência dos governos nacionais face às cadeias de abastecimento globais. Por outro lado, vemos uma falta de liderança internacional por parte dos Estados Unidos (EUA), cuja resposta se traduziu em iniciativas de desacreditação e processos de retirada de compromissos internacionais, para além do incrementar das tensões com outros atores internacionais (como é o caso da RPC e a União Europeia, UE). Para além disso, as campanhas de desinformação por parte de países como os EUA, a Russia ou até mesmo a RPC, revelam uma tendência crescente de aproveitamento de situações de crise para alguns países (e partidos políticos) fazerem avançar as suas agendas políticas. Esta nova era da desinformação impacta também de forma negativa a ação conjunta nos fóruns multilaterais (European Union, 2020).

Dito isto, verifica-se uma insatisfação internacional com a coordenação da resposta à pandemia por parte da OMS, tornando-se rapidamente claro que a falta de uma cooperação e colaboração internacional quanto à saúde global dificultou sobremaneira a gestão da pandemia. Desta forma, e apesar dos esforços da OMS para coordenar a resposta global, a maior parte dos países optou por responder à pandemia de forma independente, adaptando a sua resposta aos critérios definidos pelas organizações multilaterais.

Os governos em todo o mundo implantaram um número e uma variedade substancial de políticas, com variações no espetro entre a contenção e a mitigação. Ou seja, na adoção de políticas mais ou menos restritivas. As respostas dos governos à pandemia inauguraram uma nova forma de vida para as suas populações. Os confinamentos, as regras de quarentena, a distância social ou o uso da máscara, são a nova forma como vivemos agora em sociedade. No entanto, as respostas atuais resultam da experiência adquirida em anteriores contextos de pandemia ou epidemia.

Mas, porque é que variam as respostas nacionais a uma mesma crise? É importante conhecer a resposta a esta pergunta para poder desenhar políticas de gestão de crise que permitam defrontar futuros surtos epidemiológicos. Compreender o impacto das diferentes intervenções não farmacológicas (INFs) permite obter informação sobre as possíveis vantagens e desvantagens de cada medida e a sua relação custo-benefício.

Contudo, tal como demonstram estudos prévios, uma política que é eficaz num contexto pode ser ineficaz noutro, devido a um conjunto de fatores e condições endógenas e exógenas, incluindo as características demográficas da população, o sistema político vigente, o sistema de saúde público ou a tecnologia médica e de comunicação disponível (Cheng et al., 2020, p. 756). Perante uma multi-crise transfronteiriça como a Covid-19 é necessário conhecer e abraçar perspetivas comparativas para conhecer as respostas dos governos à crise e antecipar a gestão de crises pandémicas futuras.

Assim, este trabalho tem como objetivo conhecer e analisar as diferentes estratégias e modelos de atuação implementados no contexto europeu e asiático. Analizar as respostas nacionais e encontrar um modelo de atuação facilitará o desenho de respostas estratégicas futuras e a otimização de recursos (que, como veremos, é a base da resposta do modelo asiático). Trata-se de um estudo apoiado na recolha e dados de fontes primárias e secundárias, que visa a compreensão e debate crítico sobre as respostas políticas adotadas nos países em estudo. A investigação realizada apoiou-se numa resenha da literatura e das bases de dados disponíveis, de forma particular no Oxford *COVID-19 Government Response Tracker* (OcCGRT). Uma base de dados que fornece um conjunto de indicadores e informação que permite acompanhar e comparar as respostas dos diferentes governos mundiais e a sua evolução ao longo do tempo. Estes dados foram complementados com os das Nações Unidas, Fundo Monetário Internacional (FMI) ou o *Our World in Data*, assim como de relatórios de centros universitários e *think tanks*.

Os países escolhidos – Alemanha, Coreia do Sul, Portugal, Singapura, Suécia e Taiwan – têm todos eles uma base democrática (com variações no espetro do autoritarismo, sobretudo quando nos referimos à realidade asiática), com uma base de estado de direito, o que permite colocá-los no mesmo plano de análise e retirar conclusões que se podem comparar com realidades similares; contrariamente a países como a RPC, com um sistema político autoritário. Os seis países apresentados adotaram respostas diferentes e divergentes, recebendo atenção internacional e geraram um debate global, pelo que refletem a importância que a discussão sobre as respostas políticas à Covid-19 tem suscitado, assim como a falta de consenso na elaboração de estratégias conjuntas e na adoção de medidas internacionais.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco pontos:

1) a apresentação e contextualização do estudo que acabamos de apresentar;
2) enquadramento da resposta internacional à pandemia, através da identificação das diferentes medidas de INFs;
3) caracterização das respostas nacionais dos países em estudo, através da análise das cuatro dimensões centrais das respostas de gestão da pandemia;
4) apresentação dos elementos convergentes e divergentes para identificar os principais elementos do modelo de resposta adotado em ambas regiões e analisar as suas potenciais vantagens e desvantages; e, por último,
5) a apresentação das principais conclusões do estudo realizado.

2. A resposta à gripe pandémica

A Covid-19 apresenta-se como um desafio dramático à saúde pública mundial. Os números falam por si só e são assustadores. Falem eles de taxas de infeção e mortalidade, ou até do impacto económico, com projeções de redução de crescimento muito acentuadas, um aumento significativo dos números de desemprego ou um acentuar das desigualdades e aumento da insegurança alimentar (Blake & Wadhwa, 2020). Neste contexto, no final do mês de janeiro de 2021, registavam-se 109 milhões de casos desde o início da pandemia e mais de 2,3 milhões de mortos em todo o mundo, afetando a totalidade dos países como ilustra a figura 1 (WHO, 2020). O ano de 2021 inicia-se assim com a curva de contágios em aumento, registando os países europeus a terceira vaga de contágios.

No entanto, estes dados não se podem ler de forma simplista, sem compreender as diferentes respostas políticas e as suas limitações. Neste sentido, os contributos teóricos sobre o tema abundam. No âmbito das disciplinas da ciência política e relações internacionais domina uma visão multidisciplinar, com enfoque em políticas públicas, de perspetiva política comparada, estudos de segurança ou geopolítica (Janssen & Van der Voort, 2020; Lipscy, 2020; You, 2020). Neste contexto, a nível metodológico, predominam os estudos baseados em perspetivas nacionais, através da análise de estudos de caso e estudos comparativos (Greer et al., 2020).

A reflexão sobre a importância económica, desde a perspetiva da economia política, reflete o impacto devastador da pandemia nas economias nacionais, agudizando assimetrias e criando novos fatores de instabilidade. De facto, este é um tema omnipresente na maioria dos estudos realizados, pelo que é determinante reconhecer a relevância da variável macroeconómica (relacionada com o dinamismo económico de um determinado país ou região) no desenho das políticas nacionais (van de Pas, 2020).

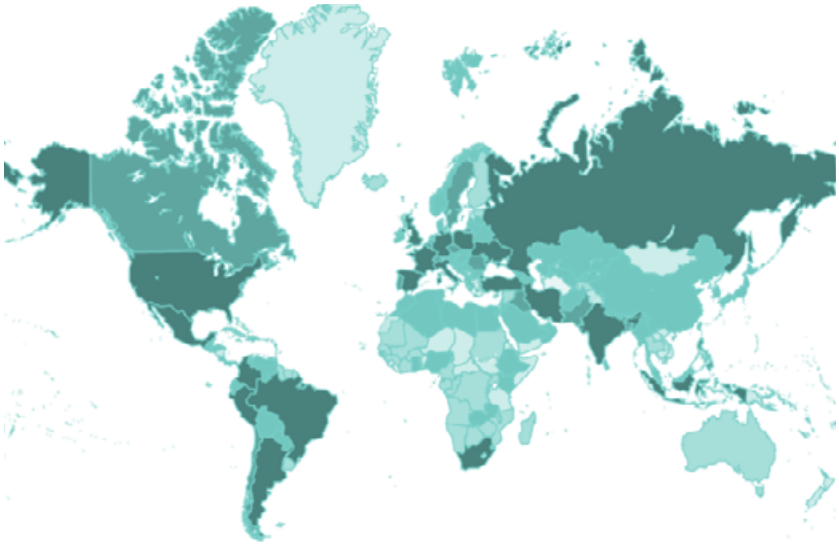


Figura 1. Mapa da OMS com a distribuição geográfica dos casos de Covid-19.

Fonte: WHO, 2020a

Encontramos também um conjunto de estudos que examinam os efeitos das respostas governamentais através de diferentes modelos de análise para observar a viabilidade das distintas INFs adotadas em diferentes contextos (Barbarossa, et al., 2020; Chen & Qiu, 2020). Estas investigações permitem avaliar o nível de éxito das medidas INFs e são reveladores da sua eficácia para desacelerar ou mitigar a propagação da epidemia.

Se é certo que no ano de 2020 se assiste a uma proliferação de trabalhos e estudos sobre temas de saúde global e pandemia, centrados na Covid-19 em diferentes áreas do saber, este não é um tema novo, apesar de ser de grande atualidade. As pandemias são uma constante na história, com geografias variáveis e impactos devastadores nas sociedades humanas. E embora a memória coletiva seja curta, o século XXI tem sido atingido por várias doenças pandémicas, com novos perfis, mas maioritariamente do foro respiratório, tal como o atual coronavírus (Rodrigues, 2021, pp. 14 e 24). Nos últimos anos, a comunidade epidemiológica advertia sobre o risco de uma emergência sanitária; neste sentido, o relatório do *Global Preparedness Monitoring Board* de setembro de 2019 alertava que:

> *Se for verdade dizer 'o que é passado é prólogo', então há uma ameaça muito real de uma pandemia de patógeno respiratório que se move rapidamente e é altamente letal matando 50 a 80 milhões de pessoas e dizimando quase 5% da economia mundial. Uma pandemia global nessa escala seria catastrófica, criando um caos generalizado, instabilidade e insegurança. O mundo não está preparado (GPMB, 2019, p. 6).*

No entanto, apesar destes alertas, poucos foram os países que consideraram a hipótese que uma nova situação de emergência global poderia voltar a ocorrer, traduzindo-se numa falta de preparação geral por parte dos estados. O relatório do Índice de Segurança de Saúde de 2019 mostrava que "(...) nenhum país está totalmente preparado para epidemias ou pandemias. Coletivamente a preparação internacional é fraca" (GHS Index, 2019, p. 18). Esta preparação é essencial em epidemias e pandemias, que representam um elemento crítico de segurança nacional.

Devido ao potencial pandémico de certos vírus, assim como à sua imprevisibilidade, a gestão de pandemias requer uma investigação e planificação nos intervalos pré pandémicos. O Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos identificou um conjunto de seis intervalos na evolução das pandemias de *influenza*, que permitem flexibilizar a resposta à pandemia. Estes são:

1) investigação de novos casos de *influenza*;
2) reconhecimento do potencial de transmissão contínua;
3) iniciação;
4) aceleração;
5) desaceleração da onda pandémica; e,
6) preparação para uma futura onda pandémica

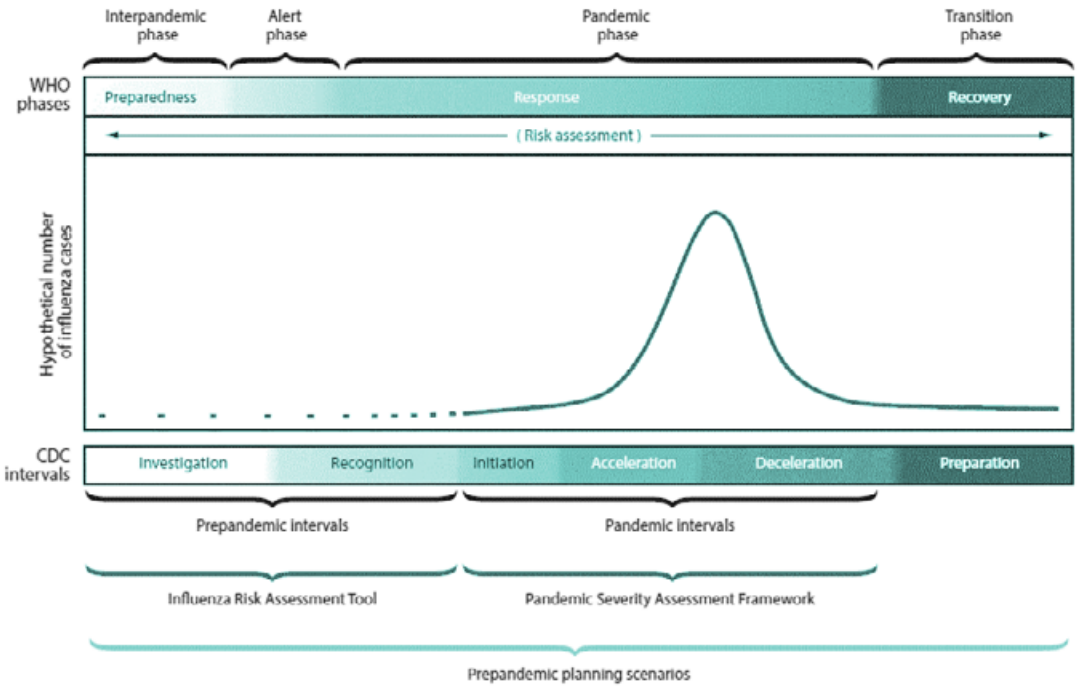


Figura 2. Intervalos de evolução das pandemias de *influenza*.

Fonte: Qualls et al, 2017, p. 10

Estes intervalos, apesar de não descreverem a sequência de evolução da transmissibilidade do vírus, permitem informar o processo de tomada de decisões e ações de saúde pública durante uma pandemia e estão associados à adoção das diferentes estratégias de INFs em cada momento.

2.1. Intervenções não farmacológicas (INFs): Princípios e medidas

As INFs, em epidemiologia, são os métodos utilizados para reduzir a propagação de uma doença epidémica, sem necessidade de medicamentos farmacêuticos. Isto é, representam o conjunto de contramedidas de saúde pública que estão imediatamente disponíveis para enfrentar uma epidemia ou pandemia.

Quando surge um vírus de *influenza* com potencial pandémico como a Covid-19, as INFs apresentam-se como uma resposta imediata para ajudar a atrasar a transmissão do vírus nas comunidades. Enquanto não se encontrou uma vacina ou medicamento para a Covid-19, e agora, uma vez descobertas as vacinas, enquanto não se termina o programa de vacinação de toda a população, a maioria dos países recorreu às INFs para mitigar a evolução do vírus.

A implementação deste tipo de medidas no início e durante uma pandemia tem como objetivo diminuir a velocidade de propagação do vírus nas comunidades, reduzindo o número de casos, assim como a procura de cuidados de saúde pública, evitando um colapso dos hospitais e infraestruturas sanitárias. Desta forma, a ativação destas estratégias permite achatar a curva de contágios, como podemos observar na Figura 3.

