BOLETIM

Ano 2 | Edição 11 | Setembro de 2021

OBSERVA COVID
Análise de Modelos e Estratégias de Vigilância em Saúde da Pandemia da COVID-19 (2020-2022)

ACOMPANHAMENTO DA PANDEMIA EM PAÍSES SELECIONADOS

O subprojeto *Análise comparada de sistemas de saúde e a resposta à pandemia de Covid-19* tem por objetivo comparar a evolução da pandemia em países selecionados visando identificar as estratégias exitosas em diversos momentos. Neste boletim trazemos algumas informações decorrentes da revisão integrativa da bibliografia para cada país estudado. São ainda resultados preliminares, sujeitos à retificação tendo em vista que a revisão ainda não foi concluída. Porém, já trazem indicações sobre problemas e êxitos no enfrentamento à pandemia.

A resposta da Alemanha à pandemia de COVID-19

Monique Azevedo Esperidião

A resposta da Alemanha à pandemia de COVID-19 pode ser considerada exitosa na primeira onda que atingiu a Europa. Comparado com países altamente afetados (por exemplo, Itália, Espanha, França, Reino Unido), um menor coeficiente de mortalidade (CEM) foi observado na Alemanha nesta fase (Lu et al., 2021). Grote et al (2021) destacam a importância do Instituto Robert Koch na implementação de uma estratégia multicamadas que consiste em medidas preventivas individuais e populacionais para controlar a pandemia, baseadas em planos prévios para a pandemia de influenza, bem como planos genéricos, recomendando especialmente as medidas não farmacológicas.

O governo tomou conhecimento sobre a COVID-19 na China e sua potencial ameaça para a Europa ainda no final de dezembro de 2019. No entanto, o primeiro caso confirmado na Alemanha foi registrado em 27 de janeiro de 2020 (Naumann et al., 2020). A resposta do governo iniciou-se com a introdução de sistemas de rastreamento de contato, isolamento obrigatório das poucas pessoas infectadas, naquela ocasião, e uma primeira campanha de informação recomendando principalmente uma boa higiene das mãos e esclarecimentos sobre a efetividade e importância das medidas de isolamento (Naumann et al., 2020). A Alemanha, nesta fase, conseguiu manter a epidemia relativamente sob controle, apesar de um bloqueio, inicialmente, apenas parcial (Muller et al. (2020), estando a transmissão restrita a pontos específicos como estações de esqui e reuniões no carnaval (Lu et al., 2021).

Esta situação foi rapidamente modificada em meados de março, quando o número de casos diários aumentou em 2 semanas de menos de 100 para 4.000 e as primeiras mortes foram registradas (Naumann et al., 2020). Em 12 de março, escolas e creches foram fechadas e o governo emitiu recomendações quanto ao distanciamento físico. Em 17 de março, as fronteiras foram fechadas e, em 18 de

março, a chanceler Angela Merkel anunciou o fechamento geral com ordens de permanência em casa. Em seu discurso à nação, anunciou "Isso é sério. Por favor, leve isso a sério". As medidas de confinamento entraram em vigor em 21 de março[1] e foram novamente prorrogadas duas vezes até o início de maio (Naumann et al., 2020, Lu et al., 2020).

Para amortecer as consequências negativas do bloqueio, o governo alemão anunciou um orçamento federal extra de 150 bilhões de euros e amortizações de dívidas. Introduziu-se o chamado "trabalho de curta duração" ("Kurzarbeit"), permitindo às empresas reduzir temporariamente as horas trabalhadas, ao mesmo tempo em que fornece aos funcionários um suporte de renda do Estado para as horas não trabalhadas. Em 22 de abril, o subsídio foi aumentado para até 80% do salário normal. Em meados de abril, alguns estados da Alemanha tornaram obrigatório o uso de coberturas faciais nos transportes públicos e lojas. Em 27 de abril, as máscaras eram obrigatórias no transporte público e nas lojas em todos os estados alemães (Naumann et al., 2020, Lu et al., 2020).

A Alemanha atingiu o pico da primeira onda em termos de infecções diárias no início de abril. Ainda assim, as ordens de bloqueio e permanência em casa que entraram em vigor em 21 de março foram consideradas efetivas, uma vez que o número de casos diminuiu rapidamente na segunda quinzena de abril, e também, o aumento no número de mortes desacelerou no início de maio. A discussão sobre os planos de reabertura se deu pelo governo no final de março, e as primeiras restrições foram suspensas em maio.

