



## **Observatório Fiocruz Covid-19: Informação para ação**

### **Nota Técnica**

#### **Estratégias de enfrentamento da pandemia pela Covid-19 no contexto internacional: reflexões para a ação**

**Adelyne Maria Mendes Pereira**

Enfermeira sanitária, PhD em Saúde Pública (ENSP-Fiocruz). Professora e pesquisadora da ENSP-Fiocruz. Pós doutoranda do grupo de pesquisa em Saúde Global e professora visitante na Universidade das Ilhas Baleares (Espanha).

#### **Como citar:**

Pereira AMM. Estratégias de enfrentamento da pandemia pela Covid-19 no contexto internacional: reflexões para a ação. Nota Técnica. Observatório Fiocruz-Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 32p. DOI: **10.13140/RG.2.2.34886.09288**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>>.

**Julho 2020**

## Sumário

<b>Resumo executivo .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Introdução .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Panorama internacional.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Políticas públicas em resposta à Covid-19: atuação governamental em experiências internacionais .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1 Estratégias e ações políticas em resposta à Covid-19: caso chinês .....</b>	<b>9</b>
<i>Breve contexto e características do sistema de saúde .....</i>	<i>9</i>
<i>Respostas governamentais à Covid-19 .....</i>	<i>11</i>
<b>3.2 Estratégias e ações políticas em resposta à Covid-19: caso alemão.....</b>	<b>14</b>
<i>Breve contexto e características do sistema de saúde.....</i>	<i>14</i>
<i>Respostas governamentais à Covid-19 .....</i>	<i>16</i>
<b>3.3 Estratégias e ações políticas em resposta à Covid-19: caso espanhol .....</b>	<b>20</b>
<i>Breve contexto e características do sistema de saúde .....</i>	<i>20</i>
<i>Respostas governamentais à Covid-19 .....</i>	<i>22</i>
<b>4. Considerações finais e lições aprendidas .....</b>	<b>28</b>
<b>Referências .....</b>	<b>30</b>

## Lista de figuras

<b>Quadro 1. Estratégias e ações políticas para enfrentamento da crise gerada pela pandemia da Covid-19 no contexto internacional .....</b>	<b>4</b>
<b>Tabela 1. Casos e óbitos por Covid-19 nos 10 países mais afetados globalmente e China até 30 de abril de 2020 .....</b>	<b>7</b>
<b>Tabela 2. Casos e óbitos por Covid-19 nos 10 países mais afetados globalmente, Espanha, Alemanha e China até 10 de julho de 2020 .....</b>	<b>7</b>
<b>Figura 1. Representação sintética dos eixos de análise .....</b>	<b>8</b>
<b>Figura 2. Gasto em saúde: percentual do gasto governamental e compulsório; e do gasto privado por desembolso direto das famílias.....</b>	<b>10</b>
<b>Figura 3. Número de médicos e trabalhadores da enfermagem por 10 mil habitantes .....</b>	<b>11</b>
<b>Figura 4. Número de leitos hospitalares por 10 mil habitantes .....</b>	<b>11</b>

## Resumo executivo

### Quadro 1. Estratégias e ações políticas para enfrentamento da crise gerada pela pandemia da Covid-19 no contexto internacional.

Eixos	Estratégias e ações de enfrentamento à crise gerada pela Covid-19
<b>Governança e coordenação nacional</b>	Estratégias e ações desenvolvidas com o objetivo de promover a coordenação nacional das políticas públicas de enfrentamento à crise gerada pela pandemia, envolvendo: <ul style="list-style-type: none"><li>- formulação de um plano nacional acordado, com definição do papel de cada nível de governo;</li><li>- definição de uma estrutura para governança, acompanhamento e avaliação desse plano;</li><li>- equilíbrio entre processos de descentralização e centralização das estratégias e ações;</li><li>- fortalecimento das capacidades político-institucionais nas diferentes instâncias de governo; e</li><li>- incremento dos mecanismos de diplomacia e cooperação intergovernamental.</li></ul>
<b>Controle da propagação da pandemia</b>	Estratégias e ações desenvolvidas com o objetivo de reduzir a transmissão da infecção nos territórios por meio da restrição da mobilidade e do contato social, envolvendo: <ul style="list-style-type: none"><li>- medidas de isolamento de casos e quarentena de contatos;</li><li>- medidas de distanciamento físico ou confinamento comunitário, segundo análise da situação epidemiológica, com:<ul style="list-style-type: none"><li>- manutenção da distância de segurança (1,5 a 2 metros), recomendação do uso de máscara e de higiene pessoal;</li><li>- cancelamento e/ou adiamento de grandes eventos coletivos;</li><li>- suspensão (parcial ou total) de atividades não essenciais;</li><li>- controle de fronteiras terrestres e aéreas, com restrição da circulação de pessoas e mercadorias.</li></ul></li></ul>
<b>Fortalecimento do sistema de saúde</b>	Estratégias e ações desenvolvidas com o objetivo de ampliar a capacidade dos sistemas de saúde para realizar a assistência e a vigilância em saúde, envolvendo: <ul style="list-style-type: none"><li>- aumento da capacidade de leitos e leitos de UTI;</li><li>- aumento da capacidade dos laboratórios públicos para realização de testes diagnósticos (RT-PCR);</li><li>- disponibilização de insumos e equipamentos adequados, incluindo equipamentos de proteção individual (EPI), medicamentos e ventiladores mecânicos;</li><li>- organização dos serviços de saúde, com definição de fluxos e pontos de atenção adequados à realidade locorregional, com destaque para o papel da atenção primária à saúde no teleatendimento e atendimento domiciliário, sempre que possível;</li><li>- aumento da força de trabalho, capacitação e proteção dos trabalhadores;</li><li>- regulação pública do acesso a bens essenciais (medicamentos, máscaras e leitos), com regulação nacional de preços;</li><li>- padronização dos sistemas de registro de dados sobre novos casos, internações e óbitos, com coordenação nacional;</li><li>- articulação entre APS e vigilância epidemiológica para implantação de medidas de detecção rápida de possíveis novos surtos, incluindo a identificação precoce (confirmada por RT-PCR, se possível) e rastreamento de contatos;</li><li>- aumento do investimento em ciência e tecnologia para produção de soluções (terapias e tecnologias) para a crise.</li></ul>
<b>Apoio social e econômico</b>	Estratégias e ações desenvolvidas com o objetivo de garantir proteção social à população, com especial atenção aos mais vulneráveis; e favorecer a retomada das atividades produtivas, comerciais e financeiras, envolvendo: <ul style="list-style-type: none"><li>- políticas de transferência de renda;</li><li>- apoio à manutenção da moradia, como aluguel social, suspensão temporária de pagamentos da hipoteca e contenção de ações de despejo;</li><li>- garantia de acesso a bens essenciais como água, energia elétrica e gás;</li><li>- ampliação do acesso ao seguro-desemprego, incluindo trabalhadores autônomos e informais;</li><li>- apoio fiscal e financeiro às pequenas e médias empresas;</li><li>- concessões fiscais a empresas.</li></ul>
<b>Comunicação com a sociedade</b>	Estratégias e ações desenvolvidas com o objetivo de dar transparência às decisões tomadas no âmbito governamental, de modo que a sociedade possa estar informada e possa participar do processo, envolvendo: <ul style="list-style-type: none"><li>- publicação e difusão de dados epidemiológicos atualizados;</li><li>- manutenção de um painel público sobre a ocupação de leitos hospitalares, incluindo os leitos de UTI;</li><li>- comunicação ampla sobre as medidas de proteção individual e coletiva pelos meios de comunicação.</li></ul>

Fonte: Elaboração própria.

## 1. Introdução

A Covid-19, enfermidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), avança rapidamente. Declarada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020<sup>1</sup>, até 13 de julho, ultrapassou 13 milhões de casos confirmados globalmente e cerca de 570 mil óbitos, sendo aproximadamente 1,8 milhão de casos confirmados e mais de 70 mil óbitos no Brasil (WHO, 2020).

Configura-se como uma emergência sanitária, com alto nível de risco para a população em função da elevada transmissibilidade e da necessidade de atenção hospitalar para cerca de 20% dos casos, com cuidados críticos para cerca de 5% deles (Wu; McGoogan, 2020<sup>2</sup>). Ainda que as maiores taxas de letalidade estejam concentradas nas faixas etárias acima de 60 anos e na população com doenças cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e neoplasias, há ocorrência de casos graves na ausência desses fatores de risco (Huang et al, 2020) e em pacientes mais jovens (China CDC, 2020a; RKI, 2020a).

Diante desse cenário, governos e sociedades de diversas regiões do mundo estão enfrentando um dos maiores desafios sanitários, sociais e econômicos da história recente, que afeta desigualmente populações e territórios mais vulneráveis. Em função disso, podemos afirmar que estamos diante de uma crise humanitária (Lima; Buss; Paes-Sousa, 2020).

Os impactos e resultados dependerão, entre outros fatores, do conjunto de políticas públicas formuladas e implementadas pelos diferentes governos e sua capacidade de compensar as desigualdades que tendem a se aprofundar. Em função disso, essa Nota Técnica teve como objetivo analisar, em perspectiva comparada, estratégias e ações desenvolvidas pelos governos em resposta à Covid-19 em três experiências internacionais.

Reconhecem-se como limites o pequeno número de casos e a dinamicidade da evolução do conhecimento acerca da enfermidade, com efeitos sobre as políticas em curso. Espera-se contribuir para discussão de lições aprendidas e caminhos possíveis na realidade brasileira.

---

<sup>1</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma emergência de saúde pública de interesse internacional em 30 de janeiro de 2020 e uma pandemia em 11 de março de 2020.

<sup>2</sup> Estudo realizado a partir de dados de ocorrência da Covid-19 na China. Do total de casos confirmados (44.415): 81% foram classificados como leves (sem pneumonia ou com pneumonia leve); 14% foram graves (apresentando dispneia, frequência respiratória  $\geq 30$ /min, saturação de oxigênio  $\leq 93\%$ , e/ou infiltrados pulmonares  $>50\%$  dentro de 24 a 48hs); e 5% foram críticos (apresentando insuficiência respiratória, choque séptico e/ou disfunção ou falência múltipla de órgãos).

## 2. Panorama internacional

Este panorama apresenta um breve retrato da situação epidemiológica dos dez países mais afetados globalmente em número de casos confirmados de Covid-19 em dois momentos: 30 de abril, data em que a maioria dos países europeus completava cerca de 50 dias da implementação de estratégias de enfrentamento da pandemia (Tabela 1); e 10 de julho, data em que a última versão desta Nota Técnica foi concluída (Tabela 2).

Ao final de abril, Europa concentrava quase metade de todos os casos registrados no mundo. Os países mais afetados, segundo número de casos confirmados, eram Espanha, Itália, Reino Unido, Alemanha e França, que ocupavam da 2ª a 6ª posição (Tabela 1). Espanha, Itália, Alemanha e França já apresentavam taxas de incremento diário inferiores a 1%, o que pode guardar relação com as medidas de confinamento comunitário (*lockdown*) adotadas e que se aproximavam dos 50 dias naquele momento. O controle da propagação da epidemia por meio do *lockdown* pode estar associado ao fato desses países deixarem a lista dos dez mais afetados em número de casos em 10 de julho, com exceção do Reino Unido, que tomou tais medidas mais tardiamente.