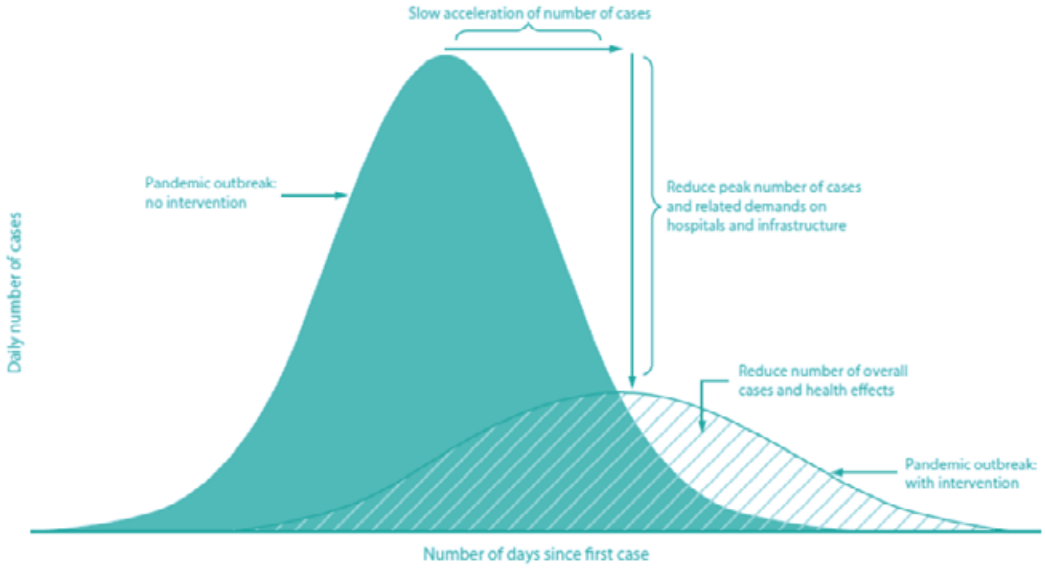


Figura 3. Impacto das INFs nas curvas de contágio.

Fonte: Qualls et al., 2017, p. 3

Uma vigilância constante da evolução da curva epidemiológica permite avaliar a necessidade de adoção e implementação de diferentes medidas ao longo do tempo, assim como os seus tempos de vigência. Isto significa que as medidas disponíveis não se têm que adotar todas como parte de um pacote fechado, mas que se pode considerar a sua implementação em diferentes momentos e em distintos locais ou regiões dentro de um mesmo país. Os indicadores a ter em conta devem incluir, mas não se devem restringir apenas a: taxa de mortalidade por número de habitantes, o número de hospitalizações e de doentes em cuidados intensivos associados à doença (Qualls et al., 2017, p. 2).

Desde a antiguidade que a saúde do coletivo é uma das grandes preocupações durante as epidemias e pandemias. No entanto, poucas ações públicas eram tomadas devido ao desconhecimento das doenças e das suas formas de contágio, frequentemente baseada numa visão mágico-religiosa da doença. É com a Idade Moderna, de modo especial a partir da segunda metade do século XVIII, que assistimos a uma mudança de paradigma com as transformações trazidas pelas ideias das Luzes. O desenvolvimento das ciências naturais, da epidemiologia e da tecnologia permitiu a aplicação do conhecimento científico às práticas de saúde pública. Podemos identificar três fases ou cronologias na resposta de saúde pública às epidemias, sistematizada por Rodrigues (2021, pp. 10-14):

- a fase da quarentena (que domina até ao século XVIII);
- a fase do saneamento (século XIX); e,
- a fase de prevenção (a partir da transição entre os séculos XIX e XX e ainda vigente).

Tradicionalmente, até ao século XVIII, no controle das epidemias dominava a prática da quarentena (iniciada no século XIV) e isolamento dos indivídios ou coletivos. A partir do século XIX assistimos ao desenvolvimento de uma saúde pública urbana, através do saneamento das cidades, ao mesmo tempo que a higiene pessoal passa a integrar os cuidados de saúde. Se é certo que o desenvolvimento científico não conseguiu eliminar os surtos epidémicos, os progressos alcançados foram geradores de conhecimento no âmbito da saúde e, em particular, da epidemiologia. Com o dealbar do século XX, a evolução da ciência médica permitiu a adoção de uma visão preventiva da saúde. Para além disso, a saúde pública passou a ser tratada nos foros internacionais, centrados numa preocupação com a saúde global. Falamos hoje de uma governança internacional da saúde que implica um conjunto de instituições, normas e procedimentos que envolve diferentes *stakeholders* e permite lidar com os problemas de saúde que requerem uma ação internacional coletiva[2].

Assim, a saúde pública é uma ferramenta fundamental para o controle de doenças que têm uma forte incidência na comunidade, pelo que os desenvolvimentos nesta área têm permitido a implementação de estratégias para mitigar a propagação de casos, assim como de ações de vigilância epidemiológica como base para o controle das epidemias e pandemias. Vemos como na atualidade as medidas de saúde pública assumem uma importância crucial na resposta à Covid-19. As ações de limpeza e desinfeção das ruas e espaços comuns incrementaram-se, assim como os apelos a uma higiene pessoal extrema, insistindo em que se devem lavar as mãos com frequência seja com água e sabão ou com gel hidroalcólico.

Experiências passadas, em especial com o vírus SARS 2003 e H1N1 em 2009, demonstraram a importância do recurso às INFs nos estágios iniciais de uma pandemia antes que uma vacina ou outro tratamento farmacológico esteja amplamente disponível. É da experiência adquirida que emergem as respostas atuais.

Quando surge um vírus com potencial pandémico, as autoridades sanitárias devem decidir sobre a implementação de um conjunto apropriado de INFs, que vão desde o âmbito pessoal, passando pelo comunitário e ambiental, que são recomendadas para a prevenção de doenças respiratórias e que permitem garantir a resposta dos sistemas nacionais de saúde (Tabela 1).

CATEGORIA INF	INF	TEMPOS
	PESSOAL	
Medidas de proteção para uso diário	Isolamento domiciliar voluntário de pessoas doentes (permanecer em casa enquanto estiverem doentes)	Recomendado em todos os momentos
	Etiqueta respiratória	
	Higiene das mãos	
Medidas de proteção pessoal reservadas para pandemias	Quarentena domiciliar voluntária de membros expostos da família (ficar em casa por até 3 dias quando um membro da família está doente)	Reservado para pandemias
	Uso de máscaras faciais em ambientes comunitários	
	COMUNITÁRIA	
Encerramento de escolas e dispensas escolares	Dispensas temporárias, preventivas e coordenadas de creches e escolas	Reservado para pandemias
Medidas de distanciamento social (exemplos)	Dividir as aulas em grupos menores e criar oportunidades de ensino à distância (por exemplo, via internet ou televisão local ou estações de rádio)	
	Opções de teletrabalho e reunião remota em locais de trabalho	
	Modificações, adiamentos ou cancelamentos de concentrações de massas	
	AMBIENTAL	
Medidas de limpeza de superfícies ambientais	Limpeza rotinária de superfícies e objetos tocados com frequência em casas, creches, escolas e locais de trabalho	Recomendada em todos os momentos

Tabela 1. Intervenções não farmacêuticas (INFs) para prevenir a pandemia de *influenza*.

Fonte: Qualls et al., 2017, p. 26

Os países que não dispõem de cuidados de saúde primários, de uma política de saúde pública e/ou de infraestructuras sanitárias enfrentam um impacto profundo com a eclosão de uma pandemia. Para além de que as consequências negativas serão particularmente devastadoras em contextos de fragilidade e vulnerabilidade (GPMB, 2019, p. 13). Ora, perante a atual pandemia de Covid-19, os países mais desenvolvidos mobilizaram todos os seus recursos (económicos e sanitários) para enfrentar a pandemia, ao mesmo tempo que o avanço do vírus ameaça os países com sistemas sanitários mais débeis, como se tem verificado no continente africano.

2.2. O papel da OMS na gestão da pandemia

A nível internacional, graças à experiência adquirida nos últimos anos com o SARS-COV 1 (2002-2003), a Gripe Suína H1N1 e a MERS-CoV (para mais informação ver Rodrigues, 2021, pp. 24-25), verificou-se o desenvolvimento e adoção de um conjunto de mecanismos de preparação e resposta a pandemias, orientado pela OMS. O manual *Pandemic Influenza Risk Management*, de 2017, atualiza e substitui o anterior manual de 2009. Num contexto de imprevisibilidade como são as pandemias de *influenza*, este Guia tem como objetivo "(...) informar e harmonizar a preparação e resposta a pandemias nacionais e internacionais (...)", pelo que "[o]s países devem considerar a revisão e/ou atualização dos planos nacionais de preparação e resposta à *influenza* para refletir a abordagem adotada neste guia" (WHO, 2017, p. 8). Mas a crise pandémica revelou a falta de previsão e preparação por parte da maioria dos estados e as dificuldades de coordenação por parte das organizações internacionais responsáveis.

A OMS assume-se como a entidade responsável para liderar as questões de saúde global, com mandato para a gestão do risco de pandemia de *influenza* global. Esta organização internacional, o braço das Nações Unidas especializado em saúde, tem assim um papel crucial na orientação das ações estratégicas e táticas para conter e mitigar a pandemia.

É assim que no dia 1 de janeiro de 2020 a OMS solicita informação à RPC depois de esta ter informado no dia anterior sobre um grupo de 27 casos de pneumonia de etilogia desconhecida. De imediato a organização alertou a Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN nas siglas em inglés) e quando a 9 de janeiro a OMS informou que o agente causante deste brote de pneumonias é um novo tipo de coronavírus, que viria a ser denominado SARS-CoV-2, que produz a doença denominada Covid-19, os Estados Membros implementaram ações de preparação e resposta num cenário de contenção de uma epidemia. A 30 de janeiro, o novo surto de coronavírus foi declarado como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), tendo já sido avançado um conjunto de recomendações para os Estados Membros por parte da organização internacional. O rápido aumento do número de casos e a dispersão geográfica do vírus, levou a OMS a declarar que a situação de emergência causada pelo surto epidémico de Covid-19 constituía uma pandemia, a 11 de março (Figura 4). A pandemia é o nível mais alto de alerta. A partir desse momento a evolução da situação requeriu a definição e estabelecimento de medidas de caráter urgente para fazer frente à propagação da pandemia e reduzir o impacto da Covid-19.

Data	Evento	Descrição
31.12.19	Informação sobre primeiros casos na RPC.	O escritório da OMS na RPC recolheu uma declaração aos media da Comissão Municipal de Saúde de Wuhan sobre casos de 'pneumonia viral' nesta região.
01.01.20	Pedido de informação da OMS às autoridades chinesas.	A OMS solicitou informações sobre o grupo relatado de casos de pneumonia atípica em Wuhan às autoridades chinesas. A OMS ativou sua Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes (IMST).
02.01.20	Informação à rede GOARN	A OMS informou aos parceiros da Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN) sobre o grupo de casos de pneumonia na República Popular da China.
09.01.20	Surto de novo coronavírus.	Os media chineses relatam a primeira morte do novo coronavírus.
11.01.20	Primeira morte por Covid-19.	A OMS informa que, com base na experiência com patógenos respiratórios, o potencial de transmissão de pessoa para pessoa era real.
14.01.20	Potencial de transmissão real.	França notifica a OMS de 3 casos de infeção pelo novo coronavírus.
24.01.20	Primeiros casos na Europa.	A OMS declara o novo coronavírus como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).
03.01.20	Novo coronavírus declarado ESPII.	A OMS anuncia que a doença causada pelo novo coronavírus se chamará COVID-19.
11.02.20	Novo coronavírus Covid-19.	A OMS anuncia que a doença causada pelo novo coronavírus se chamará COVID-19.
11.03.20	Declaração de pandemia mundial.	Profundamente preocupada com os níveis alarmantes de propagação e gravidade e com os níveis alarmantes de inação, a OMS avaliou que o COVID-19 poderia ser caracterizado como uma pandemia.
13.03.20	Europa torna-se o epidecentro da pandemia.	O Diretor-Geral disse que a Europa se tornou o epicentro da pandemia com mais casos relatados e mortes do que o resto do mundo combinado, com exceção da República Popular da China.
30.03.20	G20.	O Diretor-Geral discursou na Cúpula Extraordinária do G20 sobre COVID-19 e exortou os líderes do G20 a lutar, se unir e inovar contra COVID-19.
04.04.20	Mais de 1 milhão de casos.	A OMS relatou que mais de 1 milhão de casos de COVID-19 foram confirmados em todo o mundo, um aumento de mais de dez vezes em menos de um mês.
20.04.20	Resoluçao da AG da ONU.	A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução intitulada 'Cooperação internacional para garantir o acesso global a medicamentos, vacinas e equipamentos médicos para enfrentar COVID-19'.
25.06.20	Vacina chinesa.	A RPC aprova uma vacina para uso militar.
27.07.20	10 milhões de infetados.	Início dos ensaios clínicos da vacina da Pfizer e Moderna.
11.08.20	Vacina russa Sputnik V.	O presidente russo, Vladimir Putin, anuncia que uma vacina chamada Sputnik V estará disponível para o público em geral.
25.08.20	Primeiro caso registado de reinfeção.	O primeiro relato de uma pessoa sendo reinfectada com o vírus levanta preocupações sobre a duração da imunidade.
09.11.20	Eifcácia de 90% vacina Pfizer.	Com base em dados preliminares, a Pfizer anuncia que sua vacina parece ser 90% eficaz na prevenção de doenças do coronavírus.
16.11.20	95% eficácia vacina Moderna.	A Moderna afirma que sua vacina é 95% eficaz.
23.11.20	Até 90% eficácia vacina AstraZeneca.	A AstraZeneca relata que sua vacina é 62 a 90% eficaz.
02.12.20	Primeiras vacinas no RU.	O Reino Unido autoriza a vacina Pfizer para uso de emergência.
14.12.20	Nova estirpe no Reino Unido.	As autoridades do Reino Unido relataram à OMS o aparecimento de uma variante denominada pelo Reino Unido como SARS-CoV-2 VOC 202012/01.
18.12.20	Nova estirpe na África do Sul.	As autoridades nacionais da África do Sul anunciaram a detecção de uma nova variante do SARS-CoV-2.
21.12.20	UE aprova vacina da Pfizer.	A União Europeia aprova a vacina Pfizer-BioNTech.
01.01.21	Campanha de vacinação na UE.	Inicia-se a campanha de vacinação nos Estados Membros da UE.
15.01.21	Mais de 2 milhões de mortos.	O mundo ultrapassa 2 milhões de mortes por COVID-19.

Figura 4. Cronologia da resposta da OMS à epidemia. Fonte: Elaboração própria a partir de WHO, 2020b

Desde o início da crise, a OMS responsabilizou-se pela orientação das respostas nacionais e internacional. Ativaram-se de imediato os mecanismos de coordenação para prevenir e responder a epidemias e no espaço de duas semanas a organização publicou um conjunto de orientações para os países sobre a gestão de brotes epidémicos. Neste sentido, o trabalho da OMS na gestão da pandemia centra-se em 3 níveis de ação: internacional, nacional e subnacional. No âmbito internacional a OMS é responsável por coordenar a resposta da comunidade internacional através do fornecimento de apoio técnico e orientação, análise epidemológico e avaliação de riscos, investigação científica e tecnológica, e intercâmbio de informação e conhecimentos (Figura 5). No plano nacional e subnacional, é responsabilidade de cada país a aplicação de planos nacionais centrados no conjunto da sociedade, orientados pelas recomendações emitidas pela organização (OMS, 2020a). A arquitetura da estratégia frente à Covid-19 está assente no esforço conjunto dos vários *stakeholders*.

Figura 5. As dimensões da resposta da OMS.

Fonte: Elaboração própria

Contudo, a ação da OMS durante a pandemia, em particular na sua fase inicial, tem sido muito questionada. Num primeiro momento, o nível infeccioso do novo coronavírus foi subestimado, o que resultou numa ação tardia por parte da organização, principalmente na declaração de emergência de saúde pública de interesse internacional e, subsequentemente, na declaração de pandemia. Os mais críticos apontam ainda a condescendência por parte da organização quanto à ação do governo chinês.