Conforme Lu et al. (2021), as medidas tomadas pelo governo alemão foram bem recebidas pela população, os casos foram diminuindo e mantiveram-se baixos durante os meses do verão. Outros fatores possivelmente relacionados com o sucesso do controle da primeira onda estão na difusão de informações intensas, amplas e orientadas pela ciência e discussão da epidemia em âmbito nacional e internacional realizada pela mídia alemã, além de uma liderança política ativa e unificada (Meier et al., 2020).

Em outubro, os casos de COVID-19 voltaram a aumentar, de forma exponencial, seguido por uma rápida exaustão da capacidade dos departamentos de saúde locais, de forma que os contatos dos casos não puderam mais ser rastreados com eficácia. Conforme Lu et al. (2021), a estratégia de teste precisou ser adaptada, não sendo mais possível testar todas as pessoas com sintomas e todos os contatos. Conforme os referidos autores, isso resultou em transmissão amplamente descontrolada na maior parte do país. A Alemanha iniciou então, em novembro, novo *lockdown*: ênfase no distanciamento físico sempre que possível, no mascaramento facial obrigatório em todos os locais públicos internos, bem como em locais externos lotados, e em medidas de higiene, incluindo ventilação frequente em locais internos, juntamente com o uso de um aplicativo de alerta corona. As reuniões sociais públicas e privadas foram proibidas; bares, restaurantes, teatros, academias e hotéis foram fechados, mas – ao contrário do primeiro bloqueio – a maioria das empresas, bem como pré-escolas e escolas, permaneceram abertas.

Conforme os mecanismos estabelecidos no primeiro *lockdown*, o governo alemão novamente mobilizou bilhões de euros para apoiar indivíduos e empresas economicamente afetados pelas medidas adotadas. No entanto, ao contrário da primeira onda, os autores reforçam que não havia, desta vez, um consenso na sociedade alemã sobre a pertinência das medidas de controle da epidemia e houve um questionamento quanto ao poder do Executivo nesta condução (Lu et al., 2021). A Alemanha passou então a experimentar manifestações semanais com grande visibilidade contra medidas de prevenção, entre elas um incêndio criminoso contra o Instituto Robert Koch, além de manifestações agressivas nas redes sociais. Um novo *lockdown*, ainda mais rígido, iniciou em dezembro. O sucesso verificado na primeira onda não se replicou na segunda. O início de 2021 trouxe novas ameaças com a presença das mutações do coronavírus. O relaxamento das medidas de *lockdown*, tendo em vista limitar os custos econômicos e psicossociais, podem estar relacionados com o surgimento da segunda onda.

1. Outros autores afirmam que o bloqueio iniciou em 22 de março (Lu et al., 2021)

Referências

Grote, U, Arvand, M, Brinkwirth, S, Brunke, M, Buchholz, U, Eckmanns, T, von Kleist, M, Niebank, M, Ruehe, B, Schulze, K. Measures to cope with the COVID-19 pandemic in Germany: nonpharmaceutical and pharmaceutical interventions. Bundesgesundheitsbl 2021 · 64:435–445.

Lu G, Razum O, Jahn A, Zhanga Y, Sutton B, Sridhar D, Ariyoshi K, von Seidlein L, Müller O. COVID-19 in Germany and China: mitigation versus elimination strategy. COVID-19 in Germany and China: mitigation versus elimination strategy. GLOBAL HEALTH ACTION. 2021, VOL. 14, 1–11.

Meier K, Glatz T, Guijt MC, et al. Public perspectives on protective measures during the COVID-19 pandemic in the Netherlands, Germany and Italy: a survey study. PLoS One. 2020;15:e0236917.

Naumann E et al. COVID-19 policies in Germany and their social, political, and psychological consequences. Eur. Policy Anal.2020;00:1–12.

Zhang, Y, Shi L, Chen H, Wang H, Sun G. Policy disparities in response to the first wave of COVID-19 between China and Germany. International Journal for Equity in Health (2021) 20:86.

Ações de *lockdown* em resposta à pandemia de COVID-19 no Reino Unido, no período de março/2020 a agosto/2021

Thais Regis Aranha Rossi
Carla Maria Lima Santos
Suelen Ribeiro Seixas
Lucas Santana Passinho

O primeiro caso de COVID-19 no Reino Unido foi notificado em 30/01/2020 (United Kingdom, 2021a). No início da pandemia, foram adotadas medidas baseadas, principalmente, na orientação do comportamento social voltado para a prevenção. Após a centésima morte, houve introdução de outras medidas, como o fechamento de serviços não essenciais em 16 de março/2020. O primeiro *lockdown* nacional teve início em 23 de março (Jarvis et al, 2021), tendo sido considerado tardio por estudo que analisou a propagação da doença e realizou previsão para casos e óbitos (DROPKIN, 2020). No mês de maio foi lançado um plano para "reconstruir o Reino Unido" com reabertura de escolas e escalonamento para serviços não essenciais, a partir de junho. Houve uma ênfase para que aqueles que não pudessem trabalhar em casa retornassem ao local de trabalho, mas evitassem transporte público. Estudo apontou a redução do tráfego diário em abril de 2020, quando comparado ao mesmo período em 2019 (Jephcote et al., 2021). Ao longo do período, foram desencadeadas distintas medidas de proteção social.