Naquele momento, o Brasil ocupava a 10ª posição mundial em número de casos confirmados de Covid-19 (Tabela 1). Já apresentava o maior incremento diário entre esse conjunto de países (9,2% em 30 de abril) e um número de óbitos crescente (o terceiro maior número de novos óbitos, depois dos EUA e Reino Unido).

Um pouco mais de dois meses depois, em 10 de julho, o quadro dos dez países com maior número de casos confirmados de Covid-19 sofreu alterações importantes. O deslocamento do epicentro da epidemia da Europa para as Américas se confirmou, com destaque para EUA e Brasil, onde o crescimento dos casos foi bastante elevado. Além disso, a lista passou a incluir outros países latinoamericanos (Peru, Chile e México), assim como Índia (com o 3º maior número de casos) e África do Sul (na 9ª posição, porém com o maior incremento diário entre esses países, 6,09%).

Nesse período, EUA se manteve em primeiro lugar, apresentando quase o triplo do número de casos e cerca do dobro de óbitos. Brasil passou da 10ª posição para a 2ª, com um número de casos e óbitos que cresceram aproximadamente 20 e 10 vezes, respectivamente. Esses resultados tão críticos em termos epidemiológicos nos convidam a refletir sobre as opções políticas tomadas pelos governos nacionais nessas duas grandes federações. Em ambos casos, algumas características estão presentes: negacionismo, ausência de medidas de distanciamento físico mais extensivas e de coordenação nacional pactuada entre os entes federativos.

Entre 30 de abril e 10 de julho, China teve um pequeno crescimento em número absoluto de casos (1.060 novos casos) e óbitos (apenas 5). Nesse período, Espanha deixou a 2ª posição global em

número de casos, reduzindo consideravelmente novos casos e óbitos, contudo o impacto da pandemia sobre esse país se faz notar em uma alta mortalidade por 100 mil habitantes (60,82). Alemanha, nesse período, também mostra um controle da epidemia, mantendo o menor número acumulado de óbitos e menor mortalidade por 100 mil habitantes (10,91) entre os países europeus mais afetados.

**Tabela 1. Casos e óbitos por Covid-19 nos 10 países mais afetados globalmente e China até 30 de abril de 2020.**

	Casos confirmados (acumulado)	Novos casos diários	Incremento diário	Incidência Acumulada 100 mil hab (14 dias)	Óbitos* (acumulado)	Mortalidade por 100 mil habitantes	Letalidade**
1. EUA	1.031.659	26.512	2,60%	121,71	60.057	18,36	5,80%
2. Espanha	215.216	1.175	0,5%	63,78	24.824	53,16	11,5%
3. Itália	205.463	1.872	0,90%	60,39	27.967	46,15	13,60%
4. Reino Unido	171.253	6.032	3,70%	102,59	26.771	39,90	15,60%
5. Alemanha	159.119	1.478	0,90%	34,63	6.288	7,58	4,00%
6. França	129.581	1.139	0,90%	30,95	24.376	37,50	18,80%
7. Turquia	120.204	2.615	2,20%	56,11	3.174	3,86	2,60%
8. Rússia	106.498	7.099	7,10%	54,37	1.073	0,74	1,00%
9. Irã	93.657	-	-	19,3	5.957	7,28	6,40%
10. Brasil	85.380	7.218	9,20%	26,23	5.901	2,82	6,90%
China	84.385	12	0,01%	0,04	4.643	0,33	5,50%

Fonte: Organização Mundial da Saúde e, complementarmente, sites das autoridades sanitárias.

Nota: \*Os critérios e estratégias de contagem de óbitos podem variar entre os países. \*\*A letalidade é calculada pelo número de óbitos/total de casos confirmados, podendo ser afetada por subnotificações tanto no numerador quanto no denominador.

**Tabela 2. Casos e óbitos por Covid-19 nos 10 países mais afetados globalmente, Espanha, Alemanha e China até 10 de julho de 2020.**

	Casos confirmados (acumulado)	Novos casos diários	Incremento diário	Incidência Acumulada 100 mil hab (14 dias)	Óbitos* (acumulado)	Mortalidade por 100 mil habitantes	Letalidade**
1. EUA	3.047.671	64.771	2,17%	205,2	132.056	40,37	4,3%
2. Brasil	1.755.779	42.619	2,49%	251,9	69.184	33,02	3,9%
3. Índia	793.802	26.506	3,45%	23,7	21.604	1,60	2,7%
4. Rússia	713.936	6.635	0,94%	74,1	11.017	7,56	1,5%
5. Peru	316.448	3.537	1,13%	149,6	11.314	35,37	3,6%
6. Chile	306.216	3.133	1,03%	251,8	6.682	35,73	2,2%
7. México	282.283	7.280	2,65%	62,9	33.526	26,57	11,9%
8. Reino Unido	287.621	642	0,22%	-	44.602	66,47	15,5%
9. África do Sul	238.339	13.674	6,09%	207,6	3.720	6,44	1,6%
10. Irã	248.379	2.691	1,10%	47,3	12.084	14,77	4,9%
Espanha	253.908	333	-	11,4	28.403	60,82	11,2%
Alemanha	198.178	395	0,20%	8,1	9.054	10,91	4,6%
China	85.445	46	0,05%	0,0	4.648	0,33	5,4%

Fonte: Organização Mundial da Saúde e, complementarmente, sites das autoridades sanitárias.

Nota: \*Os critérios e estratégias de contagem de óbitos podem variar entre os países. \*\*A letalidade é calculada pelo número de óbitos/total de casos confirmados, podendo ser afetada por subnotificações tanto no numerador quanto no denominador.

### 3. Políticas públicas em resposta à Covid-19: atuação governamental em experiências internacionais

Esta Nota Técnica está dirigida à atuação governamental em resposta à crise gerada pela Covid-19. Tem como foco as estratégias e ações políticas desenvolvidas por China, Alemanha e Espanha no âmbito da atual pandemia, ancorando-se nas contribuições do institucionalismo histórico para análise de políticas públicas (Pereira, 2014a). Os eixos que nortearam a análise de cada caso foram (Figura 1):

- **Estrutura de governança e coordenação nacional**
- **Estratégias de controle da propagação da epidemia**
- **Estratégias de fortalecimento dos sistemas de saúde**
- **Estratégias de apoio social e econômico**
- **Estratégias de comunicação com a sociedade**

As características da governança favorecem a compreensão da maior ou menor governabilidade e dos resultados produzidos em cada caso. Devem se somar a análises de outros fatores político-institucionais, estruturais e conjunturais que também os influenciam – estudo que está em desenvolvimento nesse momento.

**Figura 1. Representação sintética dos eixos de análise.**

<b>INSTITUCIONALIDADE DA ATUAÇÃO GOVERNAMENTAL</b>	
<b>Estrutura de GOVERNANÇA e coordenação nacional</b>	<b>Estratégias e ações políticas em resposta à Covid-19:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• de controle da propagação da epidemia</li><li>• de fortalecimento dos sistemas de saúde</li><li>• de apoio social e econômico</li><li>• de comunicação com a sociedade</li></ul>

Fonte: Elaboração própria.

Realizou-se um estudo multicasos (Meny; Thoenig, 1992; Mahoney; Rushmayer, 2003). A seleção dos mesmos está relacionada a alguns critérios: países populosos e com economias importantes; sistemas de saúde de diferentes tipos, com participação estatal; fase mais tardia de enfrentamento da pandemia, com número expressivo de casos de Covid-19; e resposta ativa do Estado no seu enfrentamento. Além disso, China, por ter sido o primeiro país a enfrentar a pandemia e, logo, o primeiro a desenvolver medidas de enfrentamento; Alemanha, por se destacar por um reduzido número de óbitos por Covid-19 no contexto europeu (7,5 óbitos por 100 mil habitantes e letalidade de 4% em 30 de abril – Tabela 1); e Espanha, por haver se tornado o país mais afetado da Europa em

número de casos em 30 de abril (Tabela 1).

As estratégias e técnicas usadas envolveram o levantamento e análise de (1) publicações científicas disponíveis no repositório da *PubMed* e *Web of Science*; (2) legislações, documentos oficiais e relatórios de órgãos governamentais (com destaque para os Ministérios da Saúde e da Economia, em cada caso); (3) dados secundários disponíveis em bases internacionais de informações comparadas (OECD Stat e WHO) e nacionais (Ministérios da Saúde de cada país). O período de coleta abrangeu os meses de março a junho de 2020.

No enfrentamento à crise gerada pela Covid-19, três fatores tem sido considerados chave para a resiliência dos sistemas sanitários: gasto em saúde (proporção pública e privada) (OECD Stat), número de médicos e trabalhadores da enfermagem por 10 mil habitantes (WHO) e número de leitos por 10 mil habitantes (OECD Stat). Considerando a influência da estrutura e organização do sistema de saúde para as respostas à Covid-19, foi apresentado um breve contexto e características desses sistemas, partindo desses fatores.

### **3.1 Estratégias e ações políticas em resposta à Covid-19: caso chinês**

#### ***Breve contexto e características do sistema de saúde***

A China é o país mais populoso do mundo, com 1,415 bilhão de habitantes (OECD Stat, 2020) e o mais extenso da Ásia Oriental<sup>3</sup>. É um dos países com maior crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) nos últimos anos, mas ainda enfrenta consideráveis desigualdades de renda (27,4%), na educação (11,7%) e na expectativa de vida (7,9%) (dados de 2018, UNDP, 2020). Com respeito aos resultados em saúde, houve melhoras na esperança de vida (76,7 anos em 2018), na mortalidade infantil (13,2 por 1.000 nascidos vivos) e na mortalidade materna (27 mulheres por 100 mil nascidos vivos) no período recente (UNDP, 2020). A incidência de tuberculose está em 63 casos por 100 mil habitantes (em 2017), taxa que pode ser considerada elevada (UNDP, 2020).

O sistema de saúde chinês está baseado na organização de seguros compulsórios estratificados, com financiamento tripartite (Estado, empregador e trabalhador). Há quatro tipos de seguros: Regime de Seguro de Governo (RSG), que cobre os funcionários públicos; Regime de Seguro do Trabalho (RST), que cobre os trabalhadores formais; Regime de Segurança Social Urbano (RSSU), voltado para os trabalhadores autônomos e desempregados; e Regime de Medicina Cooperativa Rural (RMCR), para os trabalhadores rurais (Silva, 2015). A atenção é oferecida em hospitais (públicos e privados),

---

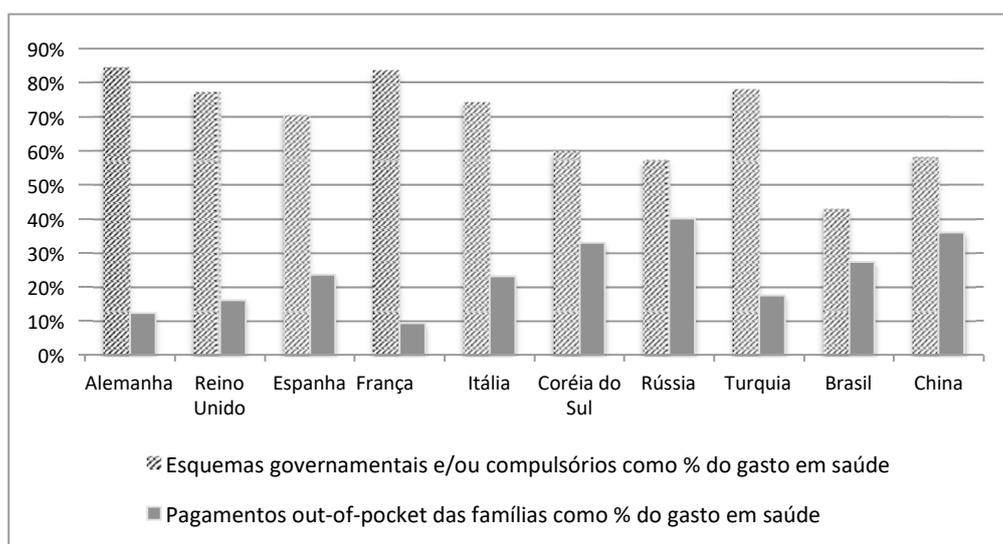
<sup>3</sup> República Popular da China, instituída em 1949, governada por Xi Jinping (Partido Comunista Chinês), que tem jurisdição sobre 22 províncias, cinco regiões autônomas (Xinjiang, Mongólia Interior, Tibete, Ningxia e Guangxi), quatro municípios (Pequim, Tianjin, Xangai e Chongqing) e duas Regiões Administrativas Especiais com grande autonomia (Hong Kong e Macau).

serviços de atenção primária e serviços profissionais de saúde pública (China CNS, 2020a).