A Covid-19 revelou as debilidades da OMS relativamente às suas competências, poderes e financiamento, demonstrando a necessidade de uma reforma estrutural da organização. A autoridade limitada da instituição para garantir a conformidade com os regulamentos sanitários internacionais; os seus problemas financeiros crónicos que remontam a várias décadas e resultam de uma falta de visão e posicionamento estratégico da instituição; a sua reduzida capacidade técnica e insuficiente capacidade operacional traduzem a crise da organização em termos de eficácia, transparência e credibilidade (Bernardini, 2020, pp. 51-52). Neste cenário convulso, a decisão sem-precedentes, mas não tão surpreendente, da administração Trump de suspender os pagamentos e contribuições ao organismo (no verão de 2020), questionou a capacidade de ação da organização com recursos cada vez mais limitados. Em tempos de contestação do multilateralismo, as crescentes disputas EUA-RPC sobre a OMS, minaram a credibilidade desta instituição (Lipscy, 2020, p. 13).

Independentemente de se encontrar enfraquecida, e apesar das contradições e vaivens na estratégia da OMS nos primeiros meses da crise, a organização foi fundamental para o estabelecimento de políticas públicas de contenção do vírus, desenvolvimento de tecnologias de deteção e seguimento e no impulso para a preparação das primeiras vacinas e outras intervenções farmacológicas. Uma vez superado um início algo conturbado estabeleceram-se uma serie de critérios muito mais firmes e seguidos por parte dos estados membros e *stakeholders*.

A pandemia da Covid-19 enfatizou a necessidade de uma forte cooperação internacional e de instituições multilaterais eficazes e transparentes para lidar com a dimensão transnacional e transfronteiriça da crise. Neste sentido, é interessante ler os resultados de dois estudos do *Pew Research Center* sobre a cooperação internacional em tempos de pandemia. Quando questionados sobre o desempenho da OMS em lidar com o surto de coronavírus, um 63% considera que a organização fez um trabalho bom ou muito bom no tratamento da pandemia, destacando-se as avaliações positivas por parte da população dinamarquesa (74%) e sueca (73%). Por sua vez, um 38% dos inquiridos considera que a organização fez um péssimo trabalho, com opiniões particularmente negativas entre a população da Coreia do Sul, onde atinge os 41% (Pew Research Center, 2020a, p. 26). No entanto, sai reforçada uma visão de falta de unidade internacional. Neste sentido, num período marcado pelas críticas aos principais atores internacionais, que vão da RPC aos EUA e à OMS, 59% dos inquiridos acredita que mais cooperação internacional teria contribuido para a redução do número de casos de coronavírus enfrentados no seu país (Pew Research Center, 2020b, p. 4).

A OMS tornou-se assim num referente da cooperação internacional para a superação da crise, através da coordenação, gestão, preparação, informação e orientação no âmbito da saúde global. Não há organizações internacionais alternativas. A OMS ganhou peso como foro de cooperação e credibilidade não só para esta como para outras pandemias que possam surgir no futuro. Independentemente da sua falta de autoridade de fiscalização, esta organização intergovernamental pode desempenhar um papel crítico para convocar governos e especialistas com prioridades e capacidades variadas para fornecer orientação científica e técnica na mitigação de pandemias como a Covid-19.

Não obstante a OMS seja o referente, os atores principais na gestão da crise sanitária são os estados e instituições supranacionais com poder efetivo, como é o caso específico da União Europeia (UE).

2.3. Os estados na gestão da crise sanitária

A pandemia, como uma ameaça externa e transnacional, afetou significativamente os processos políticos internos, assim como a política internacional, transbordando também para o domínio económico. Os tempos de resposta aos surtos epidémicos do coronavírus variaram entre países e regiões, assim como as INFs aplicadas por cada governo. A implementação de vários graus de INFs para mitigar a pandemia nas diferentes latitudes do globo expôs as diferenças entre os países e acentuou as diferenças socio-económicas.

As respostas nacionais têm variado entre a adoção de um conjunto de medidas de vigilância constante com abordagens agressivas para encontrar casos, isolá-los e colocá-los em quarentena (como no caso de Taiwan, Coreia do Sul e Singapura), a uma abordagem de estilo *laissez-faire*, com o objetivo de alcançar rapidamente a imunidade de grupo (como num primeiro momento no Reino Unido, e no caso específico da Suécia) (Müller, et al., 2020).

A ameaça sanitária colocou a saúde pública no topo das prioridades políticas das agendas governamentais e exigiu uma capacidade de resposta urgente, de adaptação constante e agilidade por parte de muitos governos (Janssen & Van der Voort, 2020, p. 1). Existe uma visão generalizada de que os governos enfrentam a difícil escolha entre a segurança sanitária e, por conseguinte, a segurança púbica, e revitalizar as suas economias. Consideramos que esta é uma abordagem simplista de um problema mais complexo e que acaba por reforçar uma visão de curto-prazo. Frequentemente não é uma questão de priorizar a saúde frente à economia, mas da capacidade de manobra que os governos dispõem dentro do sistema político-económico de cada estado.

O exemplo sueco, o qual trataremos mais adiante, ilustra bem esta realidade. Não podemos dizer que a prioridade seja a manutenção da atividade económica do país, na medida em que esta está fortemente ralentizada sem que existam proibições tão fortes como as adotadas noutros países neste aspeto e quanto às liberdades públicas (já que não se declarou estado de emergência nem se adotaram proibições generalizadas, mas antes recomendações). Assim, o ecosistema socio-económico de cada país pode aceitar ou permitar a adoção de medidas restritivas, ou muito restritivas, ainda que a sua vontade de antepôr a economia à saúde pública seja prioritária. Tudo depende de uma visão oposta entre o curto-prazo e o médio-prazo. Entre parar ou restringir a atividade em momentos pontuais para preservar a atividade socio-económica posterior ou adotar medidas permissivas que danificam a economia por longos períodos de tempo e nem sequer contribuem a paliar as consequências negativas no plano socio-económico associadas à pandemia.

Com o Estado moderno assistimos à centralização dos poderes numa única instituição, cujo fim último é alcançar o bem comum, cumprindo o ordenamento jurídico, defendendo o território e mantendo a paz. De acordo com uma perspetiva funcionalista, entre as três principais funções do estado, encontramos a sua obrigação de garantir a saúde básica e a educação dos residentes; garantir a ordem interna e a defesa internacional; decidir, aplicar e fazer cumprir a legislação, incluindo a administração da justiça de maneira equitativa (Gardini, 2020b, p. 19). Assim, a manutenção da saúde pública é uma obrigação do Estado, pelo que os governos nacionais são os referentes na preparação e coordenação da resposta pandémica. Neste sentido, o papel do governo passa por (OMS, 2009, pp. 22-23):

1. Identificar, designar e dirigir o organismo coordenador da preparação e a resposta pandémica;
2. Promulgar ou modificar a legislação e as políticas necessárias com o objetivo de manter e otimizar a prepação da pandemia;
3. Estabelecer prioridades e guiar a alocação e o destino de recursos com o objetivo de cumprir metas;
4. Proporcionar recursos complementários destinados à preparação nacional contra uma pandemia, a criação de capacidade e as medidas de resposta;
5. Considerar a possibilidade de distribuir recursos e assistência técnica a países com surtos de *influenza* com potencial pandémico.

Perante um cenário de crise sanitária, esta função natural de liderança do estado em questões de saúde pública pode ver-se reforçada através da adoção de mecanismos de exceção. A maioria dos estados democráticos incluem nas suas constituições mecanismos de emergência desenhados para responder a momentos de crise ou tensão, tradicionalmente conflitos ou ameaças à soberania do estado. Estes dispositivos podem ter um ou vários níveis de intensidade e fornecem respostas em conformidade, para além de que estão sujeitos à fiscalização parlamentar, embora em diferentes graus.

A declaração de estado de emergência resulta na adoção de medidas restritivas da liberdade, pelo que implica uma suspensão parcial dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos, as quais "devem limitar-se, nomeadamente, quanto à sua extensão, à sua duração e aos meios utilizados, ao estritamente necessário ao pronto restabelecimento da normalidade" (Assembleia da República, s.d.). De qualquer forma, "[e]m nenhum caso, pode afetar os direitos à vida, à integridade pessoal, à identidade pessoal, à capacidade civil e à cidadania, a não retroatividade da lei criminal, o direito de defesa dos arguidos e a liberdade de consciência e de religião" (Assembleia da República, s.d.).

A resposta política à pandemia implica um conjunto de *trade-offs*, como a redução da atividade económica para salvar vidas (Lipscy, 2020, p. 8). Neste contexto de políticas de crise, a adoção de uma narrativa bélica por parte quer de líderes políticos como dos meios de comunicação social permitiu fortalecer a perceção da ameaça e a necessidade de confinar por parte dos cidadãos para enfrentar o risco do vírus. Contudo, os decisores políticos também podem manipular a perceção da ameaça através dos discursos, recorrendo a este tipo de retórica ou até a *fake news*, para solucionar as crises.

Em emergências de saúde pública, os governos colocam em ação a suas faculdades de governança adaptativa, demonstrando uma capacidade de resposta num período de tempo incrivelmente curto. O conceito de 'governança adaptativa' refere-se à habilidade para "(...) lidar com questões sociais complexas envolvendo muitas partes interessadas, interesses divergentes e incerteza sobre as ações a serem tomadas (...)" (Janssen & Van der Voort, 2020, p. 1). Esta agilidade e flexibilidade dos governos ficou demonstrada na resposta à Covid-19. Perante o novo surto epidémico e a declaração da pandemia os diversos atores responderam de forma rápida, num quadro de incertezas, através de arranjos institucionais flexíveis, construindo resiliência para enfrentar múltiples problemas. Se é certo que todos os setores da sociedade estão implicados nos planos nacionais de pandemia, os governos nacionais são a entidade última responsável pela sua coordenação e comunicação à população.

Um elemento central na resposta dos estados às pandemias é a informação pública, através de conferências de imprensa regulares, para manter a população informada, bem como convencer os cidadãos de que as respostas implementadas têm fundamentos científicos.

Os tempos de resposta são críticos na gestão de crises pandémicas. Uma rápida reação por parte dos governos aos primeiros surtos pode influenciar na gravidade da crise. Assim, a implementação atempada de medidas de contenção pode evitar uma sobrecarga dos sistemas de saúde, preservando a saúde pública. No entanto, importa não esquecer, que a curva de contágios tem sofrido oscilações com diferentes ondas, períodos durante os quais assitimos a uma multiplicação exponencial dos casos e um incremento significativo das admissões hospitalares, com tempos diferenciados entre países. Isto permite um relaxamento, adaptação ou intensificação das INFs, atravé da imposição de medidas mais ou menos restritivas, demonstrando o seu caráter flexível. Os países encontram-se em diferentes etapas dos surtos nacionais e subnacionais, o que também permite aprender e aplicar as lições de outros de acordo com as características específicas dos contextos nacionais.

Segundo o estudo do *Pew Research Center* (2020b, p. 3), com inquiridos de 14 economias avançadas, conclui-se que 73% consideram que o seu país fez um bom trabalho no tratamento da pandemia. As medidas adotadas estão longe de ser universais e variam entre países e dentro de cada país, dependendo do regime político e da capacidade de resposta. Assim, torna-se necessário analizar as diferentes intervenções com o objetivo de identificar pontos em comum, fortalezas e debilidades, que permitam construir resilência frente à atual e futuras pandemias e surtos epidémicos. De Taiwan à Coreia do Sul, passando por Singapura; e de Portugal à Suécia, passando pela Alemanha, podemos distinguir entre um modelo europeu e um modelo asiático de resposta à pandemia?

3. Respostas estruturais: as realidades asiática e europeia

A 31 de outubro de 2020, a revista *Fortune* apontava o sucesso de Taiwan, como o país que detem de longe os melhores registos de vírus do mundo, conseguindo eliminar a transmissão do vírus pela comunidade (Wang, Ellis & Bloomberg, 2020). Como conseguiu este país alcançar estes números tão significativos num contexto de crise generalizada? Que tipo de medidas implementou Taiwan para gerir a propagação desta doença? Será este um modelo replicável noutros contextos e que permitirá alcançar resultados tão prometedores?

Várias considerações devem ser feitas relativamente às diferentes respostas de saúde pública dos distintos países. Por um lado, a eclosão da epidemia tem tempos diferenciados a nível nacional, pelo que a cronologia na adoção das medidas não está diretamente relacionada com a velocidade nos tempos de resposta de saúde pública. Ou seja, há países onde o confinamento se impõe cronologicamente mais tarde que outros, mas mais cedo na sua curva epidémica, pelo que conseguem achatar a curva sem grandes prejuízos. Foi o caso de Portugal, por exemplo, quando implementou o estado de emergência e o confinamento em março de 2020. Por outro lado, a difusão da pandemia é heterogénea (voltemos ao mapa da figura 1), não só entre continentes, mas também entre países e regiões dentro de um mesmo país. Também se verifica uma falta de homogeneidade na recolha de dados relativos aos testes, contágios ou taxas de mortalidade, inclusivamente dentro de um mesmo país, existem divergências que se traduzem em alterações nas séries cronológicas e que, naturalmente, afetam os resultados.

Os dados recolhidos, agregados e trabalhados pelos diferentes grupos de investigação de todo o mundo mostram as diferenças e variações entre países. A matriz aplicada nesta investigação tem como base os indicadores desenvolvidos pelo *Oxford COVID-19 Government Response Tracker* (2021), tendo sido adaptado para integrar as dimensões que consideramos mais pertinentes nas realidades em estudo; ao mesmo tempo que se complementa com dados de outras bases de dados, como sejam a do Fundo Monetário Internacional ou a Organização Internacional do Trabalho (OIT), entre outras.

No centro desta matriz de políticas de mitigação da pandemia (Figura 6) encontram-se as políticas de emergência, relacionadas com a implementação dos estados de emergência em vários países, que, por sua vez, permitem a adoção de um conjunto de medidas extraordinárias e INFs como as restrições à mobilidade interna. Os três vetores base deste modelo são: políticas de contenção e encerramento; políticas de saúde; e, políticas económicas.

Figura 6. Matriz de políticas de mitigação da pandemia.

Fonte: Elaboração própria

3.1. Caracterização dos países em estudo

Quando se trata de avaliar as respostas implementadas nos países selecionados (Alemanha, Coreia do Sul, Portugal, Singapura, Suécia e Taiwan) temos que considerar as diferenças na sua densidade e estrutura populacional, diferenças políticas, económicas, sociais, assim como a capacidade de acesso e cobertura dos respetivos sistemas de saúde (Tabela 2). Fatores que têm um impacto direto na capacidade de resposta dos países.

PAÍS	TOTAL POPULAÇÃO (MILHÕES)	PIB	PIB PER CAPITA	ÍNDICE DE GINI	DESPESAS GOVERN. SAÚDE (% PIB)	SISTEMA POLÍTICO
ÁSIA						
Coreia do Sul	51,5	$1.530.750.923.149	$29.958	31,6	4,89%	Democracia. Sistema presidencial
Singapura	5,9	$323.907.234.412	$56.746	-	4,46%	Democracia. Sistema parlamentar multipartidário c/ democracia representativa
Taiwan	23,8	$589.906.000.000	$25.008	33,9	6,4%	Democracia. República parlamentar
EUROPA						
Alemanha	82,5	$3.693.204.332.230	$44.680	31,9	11,43%	Democracia. República federal parlamentar
Portugal	10,2	$219.308.128.887	$21.316	34,8	9,41%	Democracia. República semi-presidencialista
Suécia	10,1	$535.607.385.506	$54.075	28,8	10,90%	Democracia. Monarquia constitucional parlamentar representativa

Tabela 2. Caracterização política e socio-económica dos países em estudo.

Fonte: Elaboração própria a partir de The World Bank, 2021

A segurança sanitária permite conhecer o grau de preparação sanitária para prevenir, detetar e responder a surtos significativos de doenças infecciosas (GHS Index, 2019). Segundo o Índice de Segurança de Saúde Global, de 2019, podemos ver que os países em análise se encontram entre 'melhor' e 'mais preparados', sobressaindo a Coreia do Sul e a Suécia entre os primeiros 10 países do mundo a nível de preparação (Tabela 3). Cabe destacar que os países asiáticos em estudo tinham já sido postos à prova neste século XXI com os surtos de SARS (2002-2003) e MERS (2012-2015), o que resultou na revisão das suas estratégias epidémicas e pandémicas e que facilitou a rápida resposta destes países perante o novo surto epidémico.