Com a segunda onda da pandemia de COVID-19, em setembro/2020 foram iniciadas novas regras de distanciamento social. A regra dos seis preconizava a proibição de reuniões sociais com mais de seis pessoas em locais abertos ou fechados (United Kigdom, 2021b) e, a partir de outubro, o *lockdown* tipo 2 em Londres. O segundo *lockdown* nacional teve início em 05 de novembro na Inglaterra. Em 02 de dezembro encerrou-se o *lockdown* nacional e deu-se início a um plano com distintos níveis de restrições. A vacinação teve início em dezembro/2020. Em janeiro/2021, realizou-se outro *lockdown* na Inglaterra (60.392 novos casos em 04/01/2021)

(WHO, 2021). A partir de março de 2021, mesmo com o número absoluto de casos elevado (4.485 novos casos em 08/03/2021) (WHO, 2021), mas com o avanço da vacinação (aproximadamente 17 milhões de pessoas vacinadas), foi implementado um plano de retomada em quatro etapas, incluindo o retorno das atividades escolares, esportivas, comerciais e eventos com limitação da quantidade de pessoas (United Kingdom, 2021b).

Referências

DROPKIN, G. COVID-19 UK Lockdown Forecasts and R 0. Frontiers in public health. 2020, v. 8, n. 256. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00256

JARVIS, Christopher I., et al. The impact of local and national restrictions in response to COVID-19 on social contacts in England: a longitudinal natural experiment. BMC Medicine. 2021, v. 19, n. 1, p. NA. Disponível em: link.gale.com/apps/doc/A653619976/AONE?u=capes&sid=bookmark-AONE&xid=e9f83673.

JEPHCOTE, Calvin et al., Changes in air quality during COVID-19 'lockdown' in the United Kingdom. Environmental Pollution. 2021, v. 272. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.envpol.2020.116011.

United Kingdom. UK Coronavirus *dashboard*. 2021a Disponível em: https://coronavirus.data.gov.uk/details/cases.

United Kingdom. Rule of six comes into effect to tackle coronavirus. 2021b Disponível em: https://www.gov.uk/government/news/rule-of-six-comes-into-effect-to-tackle-coronavirus.

United Kingdom. COVID-19 Response - Spring 2021c (Roadmap). Disponível em: https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-response-spring-2021/covid-19-response-spring-2021-summary#step-1---8-and-29-march.

WHO – World Health Organization. WHO COVID-19 *dashboard*. Disponível em: https://covid19.who.int/region/euro/country/gb

O aprendizado da Itália

Catharina Leite Matos Soares
Gerluce Alves Pontes

No que se refere ao caso italiano, em estudo comparando o impacto da primeira (24 de fevereiro a 31 de julho de 2020) e a segunda onda (agosto de 2020 a fevereiro de 2021) da pandemia de COVID-19 no país, Cóccia (2021) aponta que as admissões em Unidades de Terapia Intensiva, a letalidade e o aumento nas hospitalizações foram em níveis mais baixos no segundo período – médias de 14%, 2,5% e 156% em relação a 68%, 15% e 839% no primeiro, respectivamente –, apesar de número de casos semelhantes, o que representou um menor impacto na sociedade. Segundo dados disponíveis do *Dashboard* viabilizado pelo Ministério da Saúde Italiano, os ápices da doença foram em março de 2020, outubro de 2020, dezembro de 2020 e março de 2021.

Estudos que apontam o insucesso da Itália no combate à primeira onda da pandemia referem vários fatores que contribuíram para isso, além do fato da Itália ter sido o primeiro país europeu a ser acometido pela pandemia, ainda com poucas informações acerca dos mecanismos de transmissão da doença; o país ter uma população envelhecida (VOLPATO S, LANDI F, INCALZI RA, 2020); reformas prévias do sistema de saúde, com redução da oferta e provisão de leitos hospitalares e profissionais de saúde (MAURO M, GIANCOTTI M., 2021; IAOHAN WANG et al, 2021); estrutura multinível de governança afetando a coordenação de uma resposta rápida nos primeiros dias da pandemia, com atraso na adoção do *lockdown* nacional (FALKENBACH M; CAIANI M, 2021; PERALTA-SANTOS A; LUIS SABOGA-NUNESL; MAGALHAES P, 2021); ausência de coordenação e comunicação entre os serviços, com pouca valorização da atenção primária (KUROTSCHKA et al., 2020); descentralização com modelos distintos de resposta, a depender da região (BOCCIA S, CASCINI F, McKEE M, RICCIARDI W, 2020); além do grande nível de polarização política e o peso do populismo de direita (PERALTA-SANTOS A; LUIS SABOGA-NUNES L; MAGALHAES P., 2021).