O gasto em saúde chinês é de cerca de 5% do PIB, sendo considerado baixo (OECD Stat, 2020). Do total do gasto em saúde (Figura 2), cerca de 58% correspondem a esquemas governamentais e compulsórios; e o restante a pagamentos por desembolso direto das famílias (que pode incluir gastos com medicamentos, consultas com médicos privados, assistência odontológica ou de cuidados paliativos, por exemplo). O país conta com 19,8 médicos por 10 mil habitantes e 26,6 trabalhadores da enfermagem por 10 mil habitantes (WHO, 2020b), números semelhantes aos da Turquia e abaixo dos demais países apresentados na Figura 3. Sobre a infraestrutura hospitalar, a China possui 42 leitos por 10 mil habitantes (OECD Stat, 2020), número inferior ao da Alemanha, França, Coréia do Sul e Rússia, mas superior ao da Espanha, Itália, Reino Unido, Brasil e Turquia (Figura 4).

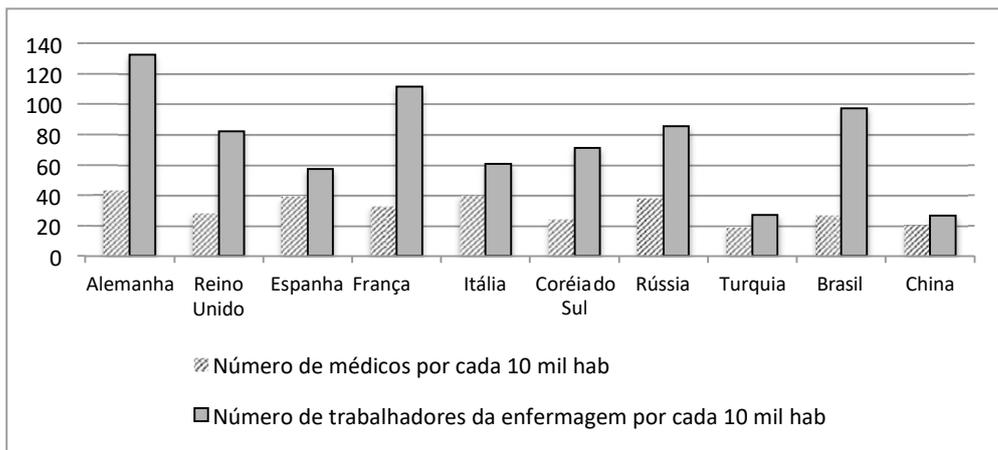
Esses três fatores, gasto em saúde, e particularmente gasto público em saúde, disponibilidade de força de trabalho e estrutura hospitalar, são recursos fundamentais para o enfrentamento da crise promovida pela Covid-19. Os dados apresentados nas Figuras 2, 3 e 4 sugerem que o sistema de saúde chinês poderia não ter resiliência suficiente para responder à demanda gerada. Diante disso, cabe questionar: Como a China organizou suas estratégias de enfrentamento à Covid-19? Quais foram seus pontos fortes?

**Figura 2. Gasto em saúde: percentual do gasto governamental e compulsório; e do gasto privado por desembolso direto das famílias.**



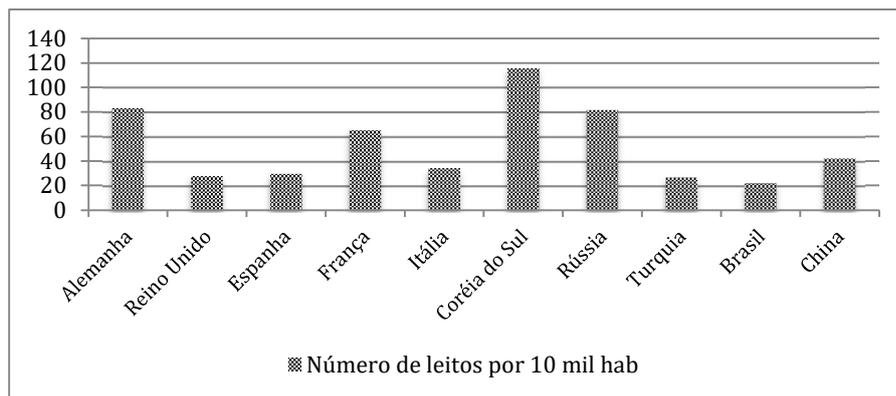
Fonte: OECD Stat. Último dado disponível (2017-2018). Disponível em: <https://stats.oecd.org/>. Acesso abr. de 2020.

**Figura 3. Número de médicos e trabalhadores da enfermagem por 10 mil habitantes.**



Fonte: WHO. Dados referentes a 2018. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/>. Acesso abr. de 2020b.

**Figura 4. Número de leitos hospitalares por 10 mil habitantes.**



Fonte: OECD Stat. Último dado disponível (2017-2018). Disponível em: <https://stats.oecd.org/>. Acesso abr. de 2020.

### **Respostas governamentais à Covid-19**

Casos de uma pneumonia de etiologia desconhecida foram identificados na cidade de Wuhan, província de Hubei na China, em 26 de dezembro de 2019. A partir de então, a autoridade sanitária em Wuhan notificou a autoridade nacional, que reportou a situação à OMS, segundo Wu e McGoogan (2020). De acordo com os autores, as ações de investigação epidemiológica foram iniciadas, com o fechamento do Mercado de Huanan em 31 de dezembro de 2019, a identificação do novo coronavírus em 07 de janeiro de 2020 e a confirmação da transmissão humano a humano em 20 de janeiro, com a inclusão da Covid-19 como doença de notificação obrigatória.

Três dias depois de confirmar a transmissão humano a humano (em 23 de janeiro de 2020), as ações

de confinamento comunitário (*lockdown*) foram estabelecidas em Wuhan<sup>4</sup>, estendendo-se para outras 15 cidades da província de Hubei no dia seguinte, atingindo cerca de 60 milhões de pessoas. Além disso, o feriado nacional (celebração do Ano Novo Lunar, de 25 a 31 de janeiro) foi estendido até 10 de fevereiro, com suspensão das atividades escolares e laborais (com exceção de trabalhadores de áreas críticas, como saúde, segurança, serviços de alimentação e de produtos farmacêuticos) em todo o território nacional (Wu; McGoogan, 2020). Nesse momento, já haviam casos de Covid-19 registrados fora de Hubei e em países vizinhos à China (Huang et al, 2020).

A China utilizou as ações tradicionais de resposta a surtos promovendo, em grande escala, isolamento dos enfermos, quarentena dos contatos, distanciamento físico e confinamento comunitário, em diferentes graus, a depender da expansão do contágio (ou seja, da situação epidemiológica) em cada território. Cinquenta dias após a implementação dessas ações, avaliou-se que elas foram exitosas no controle do avanço da epidemia no país (Tian et al, 2020). Dois pontos de destaque no caso chinês foram: (i) contenção do foco da epidemia, por meio do rápido estabelecimento das ações de *lockdown* em Wuhan e outras cidades de Hubei; e (ii) cancelamento de grandes eventos e controle de fronteiras nas rodovias, estações de trem e aeroportos das demais regiões do país, para identificar novos casos e suas origens, com a instituição de quarentena para os viajantes (14 dias para todos os que chegassem de outro país, província ou cidade).

A China investiu maciçamente em controle de contatos e assistência sanitária, o que sugere que a fortaleza da sua resposta à crise gerada pela Covid-19 está justamente nos dois primeiros grupos de estratégias identificados nessa Nota Técnica: controle da propagação da pandemia e fortalecimento do sistema de saúde. Segundo a Comissão Nacional de Saúde da China, até o final de abril, foram notificados cerca de 85 mil casos, sendo rastreados mais de 730 mil contatos próximos, dos quais 7.539 estão sob observação médica (China NHC, 2020b).

Além disso, estratégias de apoio socioeconômico e de comunicação com a sociedade também foram desenvolvidas. Todas essas estratégias estiveram/estão sob governança centralizada por meio de duas estruturas de coordenação ligadas à Comissão Nacional de Saúde da China (análoga ao Ministério da Saúde brasileiro): Grupo de Liderança Central para Resposta à Epidemia (*Central Leadership Group for Epidemic Response*) e Mecanismo Conjunto de Prevenção e Controle (*Joint Prevention and Control Mechanism*) (WHO-China, 2020).

---

<sup>4</sup> A ações do tipo *lockdown* envolvem o mais alto grau de distanciamento físico, denominado confinamento comunitário, o que significa dizer que nesse período toda a população terá sua mobilidade restringida, sendo permitida a circulação apenas para aquisição de bens e serviços considerados essenciais, bem como dos trabalhadores que atuam nesses serviços. Em Wuhan, tais ações duraram 76 dias, com a reabertura do aeroporto e das estações de trem em 08 de abril de 2020 (China NHC, 2020c).

Para ampliar a capacidade de assistência sanitária, a China construiu dois novos hospitais em Wuhan, com 2.600 leitos de UTI para atender aos casos críticos, e outros três hospitais de campanha, com 12 mil leitos. Esta resposta foi extraordinariamente rápida: as obras começaram no segundo dia do *lockdown* e os hospitais estavam prontos 10 dias depois. Também foram providenciados hotéis hospitalizados<sup>5</sup> e foi ampliada a capacidade de realização de testes diagnósticos (baseados sobretudo na identificação da carga viral, por meio da técnica RT-PCR). O país garantiu diagnóstico e tratamento em serviços públicos, financiados por recursos do governo central, e para o funcionamento dos novos hospitais deslocou cerca de 42.000 profissionais de saúde do restante da China para a província de Hubei. Além disso, visitas domiciliares foram realizadas a todos os residentes de Wuhan para rastreamento de potenciais casos (WHO-China, 2020; BCG Henderson Institute, 2020).

No que diz respeito às estratégias de apoio social e econômico, a China implementou medidas de isenção de impostos para as empresas e o Banco Central criou fundos especiais de empréstimos, totalizando 45 bilhões de dólares, para fornecer suporte a crédito com taxa de juros preferencial. O governo também ofereceu subsídios financeiros para aqueles que estavam em confinamento comunitário, com suspensão da cobrança de serviços de água, energia elétrica e internet (BCG Henderson Institute, 2020; Johns Hopkins CRC, 2020).

