

## CAPÍTULO 3

---

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

---

**Magda Robalo, MD, MSc<sup>1</sup>**

**Plácido Cardoso, MD<sup>2</sup>**

**Jamila Bathy, MD<sup>3</sup>**

**Joana Cortez, MD, MPH<sup>4</sup>**

**Rachel Schwartz<sup>5</sup>**

*1. Alta Comissária para a COVID-19.*

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

*3. Diretora Clínica do Hospital de Cumura.*

*4. Consultora OMS Guiné-Bissau.*

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

## Resumo

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

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

## Introdução

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

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

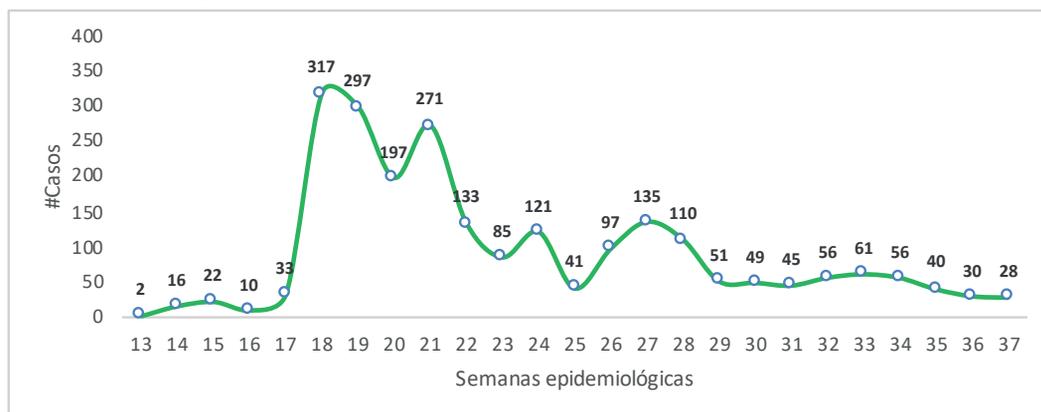
Com uma população de um pouco menos de 2 milhões de habitantes, e a braços com uma grave crise sociopolítica, a Guiné-Bissau registou, em um curto período, uma

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

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

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

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



## Contexto

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

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

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

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

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

O índice de desenvolvimento humano tem sido consistentemente baixo, sendo considerado um dos países mais pobres do mundo. A taxa de crescimento econômico está estimada em 4.5% em 2019<sup>1</sup> e a forte dependência na monocultura do caju tem condicionado o crescimento do PIB.

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

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

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

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

posição<sup>4</sup>. Esperava-se que as lições aprendidas durante a fase de preparação para uma possível epidemia de Ebola pudessem servir para colocar a Guiné-Bissau em um melhor patamar de resposta, com retenção de experiência e práticas, mas ficou registado, com esses resultados, que tal não foi o caso.

## O período pré-pandemia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Evolução da pandemia**

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

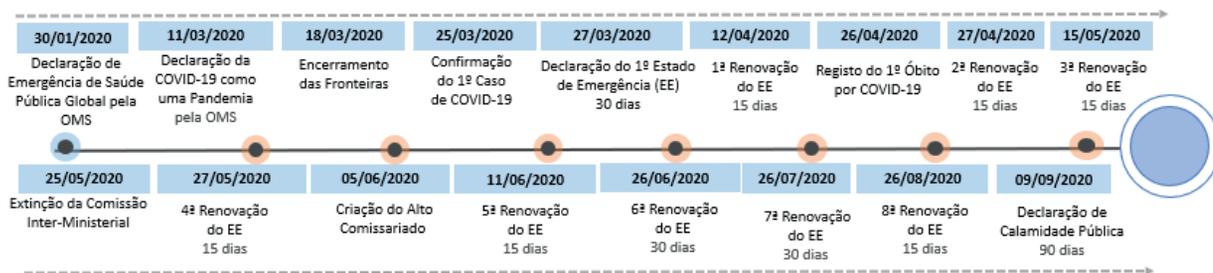
por covid-19. Em 18 de março, as fronteiras da Guiné-Bissau foram encerradas; e, em 27 de março, foi declarado o Estado de Emergência, que viria a ser renovado por oito vezes, até ser suspenso em 8 de setembro de 2020.