Como fatores que contribuíram para a melhor resposta na segunda onda são citados o aprimoramento da forma de gestão da crise e a criação do sistema de monitoramento, com adoção de medidas de controle e flexibilização em função da situação epidemiológica, adotando-se uma avaliação de risco com base em 21 indicadores, entre eles o nível de reprodução-Rt, testes positivos, saturação da capacidade hospitalar e admissão em UTI (CÓCCIA, 2021); fortalecimento do sistema de vigilância integrado (MANSO et al, 2020); investimentos para fortalecer o sistema de saúde (MAURO M, GIANCOTTI M., 2021); além da adesão da população às recomendações em decorrência da experiência diante das rigorosas medidas de contenção aplicadas, como o *lockdown* nacional, no período de março a maio de 2020 (CÓCCIA, 2021).

Referências

BOCCIA S, CASCINI F, McKEE M, RICCIARDI W. How the Italian NHS Is Fighting Against the COVID-19 Emergency. Front Public Health. 2020 May 8;8:167. doi: 10.3389/fpubh.2020.00167. PMID: 32573563; PMCID: PMC7227414.

COCCIA, M. The impact of first and second wave of the COVID-19 pandemic: comparative analysis to support control measures to cope with negative effects of future infectious diseases in Society. Environ. Res., 111099 (2021), 10.1016/j.envres.2021.111099.

FALKENBACH M; CAIANI M. Italy's Response to COVID -19 . In: Coronavirus Politics The Comparative Politics and Policy of COVID-19 (2021). Scott L. Greer, Elizabeth J. King, André Peralta-Santos, and Elize Massard da Fonseca, Editors. p. 320/338

IAOHAN WANG, LEIYU SHI, YUYAO ZHANG, HAIQIAN CHEN AND GANG SUN. Policy disparities in fighting COVID-19 among Japan, Italy, Singapore and China. Int J Equity Health 20, 33 (2021). https://doi.org/10.1186/s12939-020-01374-2

MANSO M, ANDRIANOU X, URDIALES AM, VESCIO MF, ROTA MC, FABIANI M, BOROS S, BELLINO S, STEFANELLI P, CIERVO A, PUNZO O, FILIA A, TALLON M, DI BENEDETTO C, SPURI M, PEZZOTTI P, RICCARDO F, BELLA A. Gruppo Referenti regionali della Sorveglianza Integrata COVID-19. La sorveglianza integrata Covid-19 in Italia: output e attività correlate. Epidemiologia&Prevenzio 44 (5-6) settembre-dicembre Suppl. 2 (2020), p. 70-80 DOI: https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.S2.105

MAURO M, GIANCOTTI M. Italian responses to the COVID-19 emergency: Overthrowing 30 years of health reforms? Health Policy. 2021 Apr;125(4):548-552. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.12.015. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33431258; PMCID: PMC7832108.

PERALTA-SANTOS A; LUIS SABOGA-NUNES L; MAGALHAES P. Tale of Two Pandemics in Three Countries Portugal, Spain, and Italy. P.. In: Coronavirus Politics The Comparative Politics and Policy of COVID-19 (2021). Scott L. Greer, Elizabeth J. King, André Peralta-Santos, and Elize Massard da Fonseca, Editors. p. 361/377

PETER KONSTANTIN KUROTSCHKA, ALICE SERAFINI, MICHELA DEMONTIS, ARIANNA SERAFINI, ALESSANDRO MEREU, MARIA FRANCESCA MORO, MAURO GIOVANNI CARTA AND LUCA GHIROTTO. General Practitioners' Experiences During the First Phase of the COVID-19 Pandemic in Italy: A Critical Incident Technique Study. Frontiers in Public Health | www.frontiersin.org 1 February 2021 | Volume 9 | Article 623904

VOLPATO S, LANDI F, INCALZI RA. A Frail Health Care System for an Old Population: Lesson form the COVID-19 Outbreak in Italy. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2020 Sep 16;75(9):e126-e127. doi: 10.1093/gerona/glaa087. PMID: 32314784; PMCID: PMC7188183.