A reabertura dos locais de trabalho tem sido feita mediante o uso obrigatório de máscaras, manutenção da distância mínima de 1,5 metro, monitoramento da temperatura (tanto dos trabalhadores quanto dos consumidores) e desinfecção regular do ambiente. A governança central foi mantida, e a Comissão Nacional de Saúde da China publicou em 07 de março de 2020 uma atualização do Protocolo para Prevenção e Controle da Covid-19<sup>6</sup>, definindo os critérios de risco epidemiológico territorial (baixo, médio e alto risco) e as ações de controle e prevenção apropriadas para cada um deles. A proposta era que novos casos fossem precocemente detectados, informados, isolados e tratados e, com base em estratégias coordenadas de vigilância epidemiológica junto aos serviços sanitários e orientações claras à população para que mantivessem os cuidados preventivos em nível individual (China CDC, 2020b).

Novas tecnologias estão sendo aplicadas, como o uso de *big data* e inteligência artificial (IA), para fortalecer o rastreamento de contatos e o monitoramento de populações prioritárias. Ações de promoção e educação em saúde pública estão sendo desenvolvidas junto à população no conjunto

---

<sup>5</sup> Pacientes com COVID-19 foram isolados e tratados em alas específicas dos hospitais existentes e nos novos hospitais. Pessoas que haviam estado em contato com casos de COVID-19 foram orientadas a permanecer em quarentena domiciliar ou em hotéis hospitalizados, onde o surgimento de sintomas poderia ser acompanhando, quando necessário (Wu; McGoogan, 2020).

<sup>6</sup> Essa é a sexta atualização, em conformidade com a legislação nacional (em inglês: *Law of the People's Republic of China on the Prevention and Treatment of Infectious Diseases; e Regulations on Emergency Response to Public Health Emergencies*).

de medidas de controle e prevenção. Dada a natureza organizativa do sistema de saúde chinês (em quatro tipos de seguros, como já comentado anteriormente), foram promulgadas regulamentações relevantes sobre pagamento do seguro saúde, atendimento fora do local habitual e compensação financeira, visando garantir o acesso. Também foi iniciado um programa de pesquisa científica de emergência para desenvolver diagnósticos, terapias e vacinas, delinear o espectro da Covid-19 e identificar características do novo coronavírus (WHO-China, 2020).

Em um balanço geral, pode-se afirmar que a China tem desenvolvido boas estratégias de enfrentamento da crise gerada pela Covid-19. A capacidade de planejamento e gestão do Estado, inclusive em termos fiscais, e sua capacidade de produção nacional de insumos (EPI, ventiladores mecânicos e reagentes para testes diagnósticos) podem ser associadas positivamente à governança dessas estratégias. Os resultados parciais evidenciam que esse foi um aspecto-chave para o rápido investimento em expansão da estrutura hospitalar, aumento na capacidade de realização de testes diagnósticos e coordenação das ações de mobilidade de pessoas e tráfego. Permanecem desafios sanitários, sociais e econômicos, e a capacidade de resposta da China deve continuar sendo monitorada. Na perspectiva da saúde global, vale acompanhar qual será o papel da China na construção de estratégias de cooperação internacional de enfrentamento da Covid-19.

### **3.2 Estratégias e ações políticas em resposta à Covid-19: caso alemão**

#### ***Breve contexto e características do sistema de saúde***

A Alemanha possui a maior população da União Europeia (cerca de 83 milhões de habitantes em 2018) (OECD, 2020), o quarto maior PIB do mundo<sup>7</sup> e sustenta alto índice de desenvolvimento humano, com baixa desigualdade na educação (2,7%) e na expectativa de vida (3,8%), ainda que com uma moderada desigualdade de renda (17,7%) (dados de 2018, UNDP, 2020). Com respeito aos resultados em saúde, possui uma alta expectativa de vida (81,2 anos em 2018), baixa mortalidade infantil (3,3 por 1.000 nascidos vivos) e baixa mortalidade materna (6,6 mulheres por 100 mil nascidos vivos) (UNDP, 2020). A incidência de tuberculose, em 2017, foi de 7,5 casos por 100 mil habitantes, taxa que também pode ser considerada baixa (UNDP, 2020).

A Alemanha possui um sistema público de saúde do tipo seguro social (*Gesetzlicher Krankenversicherung – GKV*), com alto nível de oferta de serviços e bom acesso aos cuidados em saúde (OECD; WHO, 2019a). Quase a totalidade da população (87%) está coberta pelo sistema

---

<sup>7</sup> A Alemanha é uma república federativa parlamentarista, formada por 16 estados (em alemão, *Länder*). Seu crescimento econômico medido pelo PIB a deixa na quarta posição mundial, depois dos EUA, China e Japão, segundo dados do Banco Mundial para 2018 (<https://www.worldbank.org/>).

público<sup>8</sup>, que é financiado por recursos tributários oriundos de três vias: trabalhadores, empregadores e governo. Os recursos financeiros públicos compõem o Fundo Central de Saúde (*Gesundheitsfonds*), de onde são transferidos para as Caixas de Doença (que podem ser consideradas estruturas intermediárias de gestão do sistema público) (OECD; WHO, 2019a).

A governança do sistema de saúde alemão está organizada em três níveis: nível federal (Ministério da Saúde), que possui um importante papel na formulação de políticas públicas nacionais, na regulação e no financiamento do sistema, incluindo responsabilidades no controle de emergências sanitárias, como a atual; nível estadual (*Länder*), com um papel de destaque no planejamento e realização de investimentos de capital nos hospitais, bem como funções de vigilância em saúde pública segundo normativas nacionais; e corporações de auto-gestão, incluindo as Caixas de Doença e os prestadores, que se reúnem no Comitê Conjunto Federal (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), responsável pela construção de regulamentos vinculantes às normativas nacionais dirigidos aos prestadores, pagadores, pacientes e fornecedores, em matérias relativas aos serviços cobertos pelo sistema público (OECD; WHO, 2019a).

O gasto em saúde alemão é de 11,2% do PIB, estando acima da média dos países da OCDE (8,8%) em 2018 (OECD Stat, 2020). Do total do gasto em saúde (Figura 2), cerca de 85% correspondem a esquemas governamentais e compulsórios; e o restante a pagamentos por desembolso direto das famílias (desse montante, vale destacar que 4,2% são gastos em cuidados paliativos, 2,2% com medicamentos e 1,7% com assistência odontológica) (OECD; WHO, 2019a).

No que diz respeito à força de trabalho, o país conta com 42,5 médicos por 10 mil habitantes e 132,3 trabalhadores da enfermagem por 10 mil habitantes (WHO, 2020b). Tais cifras estão entre as mais altas da União Europeia, sendo também a mais alta entre o conjunto de países apresentados na Figura 3 (comparando com a China, por exemplo, seria cerca do dobro do número de médicos e em torno de quatro vezes o número de trabalhadores de enfermagem).

Sobre a estrutura hospitalar, a Alemanha possui 82,8 leitos por 10 mil habitantes (OECD Stat, 2020), situando-se entre os números mais altos da União Europeia, cifra semelhante à da Rússia e um pouco inferior à da Coreia do Sul, como mostra a Figura 4. A Alemanha também possui o mais alto número de leitos de terapia intensiva da União Europeia (2,92 leitos de UTI/10 mil hab), sobretudo quando comparado com outros países europeus afetados pela Covid-19, como Reino Unido (0,66 leitos de

---

<sup>8</sup> Sobre a cobertura no sistema de saúde alemão: a população de alta renda pode eleger aderir a um sistema privado de saúde, nesse caso, ela não terá dupla cobertura. É o caso de 11% da população alemã, que tem um seguro privado de saúde ofertado por uma das 41 empresas atuantes no país. Os militares também possuem um esquema próprio de seguro saúde. Migrantes, refugiados e asilados passam a ter acesso integral ao sistema de saúde após 15 meses de residência. Cabe destacar que, desde a legislação de 2009, aderir a um seguro de saúde (público ou privado) é obrigatório na Alemanha (OECD; WHO, 2019a).

UTI/10 mil hab), Espanha (0,97 leitos de UTI/10 mil hab), França (1,16 leitos de UTI/10 mil hab) e Itália (1,25 leitos de UTI/10 mil hab).

Entre as características do sistema de saúde alemão, identifica-se: alto gasto em saúde, e particularmente alto gasto público em saúde; alta disponibilidade de força de trabalho; e ampla estrutura hospitalar (como mostram as Figuras 2-4). Tais fatores podem ser considerados pontos fortes do caso alemão. Cabe perguntar como o país organizou suas estratégias de enfrentamento da pandemia.

### **Respostas governamentais à Covid-19**

A Alemanha registrou, até o final de abril, 159.119 casos confirmados e 6.288 óbitos por Covid-19 (Tabela 1). Tais resultados foram avaliados positivamente, dado que o país tem uma população considerada envelhecida (fator de risco reconhecido) e teve todos os seus 16 estados afetados, ainda que em graus diferentes. Sobre esse último aspecto, cabe destacar que as maiores incidências acumuladas (casos por 100 mil habitantes) foram identificadas em quatro regiões: Bavaria (330), Baden-Wuttemberg (293), Saarland (264) e Hamburg (252) (RKI, 2020). Segundo os informes epidemiológicos, a maioria dos casos (67%) tinha entre 15 e 59 anos, sendo 52% mulheres e 48% homens (RKI, 2020).

Por volta do dia 20 de março, a avaliação de risco da Covid-19 pelo Instituto Robert Koch foi alterada para muito alta. Naquele momento, a Alemanha registrava cerca de 19 mil casos de Covid-19 e 55 óbitos (WHO, 2020), cifras de casos muito semelhantes às da Espanha ou França no mesmo período, porém com um número de óbitos muito menor, o que fez com que muitos analistas se perguntassem o porquê dessa diferença. Como será apresentado a seguir, provavelmente, a conjunção de capacidade assistencial, capacidade de realização de registro e notificação dos casos, amparada pela capacidade de realização de testes diagnósticos, capacidade de implementação de ações coordenadas territorialmente de controle da propagação da epidemia, além de uma estrutura de governança federativa, explicam o menor número de óbitos por Covid-19 na Alemanha.

Um dos pontos fortes do caso alemão está na estratégia de governança federativa construída, com a implementação de um plano nacional de enfrentamento da pandemia acordado entre governo federal e governos estaduais (por meio de reuniões regulares do *Bundesrat*<sup>9</sup>), com apoio do

---

<sup>9</sup> O *Bundesrat* (em alemão) é o órgão federal de representação dos estados (*Länder*). Por esse motivo, poderia ser comparado ao Senado no Brasil, contudo, possui uma especificidade: é integrado por representantes dos 16 estados, que podem ser os próprios chefes do Executivo ou indicados por eles. Apesar dos analistas considerarem que a federação alemã possui um sistema unicameral, o *Bundesrat* é considerado parte do poder legislativo, pois participa das decisões sobre as leis federais que envolvem competências dos *Länder*, bem como em matérias relativas à União Europeia.

parlamento (*Bundestag*<sup>10</sup>). Assim, foram publicadas duas leis federais para fortalecer a capacidade do sistema de saúde e outorgar ao Ministério da Saúde condições de coordenar as ações de enfrentamento da epidemia. Ambas foram muito importantes para garantir uma resposta coordenada à pandemia no âmbito da federação alemã.