PAÍS	PONTUAÇÃO GERAL		PREVENÇÃO DA EMERGÊNCIA OU LIBERTAÇÃO DE PATÓGENOS		RÁPIDA RESPOSTA E MITIGAÇÃO DE UMA EPIDEMIA		SISTEMA DE SAÚDE SUFICIENTE E ROBUSTO PARA TRATAR OS DOENTES E PROTEGER OS TRABALHADORES DE SAÚDE		COMPROMISSOS PARA MELHORAR A CAPACIDADE NACIONAL, FINANCIAMENTO E ADESÃO ÀS NORMAS		AMBIENTE DE RISCO GERAL E VULNERABILIDADE DO PAÍS A AMEAÇAS BIOLÓGICAS	
	POS.	PONT.	POS.	PONT.	POS.	PONT.	POS.	PONT.	POS.	PONT.	POS.	PONT.
ÁSIA												
Coreia do Sul	9º	70,2	19º	57,3	5º	92,1	6º	71,5	13º	58,7	27º	74,1
Singapura	24º	58,7	23º	56,2	40º	64,5	11º	64,6	38º	41,4	15º	80,9
Taiwan	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
EUROPA												
Alemanha	14º	66,0	13º	66,5	10º	84,6	28º	54,8	22º	48,2	11º	82,3
Portugal	20º	60,3	33º	52,8	61º	50,5	8º	67,7	17º	55,0	22º	77,3
Suécia	7º	72,1	2º	81,1	7º	86,0	14º	62,8	20º	49,3	6º	84,5

Legenda:

Melhor preparado Mais preparado * Não existe informação para este país

Tabela 3. Índice de Segurança de Saúde Global (2019).

Fonte: Elaboração própria a partir de GHS Index, 2019

Na verdade, devido à proximidade geográfica de Taiwan, Coreia do Sul e Singapura ao epicentro do surto epidémico (a província chinesa de Wuhan), assim como às suas estreitas relações e enorme volume de movimento de pessoas entre estes países e a RPC, e de modo particular com esta província, existiu uma grande preocupação desde o primeiro momento relativamente à ameaça existencial potencial da epidemia. Assim, o primeiro caso registou-se na Coreia do Sul a 8 de janeiro, com uma mulher da cidade de Wuhan que parou no aeroporto de Seul. A este país seguiram-se Taiwan e Singapura, e em menos de um mês o vírus chegou ao continente europeu. Distinguindo-se o caso de Portugal já que foi o último país da Europa ocidental em registar o primeiro caso (Figura 7).

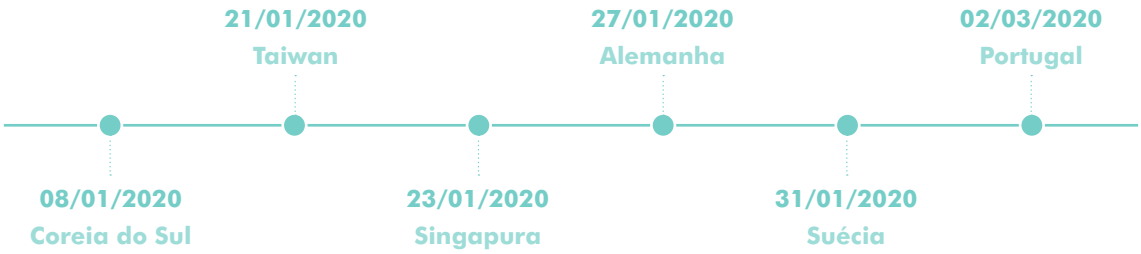


Figura 7. Primeiros casos registados de Covid-19.

Fonte: Elaboração própria

Esta cronologia de contágios permitiu aos países asiáticos, com experiência recente em pandemias de *influenza*, ativar os mecanismos de alerta, e implementar um conjunto de medidas num espaço curto de tempo. A sua resposta define-se pela ação imediata frente a uma ameaça existencial. No caso dos países europeus em geral, com a exceção de Portugal (pelo atraso na sua cronologia epidémica), a tendência inicial foi a de ignorar as experiências de países já afetados pelo vírus, tratando o vírus como uma ameça externa. Assim, no período inicial da pandemia a resposta é mais moderada, com a implementação de um conjunto de medidas que se vai intensificando com a progressão do vírus pelo território europeu.

A evolução do vírus é muito dispar entre países, para além das diferentes cronologias nas ondas de contágios, pelo que a leitura dos dados deve ser sempre feita com cautela. O vírus não deixou de crescer na maioria dos países e a figura 8 ilustra a evolução da curva de contágios por novos casos confirmados por milhão de pessoas e mostra como na atualidade, Portugal, Suécia e Alemanha que se tinham caracterizado pelo seu êxito no controle da progressão da curva (no âmbito europeu), registam os piores números a nível mundial no início de 2021, com Portugal à cabeceira. Assim, o ano inicia-se com a confirmação da terceira vaga de contágios na Europa, que coincide com o início da campanha de vacinação, ao mesmo tempo que os países asiáticos parecem ter a situação bastante controlada.

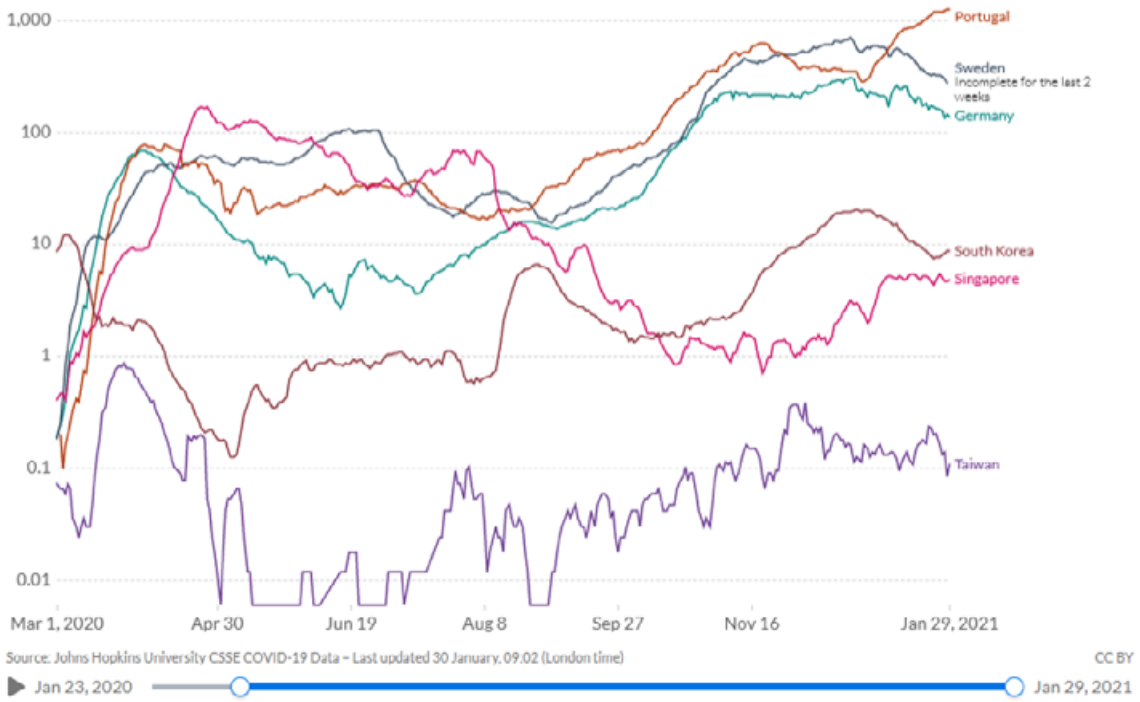
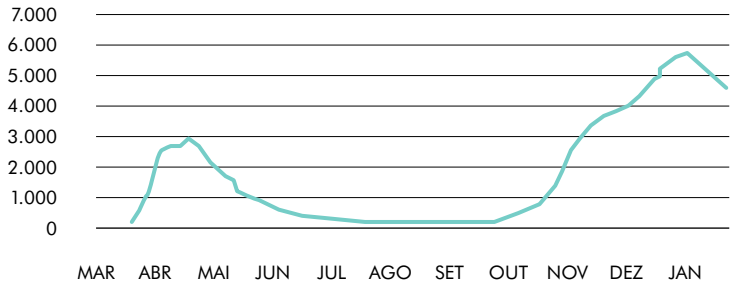


Figura 8. Novos casos confirmados diariamente por milhão de pessoas.

Fonte: OurWorldinData, 2021

Os números de casos confirmados oferecem-nos uma visão limitada da pandemia, já que estes dados estão relacionados com a capacidade de deteção e aplicação de testes por parte das autoridades e sabemos que os casos registados representam apenas uma fração do total. Neste sentido, é importante ter em conta também a evolução das hospitalizações em cuidados intensivos por Covid-19. A Figura 9 apresenta os dados dos países europeus e verificamos que no primeiro momento (entre março e maio de 2020) tanto Portugal como a Alemanha, através do conjunto de políticas e INFs adotadas conseguiram controlar a curva de contágios, enquanto que a situação se disparou na Suécia. No entanto, desde meados de outubro de 2020 os números de casos dispararam tanto em Portugal como na Alemanha, registando-se em Portugal no final de janeiro de 2021 os números mais trágicos desde o início da pandemia. A situação dramática que vivem os países europeus reflete-se no número total de mortes (Tabela 4). Os números de falecidos, apesar de não serem dados perfeitos, oferecem um registo mais preciso do que o número de casos confirmados. Dados que nos oferecem uma radiografia do perfil e evolução da pandemia.

ALEMANHA



PORTUGAL E SUÉCIA

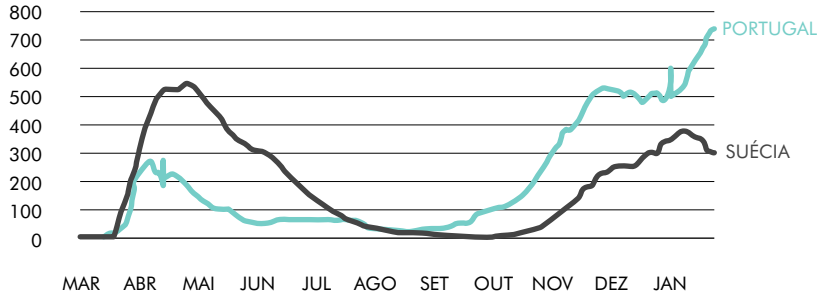


Figura 9. Hospitalizações em Cuidados Intensivos por Covid, em Alemanha, Portugal e Suécia (até 24/01/21)

Fonte: Elaboração própria a partir de ECDC, 2021

POSIÇÃO REGIONAL	PAÍS	TOTAL CASOS	TOTAL MORTES	TOTAL RECUPERADOS	CASOS ATIVOS	CASOS CRÍTICOS	TOTAL CASOS/1M POP	MORTES/1M POP	TOTAL TESTES	TESTES/1M POP	POPULAÇÃO
30	Coreia Sul	77.85	1.414	67.121	9.315	231	1.518	28	5.616.530	109.495	51.294.880
32	Singapura	59.507	29	59.181	297	N/D	10.125	5	6.315.357	1.074.583	5.877.028
43	Taiwan	909	8	823	78	N/D	38	0,3	153.716	6.447	23.841.866
6	Alemanha	2.207.393	57.052	1.911.800	238.541	4.437	26.297	680	38.533.736	459.064	83.939.751
13	Portugal	698.583	11.886	504.886	181.811	806	68.627	1.168	7.170.615	704.427	10.179.359
14	Suécia	566.957	11.591	N/D	N/D	250	55.936	1.144	4.916.367	485.049	10.135.825

Tabela 4. Impacto da Covid-19 nos países em estudo (dados de 30/01/21).

Fonte: Elaboração própria a partir de Worldometer, 2021

3.2. Políticas de exceção

Para combater a pandemia da Covid-19 os governos em todo o mundo introduziram medidas de emergência. Perante uma situação excepcional que se apresente como uma ameaça à segurança interna ou externa, os estados têm a possibilidade de adotar o mecanismo de 'estado de emergência' que permite responder a essa ameaça através da adoção de medidas excepcionais que nunca seriam justificáveis em tempos normais, devido às bases de direito desse estado. É a natureza imprevisível da crise que fundamenta a ativação do estado de emergência, quando previsto nos textos constitucionais dos estados.

Mas este é um estado de exceção, uma vez que acarreta a suspensão de determinados direitos e princípios fundamentais, ao mesmo tempo que garante o respeito pelo estado de direito em circunstâncias especiais. Ou seja, isto não significa que os governos têm 'via livre' para atuar, mas que as medidas adotadas devem ser observadas no quadro do Estado de Direito e da ordem constitucional do país. Assim, o processo democrático e as liberdades individuais só devem ser limitados ou restringidos na medida do necessário para enfrentar a emergência. No entanto, este deve ser limitado no tempo, para não cair em abusos nem que a exceção se torne na norma.

A declaração do estado de emergência perante a crise sanitária confere aos governos poderes especiais reforçando a sua capacidade de resposta ante emergências multi-risco. Assim, entre 19 de março e 1 de maio de 2020 esteve em vigor o primeiro estado de emergência em Portugal, tal como em vários países europeus (Espanha, Itália, França, Hungria, Roménia, República Checa ou Estónia, entre outos) e de outras latitudes (Japão, Etiopia, entre outros). Inédito nos 46 anos de democracia, o estado de emergência declarado pelo Presidente da República com o Decreto do Presidente da República 14-A/2020, de 18 de março, suspendeu parcialmente os seguintes direitos:

> *(...) direito a circular e instalar-se em qualquer parte do território português; propriedade privada e iniciativa económica; direitos dos trabalhadores, como o direito à greve; viagem internacional; direito de reunir e manifestação; liberdade de culto na sua dimensão coletiva; e o direito à resistência (FRA, 2020d, p. 2).*

Terminado o primeiro estado de emergência a 1 de maio de 2020, as medidas de exceção foram levantadas por fases. Contudo, a evolução da situação pandémica e o agravar dos níveis de alerta levou à adoção de um novo estado de emergência (a 9 de novembro de 2020) ainda em vigor no início de fevereiro de 2021.

Segundo a constituição sueca (*Regeringsformen*), o governo de este país não pode declarar estado de emergência em tempos de paz. Este quadro legislativo estabelece os determinantes do modelo sueco: um modelo não restritivo, determinado pelas medidas tomadas pelas autoridades governamentais, que depende de um conjunto de incentivos (às empresas) e recomendações (à população). As medidas adotadas dependem em grande medida do cumprimento voluntário das recomendações por parte da população. Na Suécia, a única liberdade ou direito constitucionalmente protegido que se viu restringido com a propagação do coronavírus foi a liberdade de reunião. Os restantes direitos estão protegidos pela constituição, pelo que só se puderam propor recomendações relativamente à liberdade de movimento, mas não podem ser impostas restrições por parte das autoridades (FRA, 2020b, p. 2).

A constituição sueca confere amplos poderes ao governo local na formulação de políticas de saúde pública, restringindo assim o papel do governo central. Devido a esta limitação, foi aprovada uma legislação para aumentar as competências do governo durante um período específico para responder à crise.