Algumas lições do Canadá

Jamacy Souza

O Canadá é um país com cerca de 38 milhões de habitantes, dez províncias e três territórios, tendo o parlamentarismo como forma de governo. O sistema de saúde (*medicare*) é integralmente financiado pelo Estado. Mas, ao invés de um único plano nacional, as províncias e territórios gerem com autonomia a organização e a prestação de serviços de saúde para os seus residentes, o que resultou em um desafio adicional no início da pandemia em virtude da inexistência dentro e entre os sistemas de uma estrutura de dados e comunicação capazes de gerar informações relevantes, além de uma insuficiente cadeia de abastecimento (Snowdon, A., & Forest, P., 2021).

Na chamada primeira onda, a grande tragédia foi observada nas Instituições de Longa Permanência (Dougherty et. al., 2020), onde ocorreram cerca de 80% das 9.060 mortes, notadamente nas províncias de Québeque (4.819) e Ontário (2.026). O que levou os governos federal e provinciais a promoveram uma forte intervenção naquele setor antes da segunda onda (Canada, 2020).

No geral, o país já perdeu 29.918 vidas para a COVID-19, sendo 93,9% entre aqueles acima de 60 anos. Atualmente, 66% da população está completamente vacinada. Mais de 80% dos casos, internações e mortes recentes são entre os não vacinados. E cerca de 1% entre os completamente imunizados (Canada, 2021).

O país, no seu conjunto, mantém um esquema de monitoramento da pandemia que inclui, entre outras estratégias, o uso de aplicativos para rastreamento dos quarentenados e uma vigilância genética que envolve a análise de um porcentual de todos os casos positivos, divulgando relatórios semanalmente. O mais recente (de 08/08/2021) detectou a presença da variante Delta em 91% das amostras analisadas (Canada, 2021).

Assim como na maioria dos países, o Canadá acompanha com atenção o impacto da flexibilização das medidas restritivas em função da variante Delta, sobretudo dado o seu efeito sobre a saúde das crianças (Gravel, 2021). A partir de setembro, o uso do passaporte vacinal passou a ser exigido em uma série de lugares e eventos considerados não essenciais (Radio-Canada, 2021).

Referências

Canadá (2020). Du risque à la résilience : UNE APPROCHE AXÉE SUR L'ÉQUITÉ CONCERNANT la COVID-19. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020. Disponível em: https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-fra.pdf . Acessado em 30 ago 2021.

Canada (2021). COVID-19 daily epidemiology update. Disponível em: https://health-infobase.canada.ca/covid-19/epidemiological-summary-covid-19-cases.html. Acessado em 30 ago 2021.

Dougherty, B. P., Smith, B. A., Carson, C. A., & Ogden, N. H. (2021). Exploring the percentage of COVID-19 cases reported in the community in Canada and associated case fatality ratios. Infectious Disease Modelling, 6, 123–132. https://doi.org/10.1016/j.idm.2020.11.008.

Gravel, P. (2021) À quoi ressemblera la situation de la COVID-19 cet automne au Québec? Disponível em: https://www.ledevoir.com/societe/science/627807/coronavirus-a-quoi-ressemblera-l-automne. Acessado em 30 ago 2021.

Radio-Canada (2021). Le passeport vaccinal entre en vigueur au Québec. Disponível em: https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1820670/coronavirus-covid-19-preuve-vaccinale-quebec-bars-restaurants. Acessado em 30 ago 2021.

Snowdon, A. W., & Forest, P.-G. (2021). "Flying Blind": Canada's Supply Chain Infrastructure and the COVID-19 Pandemic. Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.), 23(4), 12–16. https://doi.org/10.12927/hcq.2020.26399.

A experiência cubana: breve nota

Camilla Andrade Silva Ribeiro

O enfrentamento da pandemia em Cuba se deu com uma rápida resposta do Sistema Nacional de Saúde e do governo cubano, destacando-se seu programa de atenção primária robusto que realizou a vigilância de casos e contatos de porta em porta. Atingiu principalmente a capital e cidades circunvizinhas, e os casos que mais transmitiram foram em instituições de longa permanência. Já em 2021, a pandemia teve um impacto maior na população, com um aumento expressivo de casos e de mortes. Ainda não se tem na literatura estudos referentes às causas e consequências desse aumento exponencial de casos, porém existem algumas hipóteses relacionadas com a acentuação da crise econômica no país, a reabertura do turismo na ilha, afrouxamento das medidas de distanciamento físico e a propagação da variante Delta (MÁS-BERMEJO et al, 2021).