Uma dessas leis<sup>11</sup> abordou os mecanismos para ampliar o financiamento dos hospitais e outros serviços de saúde no âmbito da Covid-19. As medidas previstas significaram um aumento de 2,8 bilhões de euros para que os hospitais reprogramassem intervenções e mantivessem seus leitos disponíveis para pacientes acometidos pela Covid-19, pagos com orçamento federal. Além disso, outros 6,3 bilhões de euros foram destinados para que a capacidade de leitos de UTI fosse aumentada, a aquisição de EPI fosse ampliada e a força de trabalho fosse reforçada, além da expansão da capacidade de atendimento ambulatorial. A lei também previu a flexibilização de processos administrativos para compra de insumos e contratação de pessoal. Os lares de idosos, considerados população de risco, também foram contemplados com apoio financeiro para que implementassem ações de prevenção da infecção (Bundesgesetz, 2020a).

A segunda lei<sup>12</sup> reconheceu a Covid-19 como uma situação epidêmica de importância nacional, outorgando ao governo federal competências adicionais para coordenar as decisões. Esta lei autorizou o Ministério da Saúde a tomar medidas para proteger a população e garantir a atenção à saúde, ampliando suas atribuições sobre a regulação: da notificação compulsória e investigação epidemiológica de casos e contatos; do controle sanitário nas fronteiras (rodovias, estações de trem e aeroportos); das medidas para manutenção do abastecimento básico de medicamentos, EPI e testes diagnósticos; de matérias que em geral são reguladas pelas corporações de auto-gestão; e de normativas para funcionamento de instalações médicas e de cuidados, incluindo flexibilidades legais para construção de novas instalações médico-hospitalares em curto prazo, se necessário (Bundesgesetz, 2020b).

Como visto, o sistema público de saúde alemão conta com um dos maiores números de leitos e leitos de UTI por 10 mil habitantes da Europa (cerca do dobro do número da Itália, por exemplo) e uma capacidade laboratorial que lhe permitiu realizar alto número de testes RT-PCR para diagnóstico de novos casos (chegaram a fazer cerca de 120 mil testes por dia) (RKI, 2020). Essa capacidade laboratorial tem sido positivamente associada ao sucesso das estratégias de controle da propagação da pandemia, pois permitiu uma extensa identificação de novos casos e rastreamento de contatos,

---

<sup>10</sup> O *Bundestag* (em alemão) é o parlamento da República Federal da Alemanha, composto atualmente por cerca de 700 deputados eleitos diretamente pelos cidadãos.

<sup>11</sup> Lei para compensar as cargas financeiras relacionadas com a Covid-19 em hospitais e outros serviços de saúde (Bundesgesetz, 2020a).

<sup>12</sup> Lei para proteger a população em uma situação epidêmica de alcance nacional (Bundesgesetz, 2020b).

colaborando para que os focos da pandemia pudessem ser controlados territorialmente. Provavelmente, a subnotificação de casos de Covid-19 é menos acentuada na Alemanha que em outros países atingidos.

No que diz respeito às estratégias de controle da propagação da epidemia, é importante destacar que, mediante uma governança federativa, todos os estados implementaram medidas extensivas para promover o distanciamento físico desde o dia 12 de março, ou seja, a decisão nesse sentido foi rápida e precoce. Tais medidas foram alvo de Resoluções conjuntas dos governos federal e estaduais, e seguiram sendo monitoradas regularmente no âmbito do *Bundesrat*.

As Resoluções definiram as ações de isolamento de casos, quarentena de contatos e de confinamento comunitário (*lockdown*), prevendo a redução de contatos com pessoas fora da sua residência ao mínimo necessário e manutenção da distância mínima de 1,5 metro em espaços públicos. Adicionalmente, estabeleceu-se a suspensão de atividades escolares, suspensão de reuniões religiosas e eventos coletivos, fechamento de estabelecimentos de atividades consideradas não essenciais, controle de fronteiras com restrições de viagens domésticas e internacionais e restrições de deslocamentos individuais a locais não essenciais, com manutenção dos deslocamentos para o trabalho e para realização de atividade física, sempre individual<sup>13</sup>. Além disso, previu-se que os estabelecimentos em funcionamento deveriam manter desinfecção regular e medidas de proteção dos trabalhadores e consumidores (Die Bundesregierung, 2020a).

Cinquenta dias após o início das medidas do tipo *lockdown*, a Alemanha apresentou uma redução substantiva no incremento diário de casos e um fator de contágio inferior a 1 (número de reprodução  $R=0,71$ , com intervalo de confiança de 95% entre 0,59 e 0,82, segundo RKI, 2020), o que significa que um caso já infectava menos de uma pessoa. Essa avaliação permitiu que um plano de retomada gradual das atividades econômicas e da vida social começasse a ser implementado a partir de 04 de maio.

Esse plano de “retorno à normalidade” foi desenvolvido por etapas, a partir do monitoramento dos indicadores de risco epidemiológico e da capacidade do sistema sanitário em cada estado (*Länder*). Para isso, foram feitas projeções de ocupação dos leitos segundo diferentes cenários de crescimento do fator de contágio. Dois pontos fundamentais desse plano foram o uso obrigatório de máscaras, sobretudo no transporte público e no comércio, e a manutenção da distância de segurança (mínimo

---

<sup>13</sup> Há uma larga discussão sobre a definição das atividades essenciais e variações da mesma entre os países que adotaram medidas do tipo *lockdown*. O que se observou nos casos aqui analisados (tanto no alemão, quando no espanhol, que será apresentado a seguir) é que elas foram adaptadas às realidades nacionais. Os “deslocamentos para o trabalho” aqui citados referem-se àqueles cujo funcionamento não foi suspenso, dada que a modalidade de teletrabalho foi implementada sempre que possível. No caso alemão, a lista completa pode ser consultada em Die Bundesregierung (2020a).

de 1,5 metro) em ambientes públicos. Respeitando e se adaptando a essas recomendações, inicialmente, foram retomadas as atividades escolares<sup>14</sup>, de prestação de serviços e de alguns comércios, responsabilizados pela manutenção da higiene do ambiente e por medidas para evitar aglomerações. Reuniões religiosas, viagens e visitas privadas seguem suspensas na primeira etapa do plano. Grandes eventos estão suspensos, a priori, até 31 de agosto. Também se destaca a manutenção dos cuidados com os grupos mais vulneráveis, incluídos os idosos que vivem em instituições (Die Bundesregierung, 2020b).

Uma das preocupações centrais do plano de “retorno à normalidade” é identificar e interromper precocemente uma cadeia de infecção. Para isso, o plano se apoiou em um sistema de vigilância epidemiológica capaz de identificar rapidamente novos casos e contatos, valendo-se do registro e envio informatizado dos resultados do RT-PCR para o Instituto Robert Koch e do rastreamento digital por meio de um aplicativo de celular. A Alemanha tem uma alta capacidade de realização de testes RT-PCR (até 650.000 testes por semana), um dos seus pontos fortes para detectar novos casos, e além disso disponibilizou ao sistema público de saúde 3 milhões de testes sorológicos (baseados na identificação de anticorpos ao SARS-Cov-2), produzidos nacionalmente, para fins de uma investigação epidemiológica (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Sabe-se que um fator de êxito para o controle da pandemia tem sido a realização do teste diagnóstico mais apropriado no momento mais adequado. Para isso, no caso alemão, a realização de testes está estreitamente coordenada entre o Instituto Robert Koch e os serviços de saúde dos estados e municípios, visando favorecer a identificação precoce de pessoas enfermas e iniciar de imediato seu isolamento, seguimento e quarentena de contatos, bem como o tratamento necessário. No campo da pesquisa e desenvolvimento tecnológico, a Alemanha tem investido em empresas nacionais e organizações internacionais para apoiar o desenvolvimento de uma vacina, além de investir em investigações epidemiológicas, junto dos estados e em colaboração com a OMS, para estudar medicamentos potenciais e a determinação de imunidade ao SARS- Cov-2 (Die Bundesregierung, 2020b).

O sistema de saúde alemão foi fortalecido, com aumento do financiamento público e dos leitos hospitalares (ampliados em cerca de 40%) e manutenção de um sistema digital unificado que reúne todos os leitos do país, permitindo o acompanhamento das taxas de ocupação e identificação das localidades onde há leitos disponíveis. Essa ação, além de ampliar a transparência, favoreceu a geração de confiança por parte da sociedade, que pôde contar com ações de comunicação claras ao longo da pandemia (RKI, 2020).

---

<sup>14</sup> Foram retomadas apenas as atividades escolares nas séries mais avançadas para que pudessem se preparar para os exames de ingresso à universidade.

Um balanço geral permite afirmar que a boa gestão da crise gerada pela Covid-19 no caso alemão é resultado de uma combinação das estratégias de controle da propagação da epidemia e de fortalecimento do sistema sanitário, organizadas sob uma governança federativa exitosa, coordenada desde o governo central. Seguramente, tais estratégias se beneficiaram da estrutura robusta do sistema de saúde, tanto no que diz respeito à capacidade hospitalar e laboratorial, quanto à força de trabalho. A esses elementos, soma-se o fato de que a Alemanha reúne uma indústria nacional de equipamentos médico-hospitalares e EPI, outro importante ponto forte que pode ser associado ao sucesso logrado pelo país com a obtenção do menor número de óbitos por Covid-19 no contexto europeu.

Assim como outros países do continente europeu, a Alemanha tem que lidar com aumento do desemprego e piora nos índices de crescimento econômico, contudo, seus desafios vão além dos seus limites territoriais e se relacionam ao próprio futuro da União Europeia no pós-pandemia. A pandemia expôs a competição por insumos e equipamentos entre os países do bloco e as dificuldades para construção de consensos em torno das ajudas econômicas aos países mais afetados. Cabe a Alemanha encontrar um caminho para a coesão do bloco europeu, importante para sua própria recuperação econômica.

### **3.3 Estratégias e ações políticas em resposta à Covid-19: caso espanhol**

#### ***Breve contexto e características do sistema de saúde***

A Espanha é o segundo maior país da União Europeia em extensão territorial (505.987 Km<sup>2</sup>, depois da França) e o quinto maior em população (46,7 milhões de habitantes em 2018, OECD, 2020), depois da Alemanha, França, Reino Unido e Itália. Possui um alto índice de desenvolvimento humano, com baixa desigualdade na expectativa de vida (3%), ainda que com uma moderada desigualdade na educação (17,1%) e na distribuição de renda (21,9%) (dados de 2018, UNDP, 2020). Com respeito aos resultados em saúde, possui uma alta esperança de vida (83,4 anos em 2018), baixa mortalidade infantil (2,7 por 1.000 nascidos vivos) e baixa mortalidade materna (5,5 mulheres por 100 mil nascidos vivos) (UNDP, 2020). A incidência de tuberculose, em 2017, foi de 11 casos por 100 mil habitantes, taxa que também pode ser considerada baixa (UNDP, 2020).

Possui um sistema sanitário do tipo universal, no qual a saúde é entendida como direito do cidadão no marco de um arcabouço de proteção social mais amplo denominado Seguridade Social. Dessa maneira, o Sistema Nacional de Saúde Espanhol<sup>15</sup> (SNS) se baseia nos princípios de acesso livre,

---

<sup>15</sup> O SNS Espanhol cobre a quase totalidade da população. Contudo, uma parcela da população possui seguro privado de saúde, obtendo dupla cobertura. Outra parcela possui regimes próprios de seguro saúde, como é o caso das três

equidade, integralidade e solidariedade financeira, sendo financiado principalmente a partir de impostos gerais. O sistema possui uma organização de base territorial, na qual a Atenção Primária à Saúde (APS) se articula com a atenção especializada (clínicas e hospitais), assumindo o papel de porta de entrada e coordenadora do cuidado (Pereira, 2014b).