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

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

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

Figura 2. Evolução da pandemia na Guiné-Bissau



## Estratégias de resposta

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

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

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

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

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

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

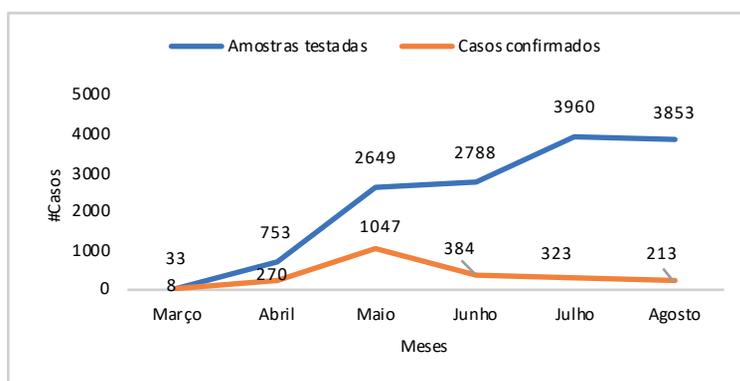
Tendo entrado na lista dos países com casos notificados de covid-19 com um único laboratório capaz de realizar testes em real time de *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR), rapidamente se instalaram os estrangulamentos relacionados com as limitadas capacidades de responder à demanda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

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

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

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

Figura 3. Evolução da capacidade laboratorial



## A interface entre a saúde pública e a medicina hospitalar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **As parcerias público-privadas**

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

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

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

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

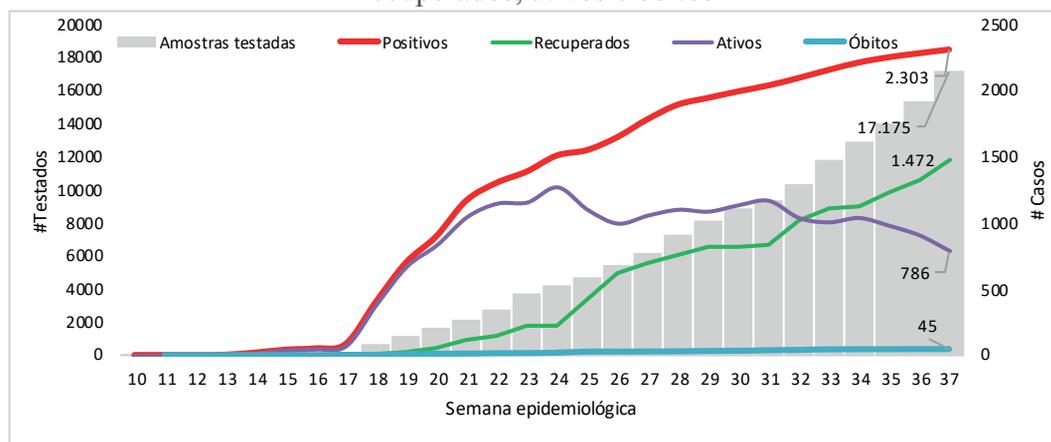
Os dois hospitais da Caritas têm, para além de serviços de radiologia funcionais e laboratórios para análises clínicas funcionais, fábricas de oxigênio com rampas de conexão às camas dos pacientes, uma característica importante no contexto da pandemia de covid-19 (embora a fábrica do hospital de Cumura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

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

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

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

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



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

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

## Quadro 2. Oxigenoterapia: um investimento vital

Um total de 57 doentes, um pouco menos de 40% dos internados, teve necessidade de oxigenoterapia. No início da pandemia, os clínicos guineenses tinham muito pouca experiência na utilização de ventilação não assistida. Não havia concentradores de oxigênio e a produção de oxigênio pelas fábricas em funcionamento no país era limitada. Foi necessário proceder à importação de oxigênio do Senegal e à aquisição de ventiladores e concentradores de oxigênio, com a ajuda dos parceiros de desenvolvimento. Assim, para o consumo dos três centros de tratamento covid-19 em Bissau, entre 7 de julho e 22 de setembro, foi importado um total de 693 botijas de oxigênio (entre 4-10 m<sup>3</sup> e 150-200 bars), por um custo total de cerca de \$180,000 (cerca de 100 milhões de francos CFA). O consumo médio semanal foi de 63 botijas, durante o período mencionado. Torna-se necessário investir na construção de fábricas de oxigênio e rampas de distribuição nos hospitais, para evitar mortes por falta desse gás e reduzir as despesas com compras de botijas e a logística de importação.

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

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

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

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

O Banco Mundial estima que, como consequência da pandemia, 18.400 mulheres guineenses ficariam sem acesso a serviços de planeamento familiar e que poderia ocorrer um aumento de 10% da mortalidade materna<sup>5</sup>.

## O acentuar das desigualdades

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

O governo organizou donativos de gêneros de primeira necessidade para as populações mais desfavorecidas, mas a vasta maioria das famílias, os trabalhadores precários e informais perderam os seus rendimentos devido ao encerramento dos restaurantes, comércios, escolas, interdição de circulação de transportes públicos e mercados, em razão interrupção do circuito de trocas comerciais<sup>6</sup>.

## Desafiando a desvantagem digital

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Serviços essenciais comprometidos**

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

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

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

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

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

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

## **Conclusão**

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

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

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

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

## **Agradecimentos**

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

## **Referências**

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

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

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

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)