As estratégias do governo cubano para o controle da pandemia receberam pontuação máxima no *OxfordCOVID-19 Government Response Tracker* (OXCGRT), criado pela Universidade de Oxford para avaliar as respostas dos governos à pandemia (MOREJÓN-GIRALDONI et al, 2020; MÁS-BERMEJO et al, 2021). Galbán-García e Más-Bermejo (2020) apontam os pontos fortes da resposta cubana à pandemia da COVID-19, sendo eles a liderança técnica do Ministério da Saúde Pública, juntamente com a Defesa Civil e outros setores do governo, que antes mesmo do primeiro caso de Covid em Cuba construíram um plano de ação intersetorial. Também ganham destaque as instituições de ensino e os cientistas no desenvolvimento de testes e vacinas e, não menos importante, o apoio de participação da população, colaborando desde o início no cumprimento das medidas. Wylie (2020) destaca como limitação para o melhor desempenho de Cuba durante a pandemia, a presença do embargo econômico americano e o endurecimento de suas medidas pelo governo Trump, o que afetou de maneira mais acentuada a economia cubana.

Referências

LANA L. WYLIE. Cuba's response to COVID-19: lessons for the future. Emerald Publishing Limited, journal of tourism futures 10.1108/JTF-10-2020.

MÁS BERMEJO et al. Equity and the Cuban National Health System's response to COVID-19. Rev Panam Salud Publica 45, 2021 |www.paho.org/journal| https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.80

GALBÁN-GARCÍA E, MÁS-BERMEJO P. COVID-19 in Cuba: Assessing the National Response. MEDICC Review, October 2020, Vol 22, No 4.

MOREJÓN-GIRALDONI A et al. Acciones de vigilancia y control ante la notificación de casos confirmados a la COVID-19. Aguada de Pasajeros, Cienfuegos. Cuba. Medisur [revista en Internet]. 2020 [citado 2021 Jul 19];18(4):[aprox. 4 p.]. Disponível em: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4744.

A resposta do Uruguai

Melsequisete Daniel Vasco

Uruguai é um país com uma longa tradição de proteção social, notadamente, através da educação pública e saúde (GONZÁLEZ; TRIUNFO, 2020). Na saúde, os gastos chegam a 10% do PIB, dos quais 70% provêm de despesas públicas, em um Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) (BÁSCOLO; HOUGHTON; RIEGO, 2018; GONZÁLEZ; TRIUNFO, 2020). Uruguai é, igualmente, líder no índice de democracia (0.86 pontos de 0 a 1) na lista de países sul-americanos, na classificação do Índice de Democracia Eleitoral (IDE) (LINS; SILVA, 2021), ainda que não haja, de forma geral, diferença significativa de respostas em relação a democracias e ditaduras.

No contexto da pandemia, Uruguai privilegiou medidas menos rígidas, desde a comunicação persuasiva para a consciência coletiva, fechamento de fronteiras, de escolas e de atividades que envolvessem aglomerações, sem *lockdown* obrigatório (CARLI, 2020; MORENO et al., 2020). Entretanto, tem sido considerada uma das poucas experiências bem sucedidas na região (LINS; SILVA, 2021). Lins e Silva (2021) apontam que numa perspectiva comparada, ao longo de 2020, Uruguai apresentou uma das menores taxas de mortalidade: 17,5 por 100.000 habitantes (115,23 na Argentina; 141,01 no Peru; 119,94 no Brasil; 4,73 na Venezuela;e 24,79 na Guiana), sem sobrecarga do sistema de saúde (MORENO et al., 2020).

Embora tenha havido uma súbita elevação dos números, tanto em casos quanto em óbitos, desde finais de dezembro de 2020 e início de 2021 (associado ao relaxamento do Natal e fim de ano), com auge em abril (3670 novos casos diários em 10 de abril e 88 óbitos em 11 de abril)[3], dados de monitoramento do Ministério de Saúde Pública , mostram que Uruguai seguiu com melhor desempenho, particularmente na gestão da vacinação (75,33% com primeira dose, 70,96% com segunda dose, alcance até pessoas menores de 12 anos e aplicação de doses de reforço em 455.132 vacinados, 159,14 por 100.000Hbs) e demonstrada queda nos registos (171 casos novos e 3 óbitos em 31/08/2021).

3. Dados da OMS, disponível em: https://covid19.who.int/region/amro/country/uy
4. Disponível em: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/coronavirus

Referências

BÁSCOLO, E.; HOUGHTON, N.; RIEGO, A. DEL. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. 1–9, 2018.

CARLI, F. R. COVID-19 and Labour Law : Uruguay. v. 13, n. 1, p. 1–4, 2020.

GONZÁLEZ, C.; TRIUNFO, P. Horizontal inequity in the use and access to health care in Uruguay. International Journal for Equity in Health, v. 19, n. 1, p. 1–13, 2020.