Já no caso da Alemanha, a sua constituição (*Grundgesetz*) não prevê a proclamação de um 'estado de emergência'. As medidas adotadas pelo governo e autoridades públicas alemãs têm como base a Lei de Proteção contra Doenças Infecciosas que é um ato federal. No entanto, o poder de fazer observar essas medidas compete às autoridades federais alemãs (*os Länder*). Deste modo,

> *[a] lei permite que as autoridades públicas restrinjam certos direitos fundamentais, como o direito à integridade física, liberdade pessoal, liberdade de movimento, liberdade de reunião, privacidade de correspondência, mensagens e telecomunicações, inviolabilidade do lar ou e a proibição de realizar atividades económicas (FRA, 2020a, p. 2).*

No contexto da pandemia foi ainda aprovada uma Lei de Proteção da População (*Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite*) que amplia as competências do governo federal para intervir em situações epidémicas de relevância, ainda que por um período limitado (FRA, 2020a, p. 2).

No caso da Coreia do Sul, as lições aprendidas com os surtos do MERS em 2015 e 2018, permitiu às agências nacionais atualizar os procedimentos operacionais e redefinir as funções e responsabilidades das unidades governamentais (You, 2020), agilizando

a sua capacidade de ação ante uma crise pandémica. A 23 de fevereiro foi ativado o nível de alerta máximo devido a doenças infecciosas, o que levou o governo coreano a montar uma Sede Central de Contramedidas de Segurança e Desastres, sob a liderança do primeiro-ministro. A autonomia limitada dos governos locais coreanos em questões de saúde pública facilita a celeridade na ação do governo central e implementação de decisões políticas ao nível local (The Government of The Republic of Korea, 2020, p. 7). Os planos nacionais de gestão de doenças infecciosas permitiram uma rápida atuação política. A ênfase da resposta política por parte do governo coreano centrou-se nos principios de abertura, transparência e democracia, o que permitiu ao governo evitar restrições excessivas (You, 2020).

A preparação de Taiwan para o controlo de doenças infecciosas foi reforçada a partir de 2003 como consequência do SARS, com a revisão e fortalecimento do seu quadro jurídico e administrativo. Este país desenvolveu esforços intensos para melhorar a sua capacidade no controle de doenças através do reforço do poder regulatório da Lei de Controle de Doenças Transmissíveis, que lhe permitiu ampliar a infraestrutura de saúde e aumentar a capacidade de ação no controle de epidemias. A estrutura regulatória para o controle de doenças em Taiwan está altamente centralizada. O Centro de Controle de Doenças (CCD) monitoriza as doenças transmissíveis e combate endemias em tempos normais e o Centro de Comando Central de Epidemias (CCCE) estabelece-se temporariamente para liderar as políticas e medidas em tempos de epidemias (Yeh & Cheng, 2020, p. 428).

Também a capacidade política de Singapura para gerir a crise da Covid-19 deriva da sua experiência com a SARS. A 7 de fevereiro elevou para 'laranja' o seu nível de Condição de Resposta a Surtos de Doença, o que lhe permitiu implementar várias medidas de precaução a nível individual e social (Duchâtel, 2020). Assim, a existência prévia de um conjunto de capacidades fiscais, analíticas e operacionais permitiu a ativação de uma resposta inicial robusta ao surto epidémico do novo coronavírus.

Os países asiáticos adotaram uma mentalidade realista para gerir a crise sanitária, caracterizada por uma ação forte e imediata. A existência prévia de planos nacionais para o controle de doenças infecciosas e a experiência acumulada no passado recente com as epidemias SARS, MERS e H1N1 facilitou a capacidade operativa destes países, sem necesidade de adotar medidas de carácter excepcional de restrição das liberdades fundamentais. Dos países em estudo, Portugal foi o único em implementar o estado de emergência. No entanto, os restantes países europeus adotaram um conjunto de medidas legislativas que lhes permitiu reforçar as competências dos governos centrais em tempos de exceção.

3.3. Políticas de contenção e encerramento

A adoção de medidas de contenção e encerramento traduziu-se num encerramento total no caso dos países europeus, com a exceção da Suécia, enquanto que nos países asiáticos se verificou apenas um bloqueio ou encerramento parcial de alguns setores, como ilustra a Tabela 5.

Um elemento comum a todos os países são as restrições nas viagens internacionais. Este aplica-se de forma quase imediata nos países asiáticos. Se é certo que não se verifica um encerramento completo das suas fronteiras, estes países são capazes de ir adaptando e afinando as medidas de controlo fronteiriço, segundo a evolução da pandemia e a vigilância de casos internos. Nos países europeus só a partir de meados do mês de março é que se fecham as fronteiras internacionais, em linha também com as diretivas aprovadas pela União Europeia, com a imposição de restrições temporais de viagens não essenciais desde países terceiros ao território da UE (European Commission, 2020a). A partir de maio de 2020 os países europeus iniciam de forma escalonada o levantamente das restrições fronteiriças para viagens não essenciais, adotando a nível europeu e nacional uma lista de países terceiros considerados seguros.

MEDIDAS	2020																																				2021			PAÍS
	Jan			Fev			Mar			Abr			Mai			Jun			Jul			Ago			Set			Out			Nov			Dez			Jan			
Encerramento de escolas	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	Coreia do Sul
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Singapura
	0	0	0	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	Taiwan
	0	0	0	0	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	Alemanha
	0	0	0	0	0	0	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	Portugal
	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	Suécia
Encerramento de locais de trabalho	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Coreia do Sul
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Singapura
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Taiwan
	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	Alemanha
	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	Portugal
	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Suécia
Restrições de reuniões sociais	0	0	0	0	0	2	2	2	3	4	0	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	Coreia do Sul
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Singapura
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Taiwan
	0	0	0	0	0	0	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	Alemanha
	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	Portugal
	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	Suécia
Limitação de transportes públicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Coreia do Sul
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Singapura
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Taiwan
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	Alemanha
	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Portugal
	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Suécia
Confinamento da população	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Coreia do Sul
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Singapura
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Taiwan
	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Alemanha
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Portugal
	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Suécia
Restrições de movimento	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Coreia do Sul
	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Singapura
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Taiwan
	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	Alemanha
	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	Portugal
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Suécia
Controles viagens internacionais	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	Coreia do Sul
	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Singapura
	1	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Taiwan
	0	0	0	0	0	1	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Alemanha
	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Portugal
	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Suécia

Legenda:

0 Não se implementam restrições

1 Recomendações e alterações à ordem preCovid-19

2 Restrições setoriais ou com algumas exceções

3 Restrições com exceções mínimas

4 Máximas restrições à liberdade de reunião e encerramento de fronteiras

Tabela 5. Evolução das políticas de contenção e encerramento.

Fonte: Elaboração própria a partir de University of Oxford, 2021

Já os encerramentos e restrições internas variam significativamente o que explica as intensidades da Tabela 5, através da gradação de cores de mais suaves a mais intensas, nas diferentes variáveis analizadas. Ao nível do ensino tanto os países europeus, como os países asiáticos (exceptuando Taiwan que nunca fechou as suas escolas), optaram por passar do ensino presencial ao ensino online, principalmente para o segundo e terceiros ciclos e ensino secundário. Importa destacar que tanto Coreia do Sul e Singapura, como Portugal e Alemanha, optaram por um encerramento completo das infraestructuras escolares em diferentes períodos de tempo. Por sua vez, o país escandinavo manteve sempre as escolas abertas para o primeiro e segundo ciclos.

Relativamente ao mercado de trabalho implementou-se de forma geral um modelo de teletrabalho, naqueles setores onde a presencialidade era dispensável (particularmente no terceiro sector, no dos serviços). Inclusivamente no caso sueco, favoreceu-se a opção de teletrabalho, apesar de não se ter verificado um encerramento completo dos locais de trabalho, mas antes um encerramento temporário de estabelecimentos comerciais ou locais de ócio e cultura. De qualquer forma, assistiu-se a um bloqueio parcial ou total em todas as economias, com a exceção de Taiwan. Paralelamente, só Portugal, Alemanha e Singapura implementaram um confinamento estrito da população, sendo que este foi mais intenso no caso de Portugal e da Alemanha tendo sido implementado também em diferentes períodos.

A limitação no uso de transportes públicos é uma medida que só se aplicou nos países europeus, ao mesmo tempo que nos países asiáticos se manteve o seu funcionamento com total normalidade. Simultaneamente, todos os países, excepto Taiwan, implemetaram algum tipo de restrições à mobilidade interna em diferentes períodos de tempo. Cabe resaltar que estas limitações podiam ter um carácter nacional ou local.

A resposta de Taiwan no âmbito das políticas de contenção e encerramento é paradigmática inclusivamente no contexto asiático, já que quase não adotou medidas de caráter restritivo. Neste aspeto, as únicas medidas implementadas que se destacam são ao nível das viagens internacionais, aplicando restrições através de uma avaliação rápida de risco para regiões ou países específicos, alinhado com os casos internos identificados. Taiwan foi um dos poucos países no mundo que manteve as escolas abertas e em funcionamento durante toda a pandemia. Na verdade, o Ministério de Educação deste país decidiu prorrogar as férias do ano novo chinês por mais duas semanas (no início de fevereiro de 2020) para evitar a disseminação do virus nas comunidades escolares, num momento em que o número de casos era ainda insignificante. Dos países em análise foi o único que manteve a economia em completo funcionamento, optando por não encerrar os locais de trabalho, nem confinar a sua população.

As assimetrias observadas em termos de implementação de medidas restritivas explicam a abordagem adotada em ambas latitudes. A resposta europeia caracteriza-se pela imposição de limitações ou adoção de recomendações voluntárias de carácter restritivo no caso sueco. Foram estas políticas que ditaram a infleção na resposta europeia, com o objetivo de achatar a curva de contágios para evitar a sobrecarga do sistema de saúde. Se é certo que num primeiro momento estas medidas

se caracterizam pelo seu carácter geral (aplicado a toda a população), depois vieram a assumir uma natureza seletiva (mais localizada) segundo as taxas de incidência da Covid-19. Por seu turno, os países asiáticos adotaram medidas mais moderadas, já que a sua aposta foi por evitar bloqueios parciais ou totais, centrando-se na dimensão de rastreamento e vigilância.

3.4. Políticas de saúde

Um sistema de saúde público que oferece cobertura universal à sua população abrange toda a gama de cuidados e serviços essenciais de saúde, que vão desde a promoção da saúde à prevenção, tratamento e reabilitação. Ao nível de assistência sanitária, os países asiáticos em estudo (Taiwan, Coreia do Sul e Singapura) destacam-se pela elevada qualidade dos seus sistemas de saúde nacionais, posicionando-se entre os países que oferecem uma melhor cobertura a nível mundial. Também os países europeus contam com os sistemas de saúde pública mais avançados do mundo. Assim, os seis países em análise apresentam uma base sólida de atenção primária, visível na Tabela 6.

Os esforços desenvolvidos pelos governos para reforçar a sua capacidade sanitária e responder às crescentes necessidades da sua população refletem-se no investimento feito por cada país na saúde pública. De destacar, regressando à Tabela 2, que o investimento dos países asiáticos é claramente inferior, variando entre os 4% e os 7%. Por sua vez, uma das características principais nos países europeus é o estado de bem-estar, onde a saúde tem um peso relevante, que varia entre os 9% e os 12%. No entanto, estas assimetrias são resultado dos diferentes modelos de saúde pública, que podem ser complementados tanto com investimento privado como com planos de poupança dos cidadãos. Não obstante, estes sistemas, em particular os europeus, apresentam algumas deficiências e lacunas. Falamos de tensões entre os sistemas públicos e privados como se verifica tanto em Portugal como na Alemanha, ou das fortes consequências da crise económica em Portugal que provocou o deterioramento do Serviço Nacional de Saúde português (escassez de pessoal médico, infraestructuras deficitárias, etc.) (Sánchez-Sagrado, 2018). Maioritariamente falamos de sistemas de saúde universal com financiamento público, com capacidade técnica e operacional.

PAÍS	CAPACIDADE DE SERVIÇO E ACESSO			COMPONENTES INDICE DE COBERTURA DE SERVIÇO UNIVERSAL DE SAÚDE				ÍNDICE DE COBERTURA DE SERVIÇO UNIVERSAL DE SAÚDE
	Densidade de camas hospitalares (a)	Densidade de trabalhadores de saúde (a), (b)	Índice de capacidade básica do Regulamento Sanitário Internacional	Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil	Doenças infecciosas	Doenças não comunicáveis	Capacidade dos serviços e acesso	
ÁSIA								
Coreia do Sul	100	100	98	89	84	72	99	86
Singapura	100	100	99	90	77	78	100	86
Taiwan	*	*	*	*	*	*	*	*
EUROPA								
Alemanha	100	100	96	94	79	64	99	83
Portugal	100	100	91	92	81	61	97	82
Suécia	100	100	93	92	84	74	98	86

Legenda:

* Não existem dados para este país

(a) Os valores foram reescalonados (b) Média geométrica dos valores redimensionados para médicos, psiquiatras e cirurgiões

Tabela 6. Índice de Cobertura de Serviço Universal de Saúde.

Fonte: Elaborado a partir de WHO, 2019

Tanto Taiwan como Singapura têm um dispositivo preparado para ser utilizado exclusivamente para tratar doenças infecciosas. Esta capacidade operacional, ou excesso dela, conhecida como 'folga organizacional', vinha já sendo reconhecida como uma possível vantagem competitiva e organizacional destes países (Woo, 2020, p. 349).

A resposta dos países asiáticos depende em grande medida desta dimensão de políticas de saúde. Aqui assenta a base do modelo dos 3 Ts: de Testar, Traçar (ou rastrear) e Tratar (em inglês: *Testing, Tracing, Treating*) (Klingebiel & Tørres, 2020, p. 2). Desde os estágios iniciais da pandemia que se administraram os testes virais aos indivíduos que viajavam desde regiões afetadas ou tinham histórico de viagens e desenvolveram febre ou sintomas respiratórios durante a viagem. Daqui passou-se à aplicação de testes generalizados o que permitiu às autoridades de saúde rastrear, isolar e vigiar pacientes infectados e os seus contactos. Cabe destacar que a Coreia do Sul foi pioneira no desenvolvimento de kits de testes e na implementação dos centros de triagem *drive-through*, que permitiu testar milhares de pessoas todos os dias (Lee, Heo & Seo, 2020), o que reflete a sua resposta intensa logo nos primeiros momentos como se destaca na Tabela 7.

As agências de saúde pública desempenham um papel muito importante na implementação deste modelo. Através do recurso às tecnologias da informação conduziram-se investigações epidemiológicas rigorosas e extensas, para determinar possíveis ligações epidemiológicas dos pacientes infetados (You, 2020, p. 803).

A capacidade de resposta das autoridades sanitárias no rastreamento de contactos tem como base o recurso à tecnologia digital, através de recolha de informação das companhias de telecomunicações, acesso aos extratos de cartão de crédito (no caso específico da Coreia do Sul) e, em coordenação com as forças de segurança, acesso às gravações das câmaras de vigilância de estabelecimentos públicos e privados, e outros.

No caso particular de Taiwan, devido à experiência prévia com o SARS, a legislação existente no Ato de Controle de Doenças Infecciosas de Taiwan, de 2007, permitiu o acesso a esta informação por parte das autoridades. Para além disso, esta estrutura legal "(...) possibilitou que o histórico de viagens dos indivíduos fosse vinculado ao cartão do Seguro de Saúde Nacional para que os hospitais pudessem estar cientes e identicar casos potenciais em tempo real" (Summers et al., 2020, p. 2).

Nos países europeus, assim como em Singapura, implementaram-se medidas de rastreamento de contactos por parte do pessoal sanitário. No entanto, a aplicação de novas tecnologias e aplicações digitais para realizar este rastreamento foi adotada como uma medida de carácter voluntário, dependente da predisposição dos cidadãos para descarregar as respetivas aplicações e partilhar os seus dados através destes sistemas. Também aqui se têm realizado testes massivos à população, apesar de que estes só se começaram a implementar uma vez passada a primeira onda.

Outro rasgo particular dos países asiáticos foi a implementação do uso de máscaras faciais desde o primeiro momento, com o objetivo de reduzir a transmissão do virus. Estes países tinham desenvolvido uma cultura de usar máscaras faciais com os surtos de SARS e MERS. Assim, os governos implementaram medidas para garantir o seu fornecimento a toda a população. Nos países europeus, com a exceção da Suécia, também se foi implementando de forma gradual o seu uso, tendo passado a ter um carácter obrigatório só em Portugal, a partir do segundo semestre de 2020.

MEDIDAS	2020																																				2021			PAÍS
	Jan			Fev			Mar			Abr			Mai			Jun			Jul			Ago			Set			Out			Nov			Dez			Jan			
Políticas de testes massivos	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	Coreia do Sul
	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	Singapura
	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Taiwan
	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Alemanha
	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Portugal
	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Suécia
Rastreamento de contactos	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Coreia do Sul
	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Singapura
	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Taiwan
	0	0	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Alemanha
	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Portugal
	0	0	0	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Suécia
Campanhas de informação pública	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Coreia do Sul
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Singapura
	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Taiwan
	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Alemanha
	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Portugal
	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Suécia
Uso de máscaras	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Coreia do Sul
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Singapura
	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Taiwan
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Alemanha
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	Portugal
	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Suécia
Política de Vacinação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Coreia do Sul
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	Singapura
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Taiwan
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	Alemanha
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	Portugal
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	Suécia

Legenda:

0 Não se implementam medidas

1 Aplicação a uma pequena parte da população ou estabelecimento de recomendações/Campanha de vacinação

2 Aplicação para uma parte específica da população ou contextos específicos/Campanhas coordenadas de informação

3 Aplicação à maior parte da população ou em todos os espaços públicos

4 Obrigatoriedade de uso de máscaras no exterior

Tabela 7. Evolução das políticas de saúde.

Fonte: Elaboração própria a partir de University of Oxford, 2021

Desde o primeiro momento todos os países optaram por uma divulgação transparente da informação relativa à Covid-19, com campanhas de informação pública por parte das autoridades nacionais sobre o novo coronavírus, casos de infetados, etc. No entanto, a pandemia tem sido acompanhada por uma 'desinformação' sem precedentes, apelidada de 'infodemia'. Uma torrente de informação incorrecta ou falsa sobre o virus que alimenta os piores temores da população. Neste sentido, as organizações internacionais têm trabalhado em conjunto com os governos nacionais para reforçar a resiliência frente a estas ameaças. Assim, a União Europeia emitiu uma Comunicação conjunta para alertar para os perigos da desinformação sobre a Covid-19 (Comissão Europeia, 2020) e em setembro de 2020 a OMS junto com outras organizações internacionais divulgou um comunicado chamando os governos a aplicar planos de ação para combater a infodemia (OMS, 2020b).

A resposta farmacológica à Covid-19 chegou à União Europeia no final do ano de 2020, com as primeiras doses da vacina da Pfizer, resultado de uma operação de saúde logística sem precedentes, de ação conjunta dos estados membros. A aplicação das vacinas iniciou-se de forma mais ou menos coordenada entre os países europeus.

Em Singapura a campanha de vacinação também se iniciou no final do ano e a Coreia do Sul tem previsto começar a vacinar a sua população ainda no mês de fevereiro de 2021.

Falamos de duas realidades diferentes quando nos aproximamos às políticas de saúde adotadas nos dois continentes. Por um lado, vemos que a resposta asiática foi muito mais intensa, apostando pelas novas tecnologias como base do seu sistema de testes, rastreios e tratamento. Por outro lado, concluimos que neste aspeto a resposta europeia foi mais comedida. Na verdade, a importância dos sistemas de saúde em ambos os casos foi crucial garantindo o acesso aos serviços básicos de saúde por toda a população. Mas, nos países asiáticos, graças às suas infraestruturas de tecnologia da informação realizou-se uma rápida identificação, rastreamento e vigilância de todos os cidadãos.

3.5. Políticas económicas

O desenho de políticas de apoio à economia é fundamental para responder à crise sanitária e ao seu impacto socio-económico. Elemento essencial para garantir a continuidade e funcionamento dos sistemas de saúde, assim como para minimizar os efeitos da desaceleração económica aguda e assegurar uma rápida recuperação económica. Segundo o relatório do Fundo Monetário Internacional (FMI, 2020), as economias avançadas centraram-se na implementação de políticas fiscais e sociais, de crédito e financiamento, enquanto as economias emergentes trabalharam mais em políticas de caráter regulatório.

A nível nacional, os governos responderam com a adoção e implementação de contramedidas fiscais. A adoção de pacotes económicos e orçamentos de contingência por parte dos Estados permitiu evitar o pior e preservar o tecido económico dos países. Cabe destacar o impacto muito negativo da crise em setores específicos, principalmente nos serviços e, em particular, aqueles relacionados com o setor do turismo, como é o caso de Portugal. Tal e como sublinha o relatório do FMI, "[o]s Estados pequenos, assim como as economias que dependem do turismo e baseiam a sua atividade nas matérias-primas, encontram-se num aperto particularmente difícil" (FMI, 2020).

As políticas fiscais têm um objetivo duplo: mitigar o impacto sobre as famílias e empresas mais expostas e vulneráveis e salvaguardar o tecido económico para o período posterior à crise. Em todos os países em análise assistimos à adoção de pacotes de medidas fiscais para:

i) apoiar as famílias mais afetadas pela crise, assim como aqueles indivíduos com rendas baixas e desempregados (Tabela 8);
ii) apoio às empresas através de subsídios salariais, programas de *lay-off* e incentivos financeiros à atividade empresarial;
iii) subsídios alargados de desemprego; e
iv) subsídios gerais adicionais para municipios ou regiões.

Todos os países foram reforçando as suas políticas fiscais com medidas adicionais de apoio económico para responder a períodos de aumento de contágios e imposição de medidas mais restritivas. As medidas de resiliência económica incluem também iniciativas para financiar o setor da saúde, investimento na investigação científica, aumento dos stocks nacionais de aprovisionamentos de saúde ou programas de resiliência alimentar e outros (IMF, 2021).

MEDIDAS	2020																																	2021			PAÍS
	Jan			Fev			Mar			Abr			Mai			Jun			Jul			Ago			Set			Out			Nov			Dez			Jan			
Apoio aos rendimentos familiares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Coreia do Sul
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Singapura
	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Taiwan
	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Alemanha
	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Portugal
	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Suécia

Legenda:
0 Não se implementam medidas
1 O governo substitui menos de 50% do salário perdido
2 O governo substitui 50% ou mais do salário perdido

Tabela 8. Evolução do apoio às rendas domésticas.

Fonte: Elaboração própria a partir de University of Oxford, 2021

Perante esta crise sem precedentes, a UE e os seus Estados-membros alcançaram um acordo histórico e único com a adoção do Plano de Recuperação para a Europa. Um total de 75.000 milhões de euros para ajudar a reconstruir a Europa pós-Covid, através do mecanismo *NextGenerationEU*. O maior pacote de estímulo financeiro jamais aprovado. A este suma-se um conjunto de recursos como a suspensão da aplicação dos limites da dívida e déficit públicos do Pacto de Estabilidad, a criação de linhas de crédito do Banco Europeu de Investimento e o Mecanismo Europeu de Estabilidad (Comissão Europeia, 2021). Estas contribuições financeiras constituem a espinha dorsal de um novo *New Deal* que permitirá sustentar o modelo de estado de bem-estar europeu. Curiosamente, a Coreia do Sul chama ao seu pacote de medidas políticas o *New Deal coreano* (IMF, 2021).

Os esforços fiscais destes países permitiram impulsar as suas capacidades sanitárias, operacionais e analíticas na gestão da pandemia. Estes são essenciais para garantir a implementação das diferentes medidas de gestão da crise nos distintos setores anteriormente analizados.

O ano de 2020 caracteriza-se pela contração da economia mundial. Estima-se que o conjunto de medidas implementadas permitirão equilibrar o sistema económico e ajudar a restabelecer a confiança geral e superar a crise de incerteza que vivemos, ao mesmo tempo que facilitará uma recuperação gradual, ainda que desigual, da economia global. Segundo os dados da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), no final de 2021 o PIB global estaria nos níveis pré-crise sanitária, apesar de se verificarem grandes assimetrias entre as principais economias (OECD, 2020, p. 12).

4. Modelos regionais diferenciados: da contenção e encerramento às tecnologias da informação

O retrato apresentado das respostas asiáticas e europeias deixa claro que as políticas adotadas de gestão da pandemia não são homogéneas apesar de partirem de um mesmo objetivo geral: salvar vidas e evitar o colapso dos sistemas nacionais de saúde.

A figura 9 sobre o índice de rigor da resposta governamental à Covid-19 dá informação sobre o impacto das políticas de mitigação adotadas nos países em estudo (linha vermelha) em relação com o número de mortes diárias por Covid-19 (linha roxa). Verificamos que nos países asiáticos se adota uma resposta rápida e robusta desde o primeiro momento, que se mantem no tempo e que permite controlar relativamente a evolução epidemiológica. Neste sentido, Taiwan é o grande exemplo, já que a partir de junho de 2020 não se regista nenhuma morte por Covid, mas mantém o nível de resposta elevado. Em Singapura verificamos que se apertam mais as medidas no período de verão quando o número de falecidos aumenta, e a partir desse momento a resposta mantem-se mais elevada. No caso dos países europeus, vemos como as medidas oscilam mais segundo a evolução da pandemia, sendo que as curvas se chegam a tocar tanto no caso da Suécia como da Alemanha. Chama a atenção o caso germânico em que no final do ano a curva de mortes ultrapassou a das políticas, o que demonstra que a resposta política e as INFs implementadas não foram suficientes e tiveram um alto custo socioeconómico.

4.1. Principais tendências

Estamos perante dinâmicas regionais claramente diferenciadas. Os países asiáticos adotaram uma resposta efetiva e robusta desde o primeiro momento, com base na experiência adquirida em brotes anteriores. A explicação é simples, a existência de planos operativos que tinham previsto um conjunto de medidas de exceção permitiu uma ação rápida por parte dos governos destes países. Para além disso, a existência de um quadro legal, com legislação específica centrada na prevenção e controle de doenças infecciosas permite regular a resposta estatal neste tipo de crises, sem necessidade de implementar medidas de exceção tão restritivas (ou estado de emergência). Por sua vez, os países europeus demoraram em adotar uma resposta mais consistente, introduzindo um conjunto de medidas de contenção, cuja intensidade vai variando no tempo, segundo a evolução epidemiológica.

Em todos os países as instituições nacionais jogam um papel muito importante, criando centros de coordenação que permitem centralizar a resposta a nível nacional. Para o efeito, os países asiáticos contavam já com centros de coordenação de epidemias, implementados em sequência dos surtos epidémicos vividos desde o início do novo século, com dedicação exclusiva à resposta a novas ameaças epidémicas ou pandémicas. Estes promovem uma coordenação transversal da ação com os diferentes departamentos governamentais e, em momentos de emergência, veem a sua capacidade reforçada com mais recursos humanos, técnicos e tecnológicos.

Esta coordenação resulta de um trabalho extensivo e intenso por parte destes países para criar mecanismos robustos, mas com uma capacidade adaptativa, preparados para responder a diferentes tipos de brotes (Summers et al., 2020, p. 4).

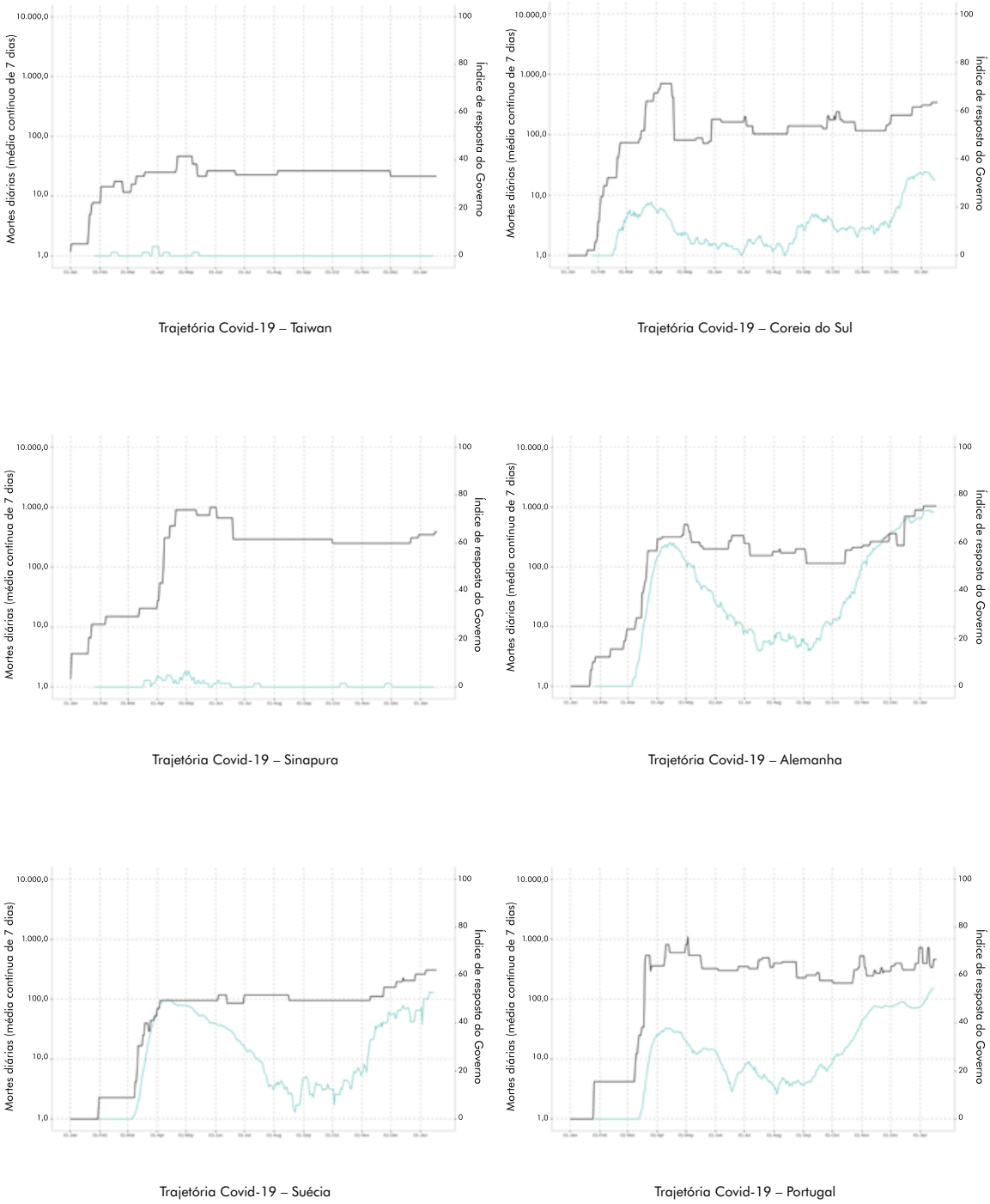


Figura 9. Índice de rigor de resposta governamental à Covid-19 (Oxford Stringency Index).

Fonte: Oxford, 2021

Ainda como elemento comum verificamos a flexibilidade na resposta económica por todos os países. Os mecanismos fiscais adotados permitiram aos governos fornecer os recursos adequados a nível sanitário, social e económico.

Cabe destacar a existência de uma cultura de uso de máscaras faciais em público, nos países asiáticos. Esta realidade facilitou a adoção de recomendações imediatas para o seu uso também em espaços públicos fechados e não só no exterior, complementada com uma acelerada produção e distribuição de máscaras a toda a população. O uso de máscaras foi adotado em muito maior grau na Ásia do que na Europa. Nos países europeus esta medida foi-se implementando de forma paulatina, tendo só carácter obrigatório em Portugal (dos países em estudo).

Da análise sobressai também o desenvolvimento de uma capacidade de testes massivos à população, por parte dos países asiáticos, o que permitiu um rastreamento mais efetivo dos contactos e um maior controlo e vigilância dos grupos infetados. Esta opção só se adotou na Europa uma vez passada a primeira onda de contágios, uma vez já o vírus se tinha extendido pelo território europeu, dificultando o trabalho de rastreio e vigilância.

A abordagem por parte dos governos nacionais centrada na comunicação com a população, através de comunicados diários, conferências de imprensa, e outros, sublinha a importância de ter uma população informada sobre a evolução da situação, potenciais riscos, etc. Esta estratégia de atuação facilita também a transparência governamental, criando maior confiança por parte da população. Neste sentido, é paradigmático no contexto europeu (com uma crescente bipolarização política em países como Espanha e Itália), a taxa de aprovação do governo português, liderado por António Costa, que atingiu o seu valor mais alto (60%) em finais de março de 2020 (Campos & Lins, 2020, p. 8). Estes índices de aprovação extenderam-se também ao governo de coligação alemão, com a então chanceler Angela Merkel, que conseguiu também alcançar um 60% de aprovação. Contudo, esta foi uma breve fase de unidade política a que se segiu uma crescente crítica por parte dos partidos da oposição à resposta do governo (Scholz, 2020).

No contexto europeu, a resposta sueca, contrariamente à perceção generalizada, não resulta de imperativo económico, mas é antes consequência da sua própria estrutura política. O principal objetivo não é a tão aclamada 'imunidade de grupo'. Pelo contrário, o país adota uma resposta bastante similar aos restantes países europeus, sem poder, contudo, devido às suas próprias limitações constitucionais, impor medidas restritivas, optando pela adoção de recomendações à população. Contudo, são 'recomendações' com um carácter *quasi*-obrigatório, pelo que têm também um impacto significativo na alteração dos comportamentos sociais e nos resultados económicos do país. Neste sentido, a resposta sueca diverge dos restantes países europeus em termos de grau e não de conteúdo (Hensvik & Skans, 2020, p. 2).

Em ambos os casos, a pandemia reforçou também a capacidade inovadora dos países. Temos a implementação de *drive-through* para a realização de testes massivos na Coreia do Sul, o desenvolvimento de aplicações tecnológicas para o rastreio de contactos, a adaptação das estruturas nacionais para fabricação de material de saúde, etc. Deste modo, a inovação e o desenvolvimento tecnológico permitiram, e permitem, dar resposta à gestão da pandemia e minimizar o seu impacto socioeconómico.

4.2. Desempenhos regionais divergentes: o modelo asiático e o modelo europeu

A busca de estratégias efetivas para a gestão da pandemia é vital para garantir a segurança das populações, preservar vidas humanas e garantir a sobrevivência dos sistemas de saúde pública. Sob estas presmissas os países adotaram modelos regionais divergentes, que encerram pontos de convergência. Os continentes asiático e europeu configuram exemplos paradigmáticos de modelos de gestão da Covid-19, que resulta em desempenhos opostos. Podemos assim falar da existência de um modelo europeu e de um modelo asiático, em linhas gerais, com diferenças internas (nacionais) no seu seio.

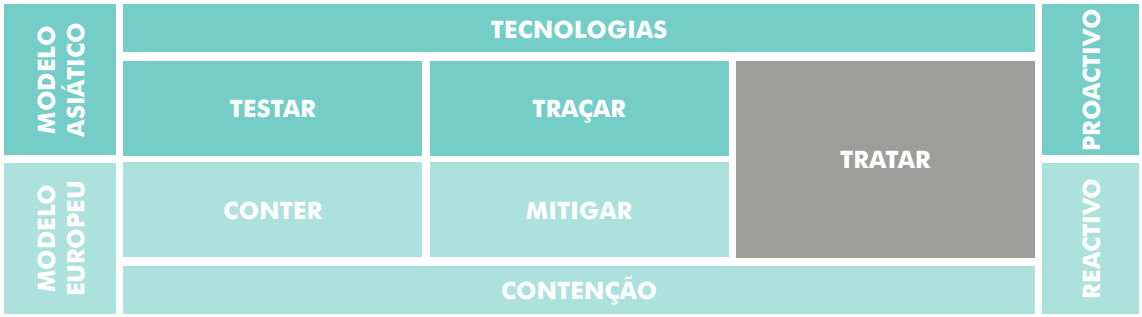
O ponto de interseção entre ambos os modelos é a saúde pública. Elemento central e que oferece as condições necessárias para garantir a implementação das INFs e políticas de gestão pandémica. Ou seja, o objetivo primordial e comum é a preservação dos sistemas de saúde nacionais, através da alocação de recursos. O foco desses recursos é onde os modelos divergem. Em que se distinguem? E onde convergem?

Desde logo nos deparamos com tempos de resposta diferentes, com um impacto direto na ação. Um adopta uma resposta mais proativa e o outro é mais reativo e passivo. O primeiro centra-se na prevenção, através da criação de um conjunto de mecanismos (legislação, grupos de intervenção, etc.) e estruturas (criação de centros de coordenação, alas hospitalares dedicadas e equipadas para responder a brotes epidémicos) preparadas para responder ante qualquer emergência epidémica ou pandémica. O segundo modelo centra-se na passividade e prevenção através de medidas de contenção.

O modelo asiático que denominamos de T4 tem na base da resposta as Tecnologias, elemento crucial para a implementação da abordagem de 3 Ts identificada por Klingebiel & Tørres (2020, p.2), centrada em testar, traçar (ou rastrear) e tratar (Figura 10).

Segundo este modelo as tecnologias unem as diferentes dimensões da matriz de políticas de mitigação da pandemia. Elas permitem, por um lado, desenvolver uma capacidade de testes massivos para restringir o avanço do virus e localizar potenciais focos epidémicos; assim como, desenvolver um processo de rastreio de casos que integra as bases de dados dos sistemas de saúde com diferentes aplicações tecnológicas que permitem a identificação e vigilância de casos com potencial infeccioso. O desenvolvimento de tecnologias de rastreio de contactos e colaboração entre os governos nacionais, o sistema de saúde nacional, e companhias privadas permitiu uma ampla vigilância da população. Verifica-se o desenvolvimento de uma análise de riscos muito intensiva, com vigilância em tempo real.

O modelo europeu assenta no pilar da contenção (Figura 10). As políticas de contenção, aliadas a uma abordagem de mitigação têm como objetivo controlar o avanço da pandemia através da implementação de um conjunto de restrições. Com a expansão da transmissão do virus passa-se a um cenário de mitigação para reduzir os seus efeitos nas taxas de mortalidade, garantir os serviços médicos para os infetados e reduzir os efeitos socioeconómicos da pandemia.



Representação do modelo asiático
T4= 3 Ts (Testar + Traçar + Tratar) + Tecnologias

Representação do modelo europeu
CMT = Conter + Mitigar + Tratar

Figura 10. O modelo asiático e o modelo europeu.

Fonte: Elaboração própria

Neste sentido, num primeiro momento os países europeus adotaram um plano de ação de emergência para conter a propagação do novo coronavírus, centrados na ameaça sanitária, a que se seguiu, num segundo momento, um plano de mitigação da transmissão comunitária. Neste sentido, a estratégia europeia tem como objetivo preservar a saúde pública, evitando a sobrecarga do sistema de saúde, assim como facilitar um tratamento adequado aos indivíduos infetados. Do ponto de vista sanitário os países centram-se no desenvolvimento de capacidade estratégica em quatro áreas específicas: assistência sanitária; vigilância epidemiológica (estabelecimento de processos de rastreio de contactos e desevolvimento de aplicações de uso voluntário); identificação e contenção precoce das fontes de contágio; e, medidas de proteção coletiva (Gobierno de España, 2020). Aqui têm um papel muito importante as INFs para garantir o controle da pandemia.

Podemos assim falar num ponto de convergência entre ambos os modelos que é o tratamento da população. Só um sistema de saúde robusto tem capacidade para dar uma resposta de qualidade a todos os pacientes (tanto pacientes Covid como outros) em tempos de crise pandémica, pelo que é crucial adotar medidas que permitam preservar estes sistemas. Assim, comum a ambos os modelos é a adaptabilidade e resiliência dos sistemas de saúde perante a pandemia. Apesar de tudo, vemos como em momentos críticos, os sistemas alcançaram o seu limite, como foi o caso particular de Portugal, que no final de janeiro de 2021, dirigiu um pedido de apoio aos estados membros da UE, por falta de profissionais de saúde ante o agudizar da crise sanitária.

Concluimos que a vantagem apresentada pelos países asiáticos tem como ponto de partida a sua preparação no controle de doenças epidémicas. Se é certo que os países europeus avançaram significativamente no plano de preparação para epidemias, em particular com o virus H1N1, o facto de este não ter tido um impacto tão significativo como o SARS ou o MERS nos países asiáticos prejudicou significativamente a resposta dos países europeus. Mas, há que ter em conta também a importância relativa da localização geográfica destes três países (Coreia do Sul, Singapura e Taiwan), pela sua insularidade. O facto de estarmos perante um conjunto de Estados-ilha (englobando aqui também a Coreia do Sul que só tem fronteira terrestre com a Coreia do Norte, bastante hermética devido à existência de uma zona desmilitarizada e às relações hostis entre ambos estados), facilita o isolamento destes territórios assim como um maior controle e vigilância da sua população.

Que riscos e oportunidades encontramos nos dois modelos? A tabela 9 sistematiza esta comparação. Em termos de capacidade de resposta não poderiam ser mais distintos, mas ambos apresentam oportunidades neste aspeto. A existência de planos de ação nacional de resposta a doenças epidémicas, junto com a experiência acumulada, permite uma resposta proativa por parte dos governos asiáticos. Esta ação imediata centra-se no recurso às tecnologias que se apresentam como uma mais-valia. Contudo, surgem questões relativamente à garantia de proteção de dados dos cidadãos, já que as respostas de rastreio implementadas são muito invasivas quanto à privacidade dos cidadãos. Para além disso, há que ter em conta também os altos custos em termos de recursos humanos para o rastreio de contactos, assim como a nível tecnológico, de desenvolvimento de sistemas, dispositivos e programas especializados.

MODELO	OPORTUNIDADES	RISCOS
MODELO ASIÁTICO	Resposta proativa Existência de plano de ação de resposta a epidemias Sistema de saúde robusto Recurso às tecnologias	Proteção de dados Altos custos em recursos
MODELO EUROPEU	Capacidade de resposta flexível e adaptativa Estado de bem-estar	Resposta reativa Sistemas de saúde nacional enfraquecidos devido à crise financeira Falta de equipamento médico e de proteção individual Restrições das liberdades fundamentais

Tabela 9. Comparação de oportunidades e riscos entre ambos modelos.

Fonte: Elaboração própria

No caso do modelo europeu, apesar das desvantagens da resposta reativa, verificamos que existe uma grande adaptabilidade por parte dos governos e capacidade de resposta flexível, o que permite ir adequando a resposta ao momento que se vive. A existência do modelo de estado de bem-estar europeu permitiu desenvolver uma resposta centrada na garantia da saúde pública na aplicação de medidas socioeconómicas para proteger os cidadãos. No entanto, em alguns estados europeus, como Portugal, os sistemas de saúde nacional encontravam-se bastante enfraquecidos devido à crise financeira de 2008 e atingiram situações-limite com a pandemia, para além de se ter verificado uma falta de equipamento médico e de proteção individual para o pessoal sanitário. Outro desafio está relacionado com as medidas de contenção adotadas, que restringiram as liberdades fundamentais das populações europeias, o que se traduziu em denuncias por parte de cidadãos, sindicatos, partidos políticos e ONGs.

O retrato geral é consistente com a ideia de que os países europeus têm feito um grande esforço para lidar com a pandemia, enquanto que os países asiáticos conseguiram obter resultados mais positivos das suas intervenções.

5. As crises como oportunidades

Os novos brotes epidémicos neste início de ano 2021 traduziram-se em restrições renovadas por todo o mundo, sendo o caso de Portugal e Alemanha os mais paradigmáticos dentro dos países em estudo. Apesar de tudo, a confiança oferecida pela distribuição das vacinas e o inicio das campanhas de inoculação da população oferecem um cenário mais animador, na esperança de que um aumento da imunidade de grupo seja favorável para a recuperação socioeconómica e uma retoma da normalidade em meados de 2022, segundo algumas previsões (outras mais pessimistas falam de um período de uma década para retomar a situação pré Covid-19).

O estudo comparativo realizado oferece-nos o retrato de duas realidades diferentes para responder a um mesmo desafio. A gestão da pandemia apresenta contornos distintos segundo a contextualização geográfica, com divergências em termos de rapidez, escala e intensidade nas medidas adotadas. Por um lado, o modelo asiático caracteriza-se pela sua resposta proativa, com recurso às tecnologias, centrando-se nas dimensões de testar e traçar para tratar. Neste sentido, as tecnologias são determinantes para o sucesso da resposta asiática. O carácter insular dos estados analisados também contribui a esse êxito. Por sua vez, o modelo europeu centra-se nas políticas de contenção para conter e mitigar o virus, para logo se centrar no tratamento dos pacientes. Ambos os modelos têm o sistema nacional de saúde como a sua coluna vertebral. A implementação das INFs em ambos os contextos permite alcançar o objetivo último que é garantir a preservação dos sistemas de saúde, de modo a poder responder à crise e tratar todos os pacientes sem colapsar os sistemas nacionais.

Paradoxicalmente, os países europeus optaram por um conjunto de medidas cujas consequências resultaram numa ampla restrição das liberdades individuais. É curioso como, com a aplicação dos estados de emergência ou de leis de exceção,

se restrigiram liberdades fundamentais nos países europeus, mas em nenhum caso se questiona a suspensão da lei de proteção de dados. Ou seja, protege-se preferentemente a privacidade dos indivíduos em vez dos direitos de reunião, de liberdade de movimentos e outros. Pelo contrário, os países asiáticos não hesitaram desde o primeiro momento em implementar tecnologias de vigilância e rastreio da população que levantam preocupações sobre a proteção de dados e, inclusivamente, sobre os seus possíveis impactos sociais (resultado de uma vigilância tão ampla). É mais importante garantir as liberdades fundamentais ou a privacidade dos indivíduos?

Mas a questão que se impõe é se falamos de modelos exportáveis. Neste sentido, o governo da Coreia do Sul preparou um documento de divulgação internacional para dar a conhecer o seu modelo e que este possa ser replicado noutros contextos (The Government of the Republic of Korea, 2020). Contudo, apesar de considerarmos que a exportação destes modelos a outros cenários não garante melhores resultados nesses países, entendemos que se podem retirar algumas lições e aprender delas, assim como boas-prácticas.

A saúde apresenta-se como um novo desafio, pelo que a governança sanitária adquiriu especial importância devido à natureza mutável dos novos riscos sanitários. Na atualidade a governança da saúde requer uma abordagem global, multi-actor, que englobe os vários *stakeholders*. A formulação de políticas de saúde modernas deve ser entendida como um todo que involucra todos os setores e as próprias sociedades. Criam-se assim novas oportunidades para desenvolver políticas sinérgicas. Trata-se também de desenvolver uma capacidade de ação adaptativa que permita responder a eventos imprevisíveis de maneira inovadora. A adoção de um conjunto de mecanismos de governança tanto rígidos como flexíveis a nível nacional e internacional e a construção de capacidade, permitirá responder de forma mais eficaz a desafios cada vez mais complexos. A OMS continua a ter um papel fundamental no âmbito da investigação e desenho de estratégias de mitigação de epidemias, tanto INFs como IFs. Consideramos que esta organização respondeu positivamente ao desafio da gestão da Covid-19, apesar dos inevitáveis constrangimentos políticos e logísticos.

A aposta na tecnologia digital é determinante para a evolução da saúde pública e, pode desempenhar um papel crucial na resposta a emergências sanitárias. A tecnologia apresenta-se como facilitadora da saúde global. Os desenvolvimentos da telemedicina, inteligência artificial, *big data*, entre outros, contribuem ao aumento da eficiência operacional e permitem aumentar e flexibilizar a capacidade de resposta dos países antes possíveis surtos epidémicos.

Vários estudos (veja-se Yan, 2020 e Gelfand et al, 2021) têm-se centrado na dimensão da participação cívica e no seu contributo para o sucesso das respostas nacionais. O enfoque na dimensão cultural nacional passa por um contínuum de tensão e relaxamento, entre o grau de imposição de normas sociais e o grau de cumprimento por parte das sociedades e dos cidadãos. Este assenta na ideia geral de que a dimensão cultural e o peso de sociedades com mais ênfase no coletivo ou individualistas influem sobremaneira na resposta por parte da população. Neste sentido, entendem que

numa cultura mais restrita seria mais fácil alcançar um comportamento de grupo de obediência e contenção, como por exemplo na China ou Japão, ou inclusivamente nos países em estudo como Taiwan e Coreia do Sul. Pelo contrário, em culturas mais individualistas e independentes como a sueca ou alemã, os indivíduos seriam mais flexíveis na tomada de riscos. Concluem que nos estados culturalmente mais rígidos, as normas implementadas tiveram mais sucesso que naqueles mais flexíveis.

Contudo, os relatos de incumprimento das regulações da pandemia por parte dos cidadãos nesses países sucedem-se nos meios de comunicação locais e nas redes sociais e demonstram a falácia desta relação direta. Há que ler estes resultados com os devidos cuidados, já que a eficácia das políticas não se pode atribuir só a esta dimensão, mas ao conjunto de medidas e INFs implementadas pelos diferentes governos.

A experiência e conhecimento gerados por crises anteriores contribuem à redução da incerteza e facilitam o desenho de políticas e estratégias preventivas. Não podemos esquecer, tal como se destaca neste estudo, que as idiossincrasias das experiências são específicas de cada país. Mas estas criam a base para desenvolver a capacidade de resposta a futuras crises. As respostas aos desafios de amanhã têm como base as lições aprendidas hoje.

É incontornável a necessidade de avaliação das respostas por parte dos estados no intervalo de desaceleração da pandemia. A este deve seguir-se um novo ciclo de preparação, através da análise de riscos e criação de mecanismos de alerta precoce verdadeiramente eficazes; da intervenção preventiva precoce e incorporação de novas ideas nas instituições e mecanismos de resposta; assim como a criação de um pacote legislativo específico que regule a resposta a este tipo de emergências; a capacitação de pessoal e equipas de trabalho; a preparação de infraestructuras de resposta a brotes epidémicos preparadas para ser ativadas de emergência. Deste modo, impõe-se o desenvolvimento de uma investigação interdisciplinar que envolva especialistas da comunidade científica, do âmbito da saúde, forças armadas, governo e sociedade civil. É necessário um esforço conjunto para implementar mecanismos de resposta de saúde pública que permitam uma ação rápida e proativa em crises futuras.

Falamos da necessidade de desenvolver uma intervenção integral, onde as medidas não funcionam por separado, mas no seu conjunto e contribuem para mitigar a evolução pandémica enquanto a resposta farmacológica não é efetiva. As crises criam oportunidades de mudança e transformação, levando a alterações nos padrões de comportamento político, social e económico. A pandemia da Covid-19 demonstrou a importância de integrar a planificação e análise de riscos de doenças epidémicas nas estruturas nacionais de preparação de emergências.

Notas

[1] Conceito desenvolvido por Nassim Taleb no seu livro "O Cisne Negro", de 2016.

[2] Para informação mais detalhada sobre as diferentes cronologias ver o relatório "Pandemias no Mundo – Tendências e Estratégias de Combate" (Rodrigues, 2021).

Referências

Assembleia da República (s.d.). Estado de emergência. Assembleia da República. Disponível em: https://www.parlamento.pt/Paginas/covid19/estado-de-emergencia.aspx

Aven, T. & Zio, E. (2020). Globalization and global risk: How risk analysis needs to be enhanced to be effective in confronting current threats. *Reliability Engineering and System Safety 205*. DOI: 10.1016/j.ress.2020/107270.

Barbarossa, M. V. et al. (2020). Modeling the spread of COVID-19 in Germany: Early assessment and possible scenarios. PLoS ONE 15 (9). DOI: 10.1371/journal.pone.0238559

Bernardini, D. (2020). La necesidad de una nueva gobernanza en salud: el rol de la Organización Mundial de la Salud. In: Gian Luca Gardini (Coord.), *El Mundo Antes y Después del COVID-19. Reflexiones Intelectuales sobre la Política, la Diplomacia y las Relaciones Internacionales*. Salamanca-Estocolmo: Instituto Europeo de Estudios Internacionales, pp. 51-54.

Blake, P. & Wadhwa, D. (2020, 14 de dezembro). *2020 Year in Review: The impact of COVID-19 in 12 charts*. World Bank Blogs. Disponível em: https://blogs.worldbank.org/voices/2020-year-review-impact-covid-19-12-charts

Campos, L. P. & Lins, T. (2020). Pandemia à Portuguesa: um relato sobre o Covid-19 em Portugal. Españo e Economia [Online], 1700/espacoeconomia.10369

Chen, X. & Qiu, Z. (2020). Scenario Analysis of Non-Pharmaceutical Interventions on Global COVID-19 Transmissions. *Info missing*.

Cheng, C. et al. (2020). COVID-19 Government Response Event Dataset (CoronaNet v.1.0). *Nature Human Behaviour* 4, pp. 756-768. DOI: 10.1038(s41562-020-0909-7

Comissão Europeia (2020). *Comunicação conjunta do Parlamento Europeu, do Conselho Europeu, do Conselho, do Comité Económico e Social e do Comité das Regiões. Combater a desinformação sobre a COVID-19: repor a verdade dos factos*. Bruxelas, 10 de junho, JOIN (2020) 8 final.

Comissão Europeia (2021). *Plano de Recuperação para a Europa. Comissão Europeia*. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_pt

Duchâtel, M. (2020, 24 março). Fighting the Coronavirus Pandemic, East Asian Responses – Singapore: Antecipation, Swab Tests and Intrusive Contact Tracing. Institut Montaigne Blog. Disponível em: https://www.institutmontaigne.org/en/blog/fighting-coronavirus-pandemic-east-asian-responses-singapore-anticipation-swab-tests-and-intrusive

European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2021). Data on hospital and ICU admission rates and current occupancy for COVID-19. European Centre for Disease Prevention and Control. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/download-data-hospital-and-icu-admission-rates-and-current-occupancy-covid-19

European Commission (2020a). Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council and the Council. COVID-19: Temporary Restriction on Non-Essential Travel to the EU. Bruselas: European Commission, COM (2020) 115 final (16 de março).

European Union (2020). *The geopolitical implications of the COVID-19 pandemic*. Brussels: European Parliament, Directorate-General for External Policies.

Fondo Monetario Internacional [FMI] (2020, 20 de outubro). Perspectivas de la Economía Mundial. Informe sobre Perspectivas de la Economía Mundial, octubre de 2020. Disponível em: https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2020/09/30/world-economic-outlook-october-2020

FRA (2020a, 4 de maio). *Coronavirus pandemic in the EU – Fundamental Rights Implications. Germany*. European Union Agency for Fundamental Rights. Disponível em: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/de_report_on_coronavirus_pandemic_-_may_2020.pdf

FRA (2020b, 2 de julho). *Coronavirus pandemic in the EU – Fundamental Rights Implications. Sweden*. European Union Agency for Fundamental Rights. Disponível em: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/se_report_on_coronavirus_pandemic_july_2020.pdf

FRA (2020c, 4 de maio). *Coronavirus pandemic in the EU – Fundamental Rights Implications. Sweden*. European Union Agency for Fundamental Rights. Disponível em: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/se_report_on_coronavirus_pandemic_may_2020.pdf

FRA (2020d, 2 de julho). *Coronavirus pandemic in the EU – Fundamental Rights Implications. Portugal.* European Union Agency for Fundamental Rights. Disponível em: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/pt_report_on_coronavirus_pandemic_july_2020.pdf

Gardini, G. L. (2020b). Mitos y realidades de la política, la elaboración de políticas y el Estado en tiempos de Covid-19. In: Gian Luca Gardini (Coord.), *El Mundo Antes y Después del COVID-19. Reflexiones Intelectuales sobre la Política, la Diplomacia y las Relaciones Internacionales.* Salamanca-Estocolmo: Instituto Europeo de Estudios Internacionales, pp. 16-19.

Gelfand, M. J. et al. (2021, 29 de janeiro). The relationship between cultural tightness-looseness and Covid-19 cases and deaths: a global analysis. The Lancet. DOI: 10.1016/S2542-5196(20)30301-6.

GHS Index (2019). *Global Health Security Index. Building Collective Action and Accountability.* NTI & John Hopkins Bloomberg School of Public Health. Disponível em: https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf

Global Preparedness Monitoring Board [GPMB]. (2019). A World at Risk. *Annual Report on global preparedness for health emergencies.* Geneva: World Health Organization.

Gobierno de España (2020, 25 de abril). *COVID-19: Recomendaciones Sanitarias para la Estrategia de Transición.* Madrid: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Disponível em: https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/25.04260420153138925.pdf

Greer, S. L. et al. (2020). The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Global Public Health* 15 (9), pp. 1413-1416. DOI: 10.1080/17441692.2020.1784440

Hensvik, L. & Skans, O. N. (2020). IZA COVID-19 Crisis Response Monitoring: Sweden. Uppsala: Uppsala University.

International Monetary Fund [IMF] (2021). *Policy Tracker. Policy Responses to COVID-19,* International Monetary Fund. Disponível em: https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19

Janssen, M. & Van der Voort, H. (2020). Agile and adaptative governance in crisis response: Lessons from the COVID-19 pandemic. *International Journal of Information Management,* 55. DOI: 10.1016/j.ijinfomgt.2020.102180

Kuguyo, O.; Kengne, A. P. & Dandara, C. (2020). Singapore COVID-19 Pandemic Response as a Successful Model Framework for Low-Resource Health Care Settings in Adrica? OMICS A Journal of Integrative Biology 24 (8), pp. 470-478. DOI: 10.1089/omi.2020.0077

Lee, D.; Heo, K. & Seo, Y. (2020). COVID-19 in South Korea: Lessons for developing countries. World Development 135 (November). DOI: 10.1016/j.worlddev.2020.105057

Lipscy, P. Y. (2020). COVID-19 and the Politics of Crisis. International Organization 74 (Supplement), pp. 1-30. DOI: 10.1017/S0020818320000375

Lipsitch, M. & Grad, Y. (2020, 1 de abril). Navigating the Covid-19 pandemic: We're just clambering into a life raft. Dry land is far away. StatNews. Disponível em: https://www.statnews.com/2020/04/01/navigating-covid-19-pandemic/

Müller, O. et al. (2020). COVID-19 Control: Can Germany Learn From China? *International Journal of Health Policy and Management* 9 (10), pp. 432-435. DOI. 10.34172/ijhpm.2020.78

OECD (2020). OECD Economic Outlook, Volume 2020, Issue (108). Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/39a88ab1-en

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2009). Preparación y respuesta ante una pandemia de influenza. Documento de Orientación de la OMS. Genebra: Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020a, 14 de abril). Actualización de la Estrategia Frente a las COVID-19. Genebra: Organización Mundial de la Salud. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020b, 20 de setembro). *Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa.* Comunicados de Prensa. Disponível em: https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation

OurWorldinData (2021). Coronavirus Pandemic Data Explorer. Our World in Data. Disponível em: https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer?yScale=log&zoomToSelection=true&time=2020-03-01.latest&country=DEU~SWE~PRT~TWN~SGP~KOR&region=World&casesMetric=true&interval=smoothed&perCapita=true&smoothing=7&pickerMetric=total_cases&pickerSort=desc

Pew Research Center (2020a). *International Cooperation Welcomed Across 14 Advanced Economies*. Washington: Pew Research Center.

Pew Research Center (2020b). *Most Approve of National Response to COVID-19 in 14 Advanced Economies*. Washington: Pew Research Center.

Qualls, N. et al. (2017). Community Mitigation Guidelines to Prevent Pandemic Influenza – United States, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR* 66 (1), pp. 1-32.

Rodrigues, T. (2021). Pandemias no Mundo – Tendências e Estratégias de Combate, Gulbenkian Briefs 06. *Projeto Foresight Portugal 2030*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sánchez-Sagrado, T. (2018). La atención primaria en Portugal. *Medicina de Familia*. SEMERGEN 44 (3, abril). DOI: 10.1016/j.semerg.2017.09.007

Scholz, K. A. (2020, 8 de maio). Germans rally behind Merkel government's coronavirus response. *DW.COM*. Disponível em: https://www.dw.com/en/germans-rally-behind-merkel-governments-coronavirus-response/a-53366507

Summers, J. et al. (2020). Potential lessons from the Taiwan and New Zealand health responses to the COVID-19 pandemic. The Lancet Regional Health – Western Pacific (4). DOI: 10.1016/j.lanwpc.2020.100044

The Government of the Republic of Korea (2020, 31 March). Tackling COVID-19. Health, Quarantine and Economic Measures: Korean Experience. Development Finance Bureau at Ministry of Economy and Finance (MOEF): Seoul.

The World Bank. (2021). *World Bank Open Data*. The World Bank Group. Disponível em: https://data.worldbank.org/

University of Oxford (2021). Oxford COVID-19 Government Response Tracker. University of Oxford e Blavatnik School of Government. Disponível em: https://covidtracker.bsg.ox.ac.uk/

van de Pas (2020). Globalization Paradox and the Coronavirus pandemic. Clingendael Report. The Hague: Netherlands Institute of International Relations.

Wang, C.; Ellis, S. & Bloomberg (2020, 31 de outubro). How Taiwan's COVID response became the world's envy. *Fortune*. Disponível em: https://fortune.com/2020/10/31/taiwan-best-covid-response/

Woo, J. J. (2020). Policy capacity and Singapore's response to the COVID-19 pandemic. Policy and Society 39 (3), pp. 345-362. DOI: 10.1080/14494035.2020.1783789

World Economic Forum (2021). *The Global Risks Report 2021. 16th Edition. Insight Report*. Washington: World Economic Forum.

World Health Organization [WHO]. (2017). *Pandemic Influenza Risk Management*. World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2019). Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage. 2019 Global Monitoring Report Executive Summary. Genebra: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2020a, 23 de janeiro). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. World Health Organization. Disponível em: https://covid19.who.int/

World Health Organization [WHO]. (2020b). Timeline: WHO's COVID-19 response. World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!

Worldometer (2021, 30 janeiro). COVID-19 Coronavirus pandemic. Disponível em: https://www.worldometers.info/coronavirus/

Yeh, M. J. & Cheng, Y. (2020). Policies Tackling the COVID-19 Pandemic: A Sociopolitical Perspective from Taiwan. *Health Security* 18 (6), pp. 427-434. DOI: 10.1089/hs.2020.0095

You, J. (2020). Lessons from South Korea's Covid-19 Policy Response. *American Review of Public Administration* 50 (6-7), pp. 801-808. DOI: 10.1177/0275074020943708