A Espanha<sup>16</sup> é um dos países mais descentralizados da União Europeia, sendo chamada de “Estado das Autonomias” em função do alto grau de poder e responsabilidades transferidos para as Comunidades Autônomas (CCAA), um nível regional de governo criado pela Constituição de 1978 como parte do processo de redemocratização (Pereira, 2014b). A governança do SNS se espelha na organização político-territorial do Estado espanhol, de maneira que há dois níveis de autoridade sanitária: nível central, onde está o Ministério da Saúde (*Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*); e nível regional, onde estão os 17 Serviços Regionais de Saúde sob responsabilidade de cada uma das CCAA (por meio de suas *Consejerías de Salud*, estruturas equivalente às Secretarias Estaduais de Saúde brasileiras). Esses dois níveis se reúnem no Conselho Interterritorial (*Consejo Interterritorial*), estrutura que visa favorecer uma governança compartilhada.

O Ministério da Saúde é responsável por manter a coordenação, coesão e a igualdade territorial, o que faz por meio do financiamento e da emissão de normas de abrangência nacional em matérias de saúde pública, incorporação tecnológica e medicamentos. Também é o coordenador da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica, podendo assumir um papel central em situações de emergência sanitária, como a atual. Contudo, vale ressaltar que seu papel é limitado, dado que a competência sanitária está descentralizada para as CCAA, que são as principais responsáveis pela formulação, planejamento, gestão e regulação da política e dos serviços de saúde em seus territórios, com autonomia para gerir recursos financeiros, equipamentos e trabalhadores (Pereira et al, 2015).

O gasto em saúde espanhol é de cerca de 9% do PIB, estando na média dos países da OCDE (8,8%) em 2018 (OECD Stat, 2020). Contudo, do total do gasto em saúde (Figura 2), cerca de 70% correspondem a esquemas governamentais e compulsórios; e o restante a pagamentos por desembolso direto das famílias (desse montante, vale destacar que 7,7% são com medicamentos, 6,7% com assistência odontológica e 3,4% com atenção médica ambulatorial) (OECD; WHO, 2019b).

Sobre a força de trabalho, o país conta com 38,7 médicos por 10 mil habitantes, cifra próxima às da

---

mútuas que atendem a alguns funcionários públicos, as forças armadas e ao judiciário. Existe também a mútua de acidentes e enfermidades laborais que atua de maneira complementar ao SNS (Pereira, 2014b; OECD; WHO, 2019b).

<sup>16</sup> Apesar de não ser formalmente uma federação, na prática, funciona como uma, com uma organização político-territorial baseada em quatro níveis: governo central; 17 Comunidades Autônomas; 50 províncias; mais de 8 mil municipalidades; além de duas cidades autônomas. O governo nacional está organizado sob uma monarquia parlamentarista.

Alemanha (42,5 médicos/10 mil hab) e Itália (39,8 médicos/10 mil hab), e superior à média da União Europeia (36 médicos/10 mil hab) e dos demais países apresentados na Figura 3. Contudo, possui apenas 57,3 trabalhadores da enfermagem por 10 mil habitantes (WHO, 2020b), um dos números mais baixos da União Europeia (cuja média é de 85/10 mil hab), e que comparado ao conjunto dos países relacionados na Figura 3, apenas supera a Turquia (27,1/10 mil hab) e a China (26,6/10 mil hab).

No que diz respeito à estrutura hospitalar, a Espanha possui 29,6 leitos por 10 mil habitantes (OECD Stat, 2020), situando-se entre os números mais baixos da União Europeia, cifra semelhante à do Reino Unido (27,6 leitos/10 mil hab), e comparativamente, mais baixa que as da China (42 leitos/10 mil hab), França (64,8 leitos/10 mil hab) e Alemanha (82,8 leitos/10 mil hab), como mostra a Figura 4. A Espanha também está entre os países europeus com menor número de leitos de terapia intensiva (0,97 leitos de UTI/10 mil hab), inferior à Alemanha (2,92 leitos de UTI/10 mil hab), França (1,16 leitos de UTI/10 mil hab) e Itália (1,25 leitos de UTI/10 mil hab).

Apesar de possuir um sistema público de saúde considerado sólido e efetivo<sup>17</sup> (OECD; WHO, 2019b), é possível afirmar que os últimos dez anos de cortes no orçamento, privatização de alguns hospitais públicos e terceirização da força de trabalho, afetaram sua resiliência (Legido-Quigley et al, 2020). Como resultado dessas reformas, o gasto sanitário *per capita* na Espanha atualmente é 15% inferior à média da União Europeia. Uma parte importante dos profissionais sanitários tem contratos temporários, o que aumenta sua taxa de rotatividade, com prejuízos para o funcionamento do sistema (OECD; WHO, 2019b). Além disso, houve redução do gasto com APS nas CCAA entre 2010 e 2016 (FADSP, 2019).

Por sua natureza profundamente descentralizada para as comunidades autônomas (CCAA), o SNS ainda lida com diferenças regionais importantes na capacidade estrutural dos serviços de saúde, nos modelos de gestão empregados e na relação público-privada. Pereira et al (2015), ao considerar o sistema de saúde espanhol, destacou os riscos da maximização da autonomia das CCAA para a unidade do SNS, e, diante disso, a importância do fortalecimento do papel do Ministério da Saúde em áreas estratégicas. Neste cenário, cabe perguntar como a Espanha organizou suas estratégias de enfrentamento à Covid-19. Quais foram seus pontos fortes?

### **Respostas governamentais à Covid-19**

Um dos pontos fortes do caso espanhol foi a constituição de uma estratégia de governança

---

<sup>17</sup> Avaliação a partir dos seus resultados quanto à redução das taxas de mortalidade por causas evitáveis e tratáveis, uma das mais baixas da União Europeia (OECD; WHO, 2019b), em geral associada a um sólido funcionamento da APS.

intergovernamental. A partir do reconhecimento da gravidade da crise pelos governos central e regionais, em 14 de março, foi decretado no país o Estado de Alarme<sup>18</sup>, instrumento jurídico que outorgou ao governo central competências fundamentais para a coordenação nacional do enfrentamento da pandemia. A partir daí, semanalmente, passaram a se reunir três instâncias importantes para a governança da crise: (i) reunião do presidente de governo central com os presidentes de governo das CCAA; (ii) reunião do Conselho de Ministros, de especial relevância dado o caráter múltiplo da crise (sanitária, social e econômica); e (iii) reunião do Conselho Interterritorial, fórum regular de coordenação do sistema de saúde, onde se encontram as autoridades sanitárias central e regionais.

Essa estrutura de governança também se valeu da existência prévia de um Centro de Coordenação de Alertas e Emergências Sanitárias no âmbito do Ministério da Saúde, que recebeu um grupo de especialistas, de trajetória reconhecida em epidemiologia e saúde pública, dedicados a monitorar a evolução da Covid-19 e propor medidas de controle e prevenção adequadas. A partir dessa estrutura, foi desenvolvido um canal de comunicação com a sociedade, já que diariamente o seu coordenador comparecia a uma roda de imprensa transmitida em tempo real (por canais de televisão e internet), apresentando o quadro epidemiológico vigente (número de casos, óbitos, internações e internações em UTI) por CCAA e nacionalmente, comentando os resultados das estratégias em curso e realizando orientações sobre medidas de prevenção voltadas à população. Além disso, havia rodas de imprensa, também transmitidas em tempo real, após as reuniões entre os presidentes de governo e depois das reuniões entre os ministros, em geral, com foco nas medidas governamentais tratadas nesses espaços.

A Espanha organizou sua resposta de enfrentamento à crise gerada pela Covid-19 por meio da formulação e implementação de estratégias e ações de controle da propagação da epidemia, de fortalecimento do sistema sanitário, de apoio social e econômico, além de importantes ações de comunicação com a sociedade, como as comentadas anteriormente.

As estratégias de controle da propagação da epidemia foram implementadas nacionalmente a partir do dia 14 de março, sob coordenação do Centro de Coordenação de Alertas e Emergências Sanitárias do Ministério da Saúde. A gravidade da situação epidemiológica<sup>19</sup> somada à insuficiência da

---

<sup>18</sup> A Lei Orgânica 4/1981 prevê a implantação do Estado de Alarme no contexto de crises sanitárias. O Estado de Alarme tem extensão de 15 dias naturais, podendo ser prorrogado. Tanto a declaração do Estado de Alarme quanto suas prorrogações devem ser aprovadas pelo Congresso Nacional. O Estado de Alarme foi declarado pelo Real Decreto 463/2020, segundo o texto do mesmo não supõe a suspensão de direitos fundamentais, de acordo com a Constituição Espanhola de 1978 (art. 55).

<sup>19</sup> Naquele momento, havia cerca de 20 mil casos confirmados, aproximadamente 10.500 casos hospitalizados e 1.140 casos em UTI (Espanha, 2020a). Considerando que apenas cerca de 20% dos casos requerem hospitalização, se a Espanha tinha 10.500 casos hospitalizados, por derivação, deveria ter mais de 50 mil casos de Covid-19 naquele momento. Se 5% precisam de UTI, seriam pelo menos o dobro do número de casos que estavam em UTI. Ou seja, o

capacidade hospitalar, naquele momento, foram a base para a decisão de que ações de isolamento de casos, quarentena de contatos e confinamento comunitário (*lockdown*) fossem implementadas.

Isso significa dizer que, no caso espanhol, tais medidas envolveram a permissão de circulação pelas vias e espaços públicos apenas para realização das seguintes atividades que, salvo exceções, só podiam ser realizadas individualmente: compra de alimentos, produtos farmacêuticos e de primeiras necessidades; deslocamento para centros, serviços e estabelecimentos de saúde; deslocamento para local de trabalho e retorno para residência habitual, caso essa atividade laboral não estivesse suspensa; cuidado a idosos, dependentes ou pessoas vulneráveis; deslocamento a entidades financeiras e de seguros; ou por alguma razão de força maior. Dessa maneira, foram suspensas as atividades nas escolas em todos os níveis de formação, que deveriam continuar pela via *online* sempre que possível; foram suspensas atividades religiosas e eventos coletivos; foram fechados estabelecimentos e serviços, com exceção daqueles considerados essenciais<sup>20</sup>; estabeleceu-se o controle de fronteiras, com restrição de viagens domésticas e internacionais (Real Decreto 463, 2020; Real Decreto 492, 2020).

As definições e orientações acerca dessas medidas em particular, além de outras medidas para a gestão da crise, foram publicadas por um conjunto de normas, atualizadas quinzenalmente. A primeira foi o Real Decreto 463/2020, de 14 de março. A segunda, o Real Decreto 476/2020, de 27 de março, estabeleceu que o governo central emitisse semanalmente ao Congresso Nacional um documento com as medidas adotadas e a avaliação da sua efetividade para conter a Covid-19 e mitigar seus impactos sanitários, econômicos e sociais. A terceira norma foi o Real Decreto 492/2020.

É muito importante destacar que as medidas do tipo *lockdown* não se constituem em instrumento isolado, sendo a sua efetividade dependente da implementação conjunta de outras estratégias coordenadas. No caso espanhol, a primeira delas foi o fortalecimento do sistema sanitário. No dia seguinte ao início do *lockdown*, o Ministério da Saúde publicou importantes normativas regulando questões centrais e emergenciais para gestão da situação de crise sanitária, envolvendo: melhoria e padronização nacional do registro, investigação e notificação de casos; ampliação da força de trabalho; garantia do abastecimento de insumos e medicamentos (com regulação de preços); e garantia do abastecimento de água e esgoto, assumidos como bens essenciais. Além disso, assumiu a gestão temporária de recursos logísticos terrestres e aéreos, instalações de serviços de saúde e profissionais vinculados ao Ministério da Defesa (Espanha, 2020d).

---

sistema já se encontrava em colapso, o que provavelmente motivou a declaração do Estado de Alarme e o início da coordenação nacional do enfrentamento à pandemia. Também estava claro um problema de subnotificação, um dos pontos que se tentará melhorar com a publicação de uma norma orientadora sobre o tema pelo Ministério da Saúde em 15 de março.

<sup>20</sup> Sobre atividades essenciais, ver comentário na Nota de Rodapé 15. No caso espanhol, os estabelecimentos e atividades com funcionamento suspensos podem ser consultados no Anexo do Real Decreto 463/2020.

A partir da análise da situação de cada comunidade autônoma (CCAA), deu-se início imediato à ampliação do número de leitos e de leitos de UTI nos hospitais já existentes e/ou em hospitais temporários (hospitais de campanha) e foram preparados leitos de retaguarda em ginásios, centros de convenção ou em hotéis, para que os casos leves confirmados ou em recuperação pudessem ser transferidos, liberando leitos hospitalares para os casos mais graves. Além disso, o Real Decreto 463/2020 colocou, à disposição dos Serviços Regionais de Saúde de cada CCAA, leitos clínicos e leitos de UTI privados presentes em seus territórios<sup>21</sup>. Todas essas ações representaram aumento do financiamento público do SNS espanhol com recursos do governo central (Espanha, 2020b).

Houve um aumento de 75% no número de leitos de UTI na Espanha, dos quais 11% foi no setor privado, com variações na distribuição entre as CCAA. As CCAA onde se identificou maior aumento no número de leitos de UTI foram País Vasco, Múrcia, Cataluña e Madrid. Do total de leitos de UTI disponíveis (após ampliação para responder à demanda gerada pela Covid-19), cerca de 70% são públicos (Espanha, 2020b), o que demonstra um aumento no número de leitos públicos de UTI. Cabe avaliar se eles serão mantidos como um legado para o fortalecimento da capacidade hospitalar do sistema público de saúde espanhol.

Além do fortalecimento da capacidade hospitalar, todas CCAA constituíram uma Central de Atendimento Telefônica, preconizada como primeiro ponto de contato com o usuário, seguindo a recomendação de que pacientes sintomáticos respiratórios com suspeita de Covid-19 deveriam evitar o deslocamento para prevenir novas infecções. Para o funcionamento de tais Centrais, foram contratados médicos e enfermeiros responsáveis pelo teleatendimento e encaminhamento para o hospital, requisitando o serviço móvel de urgência quando necessário. Em algumas CCAA, essas Centrais contavam com equipes (e transporte) para atenção domiciliar, atuando tanto no atendimento de urgência quanto na coleta de material para teste diagnóstico (RT-PCR) (Espanha, 2020c).

Sobre o papel da atenção primária (APS) no enfrentamento à crise gerada pela Covid-19 na Espanha, há que se reconhecer diferentes experiências entre as comunidades autônomas (CCAA). Na CCAA de Madri, que foi um dos principais focos da epidemia no país, os serviços de APS foram reduzidos e os profissionais foram deslocados para o hospital de campanha que foi construído<sup>22</sup>. No País Vasco, os

---

<sup>21</sup> O presidente da *Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)* afirmou, em entrevista ao jornal *El Mundo* em 19 de abril de 2020, que apenas 15% dos leitos de UTI privados haviam sido utilizados no contexto da crise sanitária gerada pela Covid-19. Segundo ele, essa ocupação variou em função da localização do leito. Em Madrid, Cataluña, La Rioja e País Vasco, 100% dos leitos de UTI privados foram utilizados pelo sistema público, em outras regiões, isso não aconteceu. Disponível em: <<https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/04/19/5e9b579521efa084288b45de.html>>.

<sup>22</sup> O Hospital temporário habilitado no Centro de Convenções IFEMA em Madrid funcionou de 21 de março a 01 de maio de 2020, com 1.300 leitos e 16 leitos de UTI, atendendo a 4 mil pacientes de Covid-19. A força de trabalho foi composta por profissionais da APS coordenados por médicos intensivistas, além de outros contratados. Ao todo, mais

centros de APS seguiram funcionando, com a definição de alguns centros exclusivos para pacientes sintomáticos respiratórios e outros para demais condições, para evitar o risco de contágio. Já em Baleares, os centros de APS organizaram o fluxo em duplo circuito (respiratórios e não respiratórios) e implementaram teleatendimento, tanto para monitoramento dos casos respiratórios, quanto dos pacientes com condições crônicas. Sobre a organização da APS em Baleares, é oportuno ressaltar a existência de um Serviço de Urgência de APS (denominado SUAP, *Servicio de Urgencia de Atención Primaria*), que atua em alguns centros de APS (definidos segundo critério populacional), mantendo seu funcionamento 24h e realizando atendimento domiciliar de urgência, com papel importante no enfrentamento à epidemia (Espanña, 2020c).

Em 10 de março, ou seja, alguns dias antes do início do *lockdown*, estratégias de apoio social e econômico<sup>23</sup> começaram a ser implementadas na Espanha. Esse é um dos pontos fortes do caso espanhol: a construção precoce de um amplo conjunto de medidas para proteger o emprego, apoiar os mais vulneráveis e manter o tecido produtivo. Tal conjunto de medidas vem sendo chamado de “Escudo Social” (*El Escudo Social*), para o qual foram mobilizados cerca de 200 bilhões de euros (o que faz dele o maior plano econômico-social da história recente do país). Supõe um compromisso do governo central com a seriedade dos impactos sociais e econômicos dessa crise, exigindo uma coordenação entre políticas orçamentárias, monetárias, financeiras e estruturais.

As ações envolveram: (i) medidas de proteção aos cidadãos, com garantia à moradia, proibição do corte de serviços básicos e ajuda social às famílias e populações mais vulneráveis, promoção da igualdade e proteção às vítimas de violência machista e proteção aos trabalhadores e autônomos, com ampliação e flexibilização do acesso ao seguro-desemprego; e (ii) medidas de proteção da atividade econômica, por meio da oferta de linhas de crédito e redução de impostos a empresas afetadas, especialmente para pequenas e médias empresas (75% dos recursos estão dirigidos a elas), visando garantir liquidez e flexibilidade, além de reduzir seus custos. Esperava-se criar condições para a manutenção dos salários dos trabalhadores, adiantar a cobrança por serviços (*factoring*) ou antecipar pagamentos a seus provedores (*confirming*) (Real Decreto-Lei 11/2020; 15/2020). Cabe seguir avaliando a sua efetividade.

Cinquenta dias após o início das medidas do tipo *lockdown*, a Espanha apresentou uma redução substantiva no incremento diário de casos e um fator de contágio inferior a 1 (número de reprodução  $R=0,70$ , com intervalo de confiança de 95% entre 0,58 e 0,81, segundo España, 2020a), o

---

de 1.200 trabalhadores atuaram nesse hospital, entre médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, administrativos, entre outros (CCAA Madrid, 2020).

<sup>23</sup> Por meio de uma série de normativas: Real Decreto-Lei 6/2020, de 10 de março; Real Decreto-Lei 7/2020, de 12 de março; Real Decreto-Lei 8/2020, de 17 de março; Real Decreto-Lei 10/2020, de 29 de março; Real Decreto-Lei 11/2020, de 31 de março; e Real Decreto-Lei 15/2020, de 21 de abril.

que significa que um caso já infectava menos de uma pessoa. Essa avaliação permitiu que um plano de retomada gradual das atividades econômicas e da vida social começasse a ser implementado.

O Plano espanhol de flexibilização do isolamento social, em direção à chamada “nova normalidade”, foi estruturado em quatro fases (fases 0, 1, 2 e 3), com duração prevista de seis a oito semanas. Teve início no dia 04 de maio, com a entrada de todas as CCAA na fase 0. Foi coordenado nacionalmente, mediante uma estratégia de cogovernança. As CCAA eram responsáveis por mapear e analisar os indicadores dos seus territórios, cabendo ao Ministério da Saúde avaliá-los. Para mudar de fase, as unidades territoriais (distritos, províncias ou ilhas) de cada comunidade autônoma tinham de cumprir critérios relacionados ao risco de transmissão, à gravidade dos casos e à capacidade de detecção precoce (sistema de vigilância) e tratamento (capacidade hospitalar) (Espanha, 2020e). Também foi avaliada a capacidade da APS para o diagnóstico precoce (com capacidade de fazer PCR a todos os casos suspeitos) e a elaboração de um protocolo para garantir o manejo adequado do cuidado nas residências de idosos. É possível afirmar que a APS, que não estava na linha de frente do combate à pandemia em todas as CCAA, passou a ser valorizada e chamada a ocupar um lugar importante junto à vigilância epidemiológica. A progressão das fases significou a redução gradual das medidas de confinamento (Espanha, 2020e). Atualmente, a situação epidemiológica segue em monitoramento, com retorno a fases mais restritas de distanciamento social em casos isolados.

Em um balanço geral, pode-se destacar como pontos positivos do enfrentamento da crise gerada pela Covid-19 na Espanha: o estabelecimento de uma estrutura de governança coordenada pelo governo central com participação dos governos regionais; ampla comunicação com a sociedade, com direção clara das mensagens; ampliação da capacidade hospitalar, sobretudo leitos públicos de UTI; e, principalmente, um conjunto robusto de medidas sociais e econômicas para proteger a população e o tecido produtivo, com importantes recursos do governo central.

Contudo, há desafios que permanecem e dos quais depende o sucesso do plano de manutenção do controle da epidemia na Espanha. Do ponto de vista sanitário, o sistema público ainda precisa fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e sua capacidade de identificar casos e contatos, notificar e tratar precocemente. Espera-se que essa crise sirva para que o SNS saia fortalecido, com incremento permanente da sua capacidade instalada (hospitalar e laboratorial), da sua força de trabalho (particularmente, enfermeiros) e do seu financiamento público. Além disso, essa crise também evidenciou o desafio de se estabelecer relações cooperativas entre as CCAA, com a transferência de pacientes entre as mesmas quando necessário. No contexto de emergência sanitária, a regulação e gestão central de leitos poderia ter beneficiado o acesso de cidadãos de diferentes regiões.

No que se refere às questões da vulnerabilidade social, é urgente desenvolver medidas mais robustas de proteção dos idosos e outros grupos populacionais que vivem em residências e instituições similares. A Espanha tem uma grande população idosa e uma alta proporção da mesma vivendo em residências de anciãos (públicas e privadas). A ocorrência de focos da epidemia nessas residências tem sido associada ao alto número de óbitos pela Covid-19 presenciados no país. Em algumas CCAA, órgãos públicos estão realizando ações de fiscalização das condições de infraestrutura dessas residências e uma investigação acerca dos óbitos por Covid-19 (ainda não há resultados conclusivos). Provavelmente, serão identificadas necessidades de investimento na infraestrutura e força de trabalho dessas residências, além de ampliação das ações de prevenção.

Outra grande dificuldade do caso espanhol foi a compra e distribuição de EPI e outros insumos, já que possui importante dependência do mercado externo para produtos médico-hospitalares. A competição por esses produtos dentro do mercado europeu e no comércio com a China foi um dos grandes desafios desse país e de outros do continente europeu. Houve iniciativas de produção local-solidária de máscaras e batas simples, além do envolvimento de alguns setores da indústria e empresas de tecnologia para construção de ventiladores mecânicos e máscaras, utilizando impressoras 3D com baixo custo e qualidade comprovada por agências nacionais. Um dos caminhos prósperos para o país poderia exatamente passar pelo investimento na produção nacional desses equipamentos e no desenvolvimento científico-tecnológico.

A Espanha tem hoje de lidar com o crescimento das taxas de desemprego e queda significativa no crescimento econômico medido pelo PIB. Tendo o turismo como a primeira indústria do país, enfrenta o desafio, que talvez possa se constituir em oportunidade, de colocar em marcha novos modelos de desenvolvimento baseados em lógicas de consumo e produção local mais sustentáveis.

#### **4. Considerações finais e lições aprendidas**

A luz das experiências internacionais analisadas, algumas lições podem ser apreendidas:

1) A governança e coordenação nacional das estratégias de resposta à Covid-19 podem ser associadas a boas práticas de gestão da crise. Pode envolver articulação entre níveis de governo, entre setores da política pública (com destaque para aqueles relacionados a emprego e proteção social), e entre políticas, autoridades sanitárias e serviços de saúde. O papel de coordenação nacional inclui a articulação com organizações de trabalhadores (sindicatos e afins), empregadores e com a sociedade, além de envolver a negociação entre executivo e legislativo. Favorece o acompanhamento e avaliação das estratégias e ações de resposta à Covid-19, com uma visão nacional que considera as especificidades locorregionais; o equilíbrio entre processos de

descentralização e centralização das estratégias e ações; o fortalecimento das capacidades político-institucionais nas diferentes instâncias de governo; e o incremento dos mecanismos de diplomacia e cooperação intergovernamental.

2) As estruturas de governança e os instrumentos utilizados variam de acordo com as características e a organização político-territorial de cada país. Em geral, instrumentos normativos (leis e decretos) foram utilizados a partir da construção de planos e pactos nacionais. Um plano nacional acordado entre autoridades sanitárias de diversos níveis de governo favorece o controle da propagação da epidemia e reduz as desigualdades na distribuição dos recursos, valendo destacar a importância da coordenação em duas grandes áreas: assistência, com a definição de fluxos e protocolos assistenciais para a detecção, tratamento e acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados na atenção primária e hospitalar; e vigilância, definindo os critérios para identificação de casos prováveis, suspeitos e confirmados, bem como os fluxos para confirmação laboratorial e registro dos dados de morbidade e mortalidade em um sistema nacional. O conhecimento do território, em sua dinâmica populacional e localização de populações mais vulneráveis, favorece a implementação de medidas de vigilância mais efetivas.

3) O enfrentamento da crise gerada pela Covid-19 requer estratégias e ações articuladas em diversos âmbitos das políticas públicas, incluindo: (a) controle da propagação da epidemia, envolvendo medidas de isolamento de casos, quarentena de contatos e distanciamento físico ou confinamento comunitário, segundo análise da situação epidemiológica; (b) fortalecimento do sistema de saúde, com o objetivo de ampliar sua capacidade de assistência e vigilância em saúde, da atenção primária a hospitalar, e de promover equidade no acesso a bens essenciais; (c) medidas de apoio social e econômico, para garantir proteção social à população, com especial atenção aos mais vulneráveis, aos trabalhadores e ao tecido produtivo; (d) comunicação com a sociedade, participe desse processo e portadora do direito de acesso às informações epidemiológicas e relativas ao sistema sanitário; e (e) estrutura de governança e coordenação nacional. Tais estratégias e ações estão sumarizadas no Quadro 1 e, no conjunto, mostram-se relevantes para o enfrentamento de desafios que ainda estão colocados para o Brasil, na sua enorme diversidade, no que concerne à crise sanitária da Covid-19.

4) Aspectos como a estrutura do sistema de saúde, a disponibilidade de trabalhadores de saúde, o sistema nacional de ciência e tecnologia e a capacidade de produção e provisão de insumos podem atuar como diferenciais relevantes na resposta à crise da Covid-19. Nesse sentido, destaca-se a importância do investimento público nessas áreas em curto, médio e longo prazos.

As consequências humanitárias, sociais e econômicas dessa crise multifacetada são extensas e tendem a aprofundar as desigualdades. Nesse sentido, as respostas nacionais são fundamentais, mas

não prescindem de cooperações globais. A conexão entre Organização Mundial da Saúde (OMS), autoridades sanitárias, profissionais e pesquisadores de diversos países favorece o compartilhamento de estratégias, ações e tecnologias que sirvam para o enfrentamento e resolução dessa emergência sanitária e seus impactos sociais e econômicos. Aqui se destaca o importante papel que vem sendo desenvolvido pela Fiocruz na construção e participação de articulações interinstitucionais nos níveis global, regional e local, envolvendo a sociedade.

## Referências

BCG Henderson Institute. Disponível em: <<https://bcghendersoninstitute.com/>>. Acesso em maio de 2020.

Bundesgesetz. (Federal law). Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen - "COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz" (Law to offset COVID-19 related financial burdens on hospitals and other health care facilities - "COVID-19 Hospital Relief Act"). 27 Marz 2020a. Disponível em:

<[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&jumpTo=bgbl120s0580.pdf#bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl120s0580.pdf%27%5D\\_1588777810199](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl120s0580.pdf#bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0580.pdf%27%5D_1588777810199)>.

Bundesgesetz. (Federal law). Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Law to protect the population in an epidemic situation of national scope). 27 Marz 2020b. Disponível em:

<[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&jumpTo=bgbl120s0587.pdf#bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl120s0587.pdf%27%5D\\_1588777814003](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl120s0587.pdf#bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0587.pdf%27%5D_1588777814003)>.

Bundesministerium für Gesundheit (Federal Ministry of Health). Disponível em:

<<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>>. Acesso em maio de 2020.

CCAA Madrid. Acción de gobierno. Disponível em:

<<https://www.comunidad.madrid/noticias/2020/05/07/diaz-ayuso-pone-frente-plan-covid-19-director-hospital-comunidad-ifema>>. Acesso em maio de 2020.

China CDC. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. China CDC Weekly 2020a.

China CDC. National Health Commission of the People's Republic of China. Protocol for Prevention and Control of COVID-19 (Edition 6)[J]. China CDC Weekly 2020b.

China NHC. National Health Commission. Disponível em:

<<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/202004/dbb989c911084e88a801aed974f5baf8.shtml>>. Acesso em maio de 2020a.

China NHC. National Health Commission. Disponível em:

<<http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/202005/aba9ba870fed480fbc01c7d7b35eb3a7.shtml>>. Acesso em maio de 2020b.

China NHC. National Health Commission. Disponível em:

<[http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/gzbd\\_index.shtml](http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/gzbd_index.shtml)>. Acesso em maio de 2020c.

España. Ministerio de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Disponível em: <<https://covid19.isciii.es/>>.

Acesso em maio de 2020a.

España. Ministerio de Sanidad. Sanidad en datos. Disponível em:

<<https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>>. Acesso em maio de 2020b.

España. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).

Disponível em: <<https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>>. Acesso em maio de 2020c.

España. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Boletín Oficial del Estado. Disponível em: <<https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>>. Acesso em maio de 2020d.

España. Ministerio de Sanidad. Orden SND/399/2020, de 9 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional, establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 1 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad. Disponível em: <<https://boe.es/boe/dias/2020/05/09/pdfs/BOE-A-2020-4911.pdf>>. Acesso em maio de 2020e.

Die Bundesregierung. (Federal government). Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 22. März 2020 (Meeting of the Chancellor with the heads of government of the federal states on March 22, 2020). Disponível em: <<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1733246/e6d6ae0e89a7ffea1ebf6f32cf472736/2020-03-22-mpk-data.pdf?download=1>>. Acesso em maio de 2020a.

Die Bundesregierung. (Federal government). Telefonschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 15. April 2020 (Conference call by the Federal Chancellor to the heads of government of the federal states on April 15, 2020). Disponível em: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/bund-laender-beschluss-1744224>>. Acesso em maio de 2020b.

FADSP. Federacion de asociaciones para la defensa de la sanidad pública. Repercusiones de la crisis sobre la atención primaria. Evolución en las CCAA. 2019. Disponível em: <<http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/1935-informe-repercusiones-de-la-crisis-sobre-la-atencion-primaria-evolucion-en-las-ccaa>>.

Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.

Johns Hopkins CRC. Coronavirus Resource Center. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/>>. Acesso em maio de 2020.

Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, Gea-Sánchez M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health* 2020. Published Online March 18, 2020. doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8.

Lima NVT, Buss PM, Paes-Sousa R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2020;36(7):e00177020. doi: 10.1590/0102-311X00177020.

Mahoney J, Rueschemeyer D. (Orgs). *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

Meny I, Thoenig JC. La dimensión comparativa de las políticas públicas. In: Meny I, Thoenig JC. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política, 1992. p. 223- 244.

WHO. World Health Organization. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em maio de 2020.

OECD; WHO. European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU: Germany: Country Health Profile 2019a. Disponível em: <<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/36e21650-en.pdf?expires=1588503915&id=id&accname=guest&checksum=69EF4CADA309390739B45BCE2910C9F>>.

OECD; WHO. European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU: Spain: Country Health Profile 2019b. Disponível em: <<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/2a8a83c8-es.pdf?expires=1588353756&id=id&accname=guest&checksum=B2ACF2113AF817CC60C7E1FFAA737D32>>.

Pereira AMM. Análise de políticas públicas e neoinstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões. In: Guizardi FL et al orgs. *Políticas de Participação e Saúde*. Recife: Editora Universitária/UFPE; 2014a, p. 143-164.

Pereira, AMM. Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. 2014b. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. 229p.

Pereira AMMP, Lima LD de, Machado CV, Freire JM. Descentralização e regionalização em saúde na

Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde Debate*. 2015;39:11-27. doi: 10.5935/0103-1104.2015S005410.

RKI. Robert Koch Institute. COVID-19 Situation Report. Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-05-en.pdf?\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-05-en.pdf?_blob=publicationFile)>. Acesso em maio de 2020.

Real Decreto 463/2020. Por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. 14 de marzo. Disponível em: <<https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>>. Acesso em 03 de maio de 2020.

Real Decreto 492/2020. Por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. 25 de abril. Disponível em: <<https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/04/24/492>>. Acesso em maio de 2020.

Real Decreto-Lei 11/2020. Por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19. 31 de marzo. Disponível em: <<https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/31/11/con>>. Acesso em maio de 2020.

Real Decreto-Lei 15/2020. De medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo. 21 de abril. Disponível em: <<https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/04/21/15/con>>. Acesso em maio de 2020.

Silva Al da. Política de saúde na China: a influência ocidental europeia em suas reformas a partir de 1978. *Saúde Soc*. 2015; 24(3):1006-1020. doi: 10.1590/S0104-12902015133984.

Tian H, Liu Y, Li Y, Wu C, Chen B, Kraemer MUG et al. An investigation of transmission control measures during the first 50 days of the COVID-19 epidemic in China. *Science* 2020; 368:638-642. doi: 10.1126/science.abb6105.

UNDP. United Nations Development Programme. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/countries>>. Acesso em maio de 2020.

WHO. World Health Organization. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em maio de 2020.

WHO-China. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) (16-24 de Fevereiro). Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>>. Acesso em maio de 2020.

Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239–1242. doi:10.1001/jama.2020.2648.