LINS, R.; SILVA, G. REGIMES POLÍTICOS E RESPOSTAS À COVID-19 : UM OLHAR SOBRE A AMÉRICA DO SUL 1. v. 9721, n. 2020, p. 108–115, 2021.

MORENO, P. et al. An effective COVID-19 response in South America: the Uruguayan Conundrum. p. 1–24, 2020.

Portugal e o monitoramento por meio de linhas de critério

Sandra Garrido de Barros

O caso português, já descrito em boletim anterior do OAPS (Outubro de 2020), apresenta como destaque no enfrentamento a segunda onda, quando o Serviço Nacional de Saúde (SNS) teve seus serviços colapsados, o desenvolvimento da estratégia das "linhas vermelhas", a vacinação, a vigilância genômica, bem como o aperfeiçoamento da coordenação da resposta e a transparência na comunicação.

A estratégia das linhas vermelhas, estabelecida em março de 2021, monitora indicadores que permitem estabelecer as melhores medidas a serem adotadas para cada momento da epidemia (Santos et al., 2021). O avanço da vacinação associada às demais medidas adotadas contribuiu para a redução de internamentos e mortalidade e uma certa estabilidade da pandemia, a despeito da elevação da incidência entre junho e julho de 2021 (Portugal, 2021a). Até ao dia 27 de agosto de 2021, foi realizada a sequenciação genômica em 14.748 amostras, sendo a variante predominante no país a Delta, representando 100% dos casos avaliados na semana 32/2021 (9 a 15 de agosto) (Portugal, 2021b).

Além de campanhas de conscientização e prevenção na mídia baseadas em fundamentos técnicos e científicos e realizadas em canais abertos (Correia et al., 2020), do desenvolvimento de sites com informações para população e profissionais de saúde (Weeb et al., 2021; Ares-Blanco et al., 2021) e linhas diretas para tirar dúvidas sobre a COVID-19 (Ares-Blanco et al., 2021), a comunicação da situação epidemiológica tem sido bastante transparente. São exemplos a publicação de relatórios de situação diários pela Direção-Geral da Saúde (DGS) desde os primeiros casos suspeitos, a disponibilização de relatórios semanais de situação sobre a curva epidêmica e os parâmetros de transmissibilidade da COVID-19 no âmbito nacional e estimativas para as regiões com mais casos reportados pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) (Portugal, 2021c). Além disso, as conferências de imprensa do Conselho de Ministros, nas quais a evolução da pandemia e a resposta nacional tem sido frequentemente pautadas, configurando-se principal instância de condução política da resposta; bem como as reuniões de apresentação da situação epidemiológica sobre a COVID-19 no país e outros eventos são disponibilizados nas redes sociais do governo português (Facebook, Instagram e Youtube).

Referências

Santos, A.P.; Nunes, B.; Gomes, B.M.; Nunes, C.; Gouveia, J.; Gomes, M. C.; Felgueiras, O. Linhas Vermelhas: epidemia de infecção por SARS-COV-2/ COVID-19. Portugal: República Portuguesa.Serviço Nacional de Saúde. Diretoria Geral de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Escola Nacional de Saúde Pública. Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. 2021. 33p.

Portugal. República Portuguesa. Situação Epidemiológica da Covid-19 em Portugal, 27.07.2021. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=n1EEzpu99-o. Acesso em: 27.08.2021. 2021a.

Ares-Blanco S, Astier-Peña MP, Gómez-Bravo R, Fernández-García M, Bueno-Ortiz JM. El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. Atención Primaria Octubre 2021; 53(8): 102134. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102134.

Weeb E, Hernández-Quevedo C, Williams G, Scarpetti G, Reed S, Panteli D. Providing health services effectively during the first wave of COVID-19: A cross-country comparison on planning services, managing cases, and maintaining essential services. Health policy July 2021. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.016.

Correia PMAR, Mendes IO, Pereira SPM, Subtil I. The Combat against COVID-19 in Portugal: How State Measures and Data Availability Reinforce Some Organizational Values and Contribute to the Sustainability of the National Health System. Sustainability 12(18): 7513. Published 11 september 2020. doi:10.3390/su12187513

Portugal. Diretoria Geral de Saúde (DGS). Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). [Análise de Risco] Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19 Relatório n.º 22 Lisboa: agosto, 2021. 18 p. Disponível em: http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/08/20210827_Monitorizacao_Epidemia_COVID-19.pdf Acesso em: 27/08/2021b.

Portugal. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Covid-19: curva epidémica e parâmetros de transmissibilidade. Disponível em: http://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/epidemiologia/covid-19-curva-epidemica-e-parametros-de-transmissibilidade/. Acesso em 27.08.2021. 2021c.

Comentários finais

Sistemas de saúde públicos e universais tiveram sua capacidade de resposta à pandemia testada e, em muitos casos, ficaram sobrecarregados, quando não colapsaram, como ocorreu na Inglaterra e em Portugal. Nesses dois países, os *lockdown*s e uma boa comunicação de risco auxiliaram no controle por meio da redução na incidência e mortalidade pela COVID-19. Já no Canadá, embora não tenha tido colapso do seu sistema de saúde, também público e universal, houve uma mortalidade excessiva e evitável nas instituições de longa permanência voltadas para os idosos durante a primeira onda.

A segunda onda, ocorrida entre setembro e outubro de 2020 em alguns locais e janeiro e abril de 2021 em outros, atingiu a maioria dos países estudados, independentemente da situação da primeira onda. Paradoxalmente, países que haviam se saído melhor na primeira onda viram a situação agravar-se com o recrudescimento dos casos, a exemplo de Cuba e de Portugal. Em contraposição, no caso italiano, o aprendizado entre esses dois momentos pôde ser observado: a experiência do colapso do sistema de saúde ocorrido em fevereiro de 2020 contribuiu para um melhor monitoramento e preparação para o enfrentamento da nova alta de casos. O cansaço pandêmico, o surgimento de novas variantes e o crescimento dos movimentos negacionistas e antivacina podem estar relacionados com esse fenômeno, a exemplo do ocorrido na Alemanha. As razões para o controle de ambas as ondas, como ocorreu no Uruguai e no Canadá, possivelmente estão relacionados às características da gestão da crise.

CADASTRO PARA BOLETIM

Quer receber atualizações sobre o desenvolvimento do projeto ObservaCovid, acompanhar a divulgação de seus resultados e o lançamento de novos produtos? Clique aqui para fazer seu cadastro no site e receber os próximos boletins, em primeira mão, diretamente em seu email!

PROJETO ANÁLISE DE MODELOS E ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA PANDEMIA DA COVID-19 (2020-2022)

Coordenação Geral do Projeto: Isabela Cardoso de M. Pinto

Colegiado Gestor: Carmen F. Teixeira; Isabela C.M. Pinto; Jairnilson Silva Paim, Ligia Maria Vieira da Silva, Luís Eugenio Portela de Souza, Rosana Aquino, Glória Teixeira, Mariluce Karla Bomfim de Souza, Marcelo Castellanos, Ligia Rangel, Monique A. Esperidião e Marcele Paim.

Pesquisadores: Acácia Lima, Ademar Arthur C. Reis, Alain Coulon, Ana Cristina Souto, Ana Flávia Cruz, Ana Luiza Vilasboas, Ana Maria Teixeira, Ana Paula dos Reis, Angélica Menezes, Áurea Paste, Bianca Maria Santos da Paz, Bruno Guimarães, Caio Castro, Camila Bulcão, Catharina M. Soares, Ceuci Nunes, Cleber Cremonese, Cristiane Abdon, Denise Nogueira Cruz, Ediná Costa, Ednir Souza, Eliana Auxiliadora Magalhães Costa, Erica Bowes, Erick Lisboa, Erika Aragão, Estela Aquino, Gisélia Santana Souza, Gerluce Alves Pontes, Iracema Viterbo, Jamacy Costa Souza, Janete Castro, Joilda Nery, Júlia Pescarini, Kátia Medeiros, Laise R. Andrade, Liliana Santos, Lívia Silva Angeli, Lucas Bottcher, Manoel Barral Netto, Márcia Costa, Marcio Natividade, Maria Clara Guimarães, Maria da Conceição N. Costa, Maria Guadalupe Medina, Monica Angelim, Morena Rezende, Natália Tavares, Patricia Sodré Araujo, Rosana Lopes, Sandra Garrido de Barros, Shirley Cruz, Silvana Vieira, Sisse Santana, Sônia Chaves, Soraya Belisário, Tania França, Thadeu Borges Santos, Thais Regis Aranha Rossi, Viviane Oliveira, Yara Oyram e Zulmira Hartz.

Equipe de Comunicação: Anannda Carla, Catarina Gomes Diego Corrêa, Egberto Siqueira, Gilson Rabelo, Inês Costal, Patrícia Conceição, Robério Lopes e Sérgio Santana.

Instituições Parceiras: Centro de Integração de Dados e Conhecimentos em Saúde (Cidacs/IGM/Fiocruz-Ba), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz, Instituto Couto Maia, Instituto de Física (UFBA), Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Universidade Federal Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Nova de Lisboa.

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
UFBA Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva UFBA
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÕES E COMUNICAÇÕES
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL