

CAPÍTULO 4

PANDEMIA DA COVID-19 EM MOÇAMBIQUE: EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS

Mohsin Sidat, MD, PhD¹

Ilesh Jani MD, PhD²

1. Departamento Académico de Saúde da Comunidade, Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane.

2. Direcção Geral, Instituto Nacional de Saúde de Moçambique.

Resumo

A COVID-19 passou com relativa rapidez de um surto localizado em Wuhan na China em Dezembro de 2019 para uma pandemia em Março de 2020. Verificou-se uma rápida evolução de casos e óbitos ao nível global sobretudo por causa da elevada contagiosidade quer através da transmissão pessoa-a-pessoa quer por meio dos fômites. Na maioria dos países de África Sub-Sahariana, incluindo Moçambique, a epidemia teve uma evolução diferente daquela que foi observada na Ásia, Europa e nas Américas. Não há ainda evidências concretas, mas algumas razões avançadas incluem aspectos como a demografia, prevalência populacional das co-morbidades, condições ambientais e adopção e implementação precoce das medidas de saúde pública para achatar a curva epidémica. Neste capítulo descreve-se as experiências de Moçambique com relação à epidemia do COVID-19, incluindo a evolução da epidemia desde a divulgação formal do primeiro caso positivo para COVID-19 em Moçambique a 22 de março de 2020. São ainda discutidas as medidas implementadas e os aspectos relacionados com o sistema de saúde do país que se mostraram críticos no enfrentamento e contenção da epidemia de COVID-19. Estando ainda a curva epidémica da COVID-19 em crescimento, a resiliência e o impacto a curto-médio prazo sobre o sistema de saúde e outros sectores sociais e económicos é ainda incerto sobretudo no contexto da pressão da sociedade moçambicana de querer retornar à “normalidade” ou à chamada “*nova normalidade*” da era com COVID-19.

Abstract

COVID 19 moved relatively quickly from an outbreak located in Wuhan, China in December 2019 to a full-blown pandemic in March 2020. A rapid evolution of cases and deaths were registered at a global level, mainly due to high contagiousness through either person-to-person transmission or fomites. In most countries in Sub-Saharan Africa, including Mozambique, the epidemic has evolved differently than in Asia, Europe and the Americas. There is still no concrete evidence to support this but some possible reasons that were advanced include aspects such as demography, population prevalence of comorbidities, environmental conditions and, early adoption and implementation of public health measures to flatten the epidemic curve. In this chapter, Mozambique's experiences in relation to the COVID 19 epidemic are described, including the evolution of the epidemic since the formal disclosure of the first positive case of COVID 19 in Mozambique on the 22nd of March, 2020. In addition, the measures implemented and

aspects relating to the country's health system, which proved to be critical in the confrontation and containment of the COVID 19 epidemic, are discussed. As the epidemic curve of COVID-19 continues to grow, resilience and the short-medium term impact on the health system and other social, and economic, sectors remains uncertain, especially in the context of pressure from the Mozambican society who want to return to “normalcy” or the so-called “new normality” of the era with COVID-19.

Introdução

Nos finais de 2019, um número crescente de indivíduos com pneumonia de provável etiologia viral foi observado na Cidade de Wuhan, Província de Hubei, na China¹. Em meados de janeiro de 2020, análises moleculares das amostras colhidas do trato respiratório dos pacientes acometidos com a referida pneumonia revelou um novo vírus da família dos coronavírus, sendo designado coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2)². O aumento relativamente rápido de indivíduos infectados com SARS-CoV-2 na China e em outros países levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar os caso, em 30 de janeiro de 2020, como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional, e em 10 de março de 2020, como pandemia. Dessa forma, a OMS alertou sobre a necessidade de os países, em nível global, implementarem medidas de prevenção e controle conhecidas até àquela altura assim como intensificarem a mobilização de recursos financeiros, materiais (incluindo material de proteção individual, sobretudo para o pessoal da saúde), entre outros, de forma a melhor enfrentamento da covid-19³, designada pela OMS, em 11 de fevereiro de 2020, como a doença causada pelo SARS-CoV-2⁴. A rápida disseminação da covid-19, resultando em pandemia, ocorreu, sobretudo, por causa da elevada contagiosidade quer por meio da transmissão pessoa a pessoa, quer por meio das gotículas respiratórias aéreas e fômites⁵. A doença evolui para um quadro clínico severo e morte em uma proporção importante de doentes, sobretudo na presença de comorbidades⁵.

Neste Capítulo, iremos descrever as experiências de Moçambique com relação à pandemia da covid-19, incluindo a sua evolução desde a divulgação formal do primeiro caso positivo para covid-19 em Moçambique até as diversas medidas definidas pelo governo. Finalmente, serão discutidos alguns aspectos na perspectiva de sistema de saúde que se mostraram críticos para o país no enfrentamento e contenção da pandemia de covid-19.

Epidemiologia da pandemia da covid-19

O surto da covid-19 teve início nos finais de dezembro de 2019, na Cidade de Wuhan, na China, com cerca de 12 mil casos e mais de 250 óbitos reportados até finais de janeiro de 2020. Ainda em janeiro, casos de covid-19 começaram a ser reportados em outros países da Ásia, da Europa e da América do Norte, levando a OMS a declarar Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional⁶. No início de março, observou-se um rápido crescimento em número de casos e de países afetados. Mais de 110 mil casos de covid-19 foram reportados em mais de 100 países, afetando todos os continentes⁷.

De acordo com os dados publicados na plataforma WHO Coronavirus Disease (COVI-19) Dashboard, até a data da preparação deste manuscrito, haviam sido reportados mais de 28,2 milhões de casos cumulativos da covid-19 em nível mundial, com mais de 911 mil mortes:

Na Figura 1, estão sumarizadas as estatísticas mundiais da covid-19.

Figura 1. Estatísticas dos casos e óbitos por covid-19 em nível Mundial

	Total Casos	Total Óbitos	Total Recuperados	Total Críticos	Casos Activos
TODO MUNDO	28.329.822 <small>289.756 últimas 24 horas</small>	913.931 <small>5.721 últimas 24 horas</small>	20.345.796 <small>233.236 últimas 24 horas</small>	60.741 <small>212 últimas 24 horas</small>	7.070.095 <small>50.799 últimas 24 horas</small>
ÁSIA	8.233.477	159.081	6.640.283	19.230	1.434.113
AMÉRICA DO NORTE	7.838.935	286.247	4.746.586	18.444	2.806.102
AMÉRICA DO SUL	6.935.687	224.019	5.647.925	15.185	1.063.743
EUROPA	3.954.816	211.562	2.211.845	6.352	1.531.409
ÁFRICA	1.330.038	32.117	1.068.493	1.500	229.428
OCEÂNIA	29.779	828	25.728	26	3.223

Fonte: worldometers.info | Informação 8:30 horas de 11/09/2020

O primeiro caso da covid-19 em África foi reportado no Egito, em 14 de fevereiro de 2020, seguido da Argélia, em 25 de fevereiro de 2020, e da Nigéria, em 27 de fevereiro de 2020⁵. O primeiro caso da covid-19 em Moçambique foi diagnosticado em 22 de março de 2020, na Cidade de Maputo³. Ao nível do continente africano, de acordo com Africa CDC, mais de 1,3 milhão de casos cumulativos foi reportado com mais de 32 mil

i. <https://covid19.who.int/> – dados de 12 de setembro de 2020

mortes, sendo a região da Austral de África a mais afetada, sobretudo a República da África do Sul (RAS) com 646.398 casos e 15.378 óbitos reportados por covid-19ⁱⁱ.

Na Figura 2, estão sumarizadas as estatísticas da covid-19 nos países africanos mais afetados.

Figura 2. Estatísticas dos casos e óbitos por covid-19 nos países africanos mais afetados

	Total Casos	Total Óbitos	Total Recuperados	Total Críticos	Casos Activos
TOTAL ÁFRICA	1.330.038	32.117	1.068.493	1.500	229.428
ÁFRICA DO SUL	644.438	15.265	573.003	539	56.170
EGIPTO	100.557	5.590	81.597	41	13.370
MARROCOS	79.767	1.491	61.850	240	16.426
ETIOPIA	62.578	974	23.640	309	37.964
NIGÉRIA	55.829	1.075	43.810	7	10.944
ARGÉLIA	47.219	1.581	33.562	40	12.076
GANÁ	45.313	283	44.188	5	842

Fonte: CDC AFRICA & worldometers.info | Informação 10.00 horas de 11/09/2020

Excluindo a RSA, os outros países vizinhos de Moçambique têm uma pandemia com cenário comparável, como ilustra a Figura 3 (abaixo).

Figura 3. Total de casos (cumulativos) da covid-19 reportados nos países vizinhos de Moçambique

ÁFRICA DO SUL*		644.438
ZÂMBIA*		13.214
ZIMBABUÉ		7.453
MALAWI		5.655
ESWATINI*		4.994
TANZÂNIA*		509

* Países com transmissão comunitária

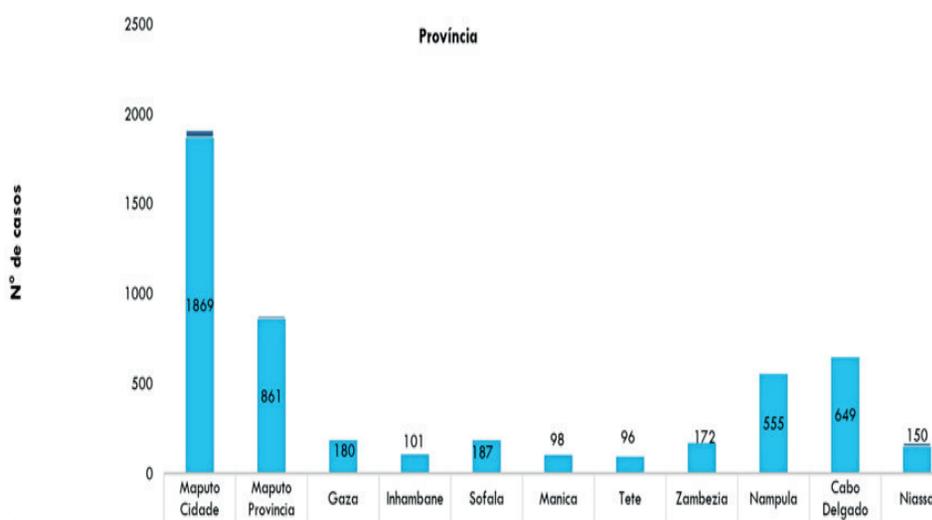
Fonte: CDC AFRICA, Informação 10:00 horas de 11/09/2020.

ii. <https://africacdc.org/covid-19/> – dados de 12 de setembro de 2020

No que diz respeito a Moçambique, a pandemia está ainda na fase de crescimento e já reportou 4.918 cumulativos e 31 óbitos por covid-19, tendo realizado mais de 1,9 milhão de indivíduos rastreados com 110.310 testagens, com 105.392 testagens com resultados negativoⁱⁱⁱ.

A ocorrência e a distribuição de casos em Moçambique são desiguais, com algumas províncias mais afetadas que outras. Na Figura 4, são apresentados os casos reportados cumulativos por províncias em Moçambique até ao dia 11 de setembro de 2020.

Figura 4. Distribuição dos casos reportados cumulativos da covid-19 por províncias em Moçambique até ao dia 11 de setembro de 2020^{iv}.



Nota-se, na Figura 4, o predomínio dos casos na Cidade de Maputo e Província de Maputo, seguido de Cabo Delgado e Nampula. Vários fatores poderão justificar as diferenças, incluindo o contato com outros países vizinhos (por exemplo, RSA) ou países altamente afetados pela covid-19 por meio das ligações aéreas (como RSA, Portugal, outros), densidade e mobilidade interna e/ou externa da população nas províncias, nível de desenvolvimento urbano e das atividades socioeconômicas nas províncias, entre outras.

Moçambique tem realizado inquéritos soropidemiológicos para SARS-CoV-2 (InCOVID 2020) por intermédio do seu Instituto Nacional de Saúde. Até a data, já foram realizados e divulgados os resultados preliminares dos inquéritos realizados em:

iii. <https://www.misau.gov.mz/index.php/informacao-sobre-coronavirus-covid-19> – dados de 12 de setembro de 2020

iv. Informação divulgada pelo Ministério da Saúde de Moçambique a 11/09/2020

Nampula (divulgados em 01/07/2020); Pemba (divulgados em 27/07/2020); Maputo (divulgados em 31/08/2020) e Quelimane (divulgados em 3/10/2020). Na altura da preparação deste Capítulo, estava em curso o inquérito soroepidemiológico em Tete. Os testes sorológicos utilizados detectavam a presença de anticorpos (IgM e/ou IgG) contra o SARS-CoV-2 no sangue capilar. O tempo de reação da testagem era de 10 a 15 minutos. Foi aplicado um questionário adequado ao modelo da OMS para inquéritos de SARS-CoV-2, e os dados foram recolhidos usando *Tablets* ou *Smartphones*; em que o controle dos dados foi feito em tempo real. Os resultados dos inquéritos soroepidemiológicos estão sumarizados na Tabela 1^v.

Tabela 1. Sumário dos resultados dos inquéritos soroepidemiológicos realizados em algumas cidades capitais de algumas províncias de Moçambique

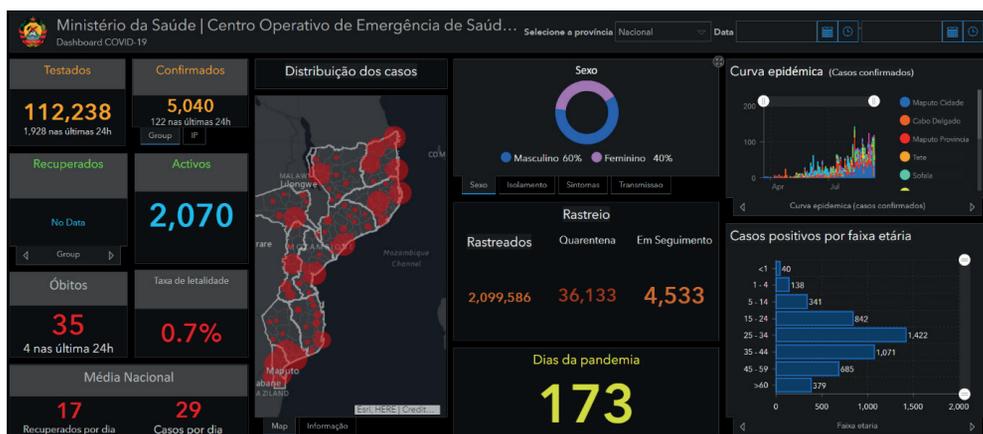
Parâmetros considerados ou avaliados	Cidades Capitais das Províncias Moçambicanas			
	Nampula	Pemba	Cidade de Maputo	Quelimane
Teste serológico aplicado	Teste Rápido Qualitativo (STANDARD Q COVID-19 IgM/ IgG Duo)	Teste Rápido Qualitativo (QINGDAO HIGHTOP BIOTECH IgM/ IgG Duo).	Teste Rápido Qualitativo (Panbio™ COVID-19 IgG/ IgM Rapid Test Duo, Abbott Laboratories).	Teste Rápido Qualitativo (Panbio™ COVID-19 IgG/ IgM Rapid Test Duo, Abbott Laboratories).
Amostragem populacional (comunidade)	Agregados familiares (AF) selecionados em todos bairros da cidade (n= 416 AFs ~ 1.248 participantes). Amostragem Probabilística (aleatória), multi-etápica e estratificada.	Agregados familiares (AF) selecionados em todos bairros da cidade (n= 576 AFs ~ 1.728 participantes) Amostragem Probabilística (aleatória), multi-etápica e estratificada.	Agregados familiares (AF) selecionados em todos bairros da cidade (n=3.060 AFs ~ 6.120 participantes). Amostragem Probabilística (aleatória), multi-etápica e estratificada.	Agregados familiares (AF) selecionados em todos bairros da cidade (n= 1600 AFs ~ 5.066 participantes). Amostragem Probabilística (aleatória), multi-etápica e estratificada.

v. Nota: os dados apresentados na Tabela 2 foram baseados nos Relatórios Preliminares divulgados pelo MISAU na página <https://www.misau.gov.mz/index.php/boletins-mensais-cov2-2>

Parâmetros considerados ou avaliados		Cidades Capitais das Províncias Moçambicanas			
		Nampula	Pemba	Cidade de Maputo	Quelimane
Amostragem dos profissionais de saúde e outros grupos profissionais		Não-probabilística, por conveniência; Profissionais de Saúde (n=500); Transportadores públicos e privados, incluindo taxistas, moto-táxis (n=250); Vendedores de mercados formais e informais (n=950); Forças de Defesa e Segurança (n=500); Outros grupos (n=500)	Não-probabilística, por conveniência; Profissionais de Saúde (n=1350); Transportadores públicos e privados, taxistas, moto-táxis (n=500); Funcionários dos estabelecimentos comerciais (n=120); Vendedores de mercados formais e informais (n=1450) Polícia da República (n= 500)	Não-probabilística, por conveniência; Profissionais de Saúde (n=1293); Transportadores públicos e privados (n=650); Funcionários dos estabelecimentos comerciais (n=865); Vendedores de mercados formais e informais (n=1230) Funcionários do porto e aeroporto (n=336); Forças de Defesa e Segurança (n= 550) Funcionários e residentes em lares dos Idosos (n=100)	Não-probabilística, por conveniência Profissionais de Saúde (n=543); Transportadores públicos e privados, taxistas, moto e bicicleta-táxis (n=367); Vendedores de mercados formais e informais (n=1123); Forças de Defesa e Segurança (n= 390); Outros grupos (n=200)
	Comunidade/ Agregados Familiares	5,0%	2,5%	3,79%	2,5%
	Profissionais de Saúde	7,0%	5,5%	2,63%	3,7%
	Vendedores de mercados	10,0%	6,5%	5,22%	1,6%
	Funcionários dos Estabelecimentos comerciais	5,0%	5,4%	4,54%	1,0%
	Transportadores	3,0%	4,8%	2,25%	7,4%
	Forças policiais, de defesa e segurança	6,0%	3,7%	3,94%	3,1%
	Lar de Idosos	n/a	n/a	1,18%	n/a
	Aeroporto e porto	n/a	n/a	3,31%	n/a
% dos positivos sem sintomatologia		66%	70,0%	70,62%	78%

Na Figura 5, apresenta-se o *screen-shot* da página web que mostra a situação da pandemia da covid-19 em Moçambique, em que se pode igualmente observar a distribuição de casos por sexo e em diferentes grupos etários. Por outro lado, pode-se observar o número de indivíduos rastreados, em quarentena e em seguimento. No dia 12 de setembro de 2020, havia 4.927 indivíduos em isolamento domiciliar e 113 pacientes hospitalizados. A grande maioria de casos foi resultado da transmissão local, mas foram identificados 283 casos de covid-19 importados. A taxa de positividade passou a ser de 4,5% (dos indivíduos que são testados diariamente, cerca de 4,5 % resultam em positivos).

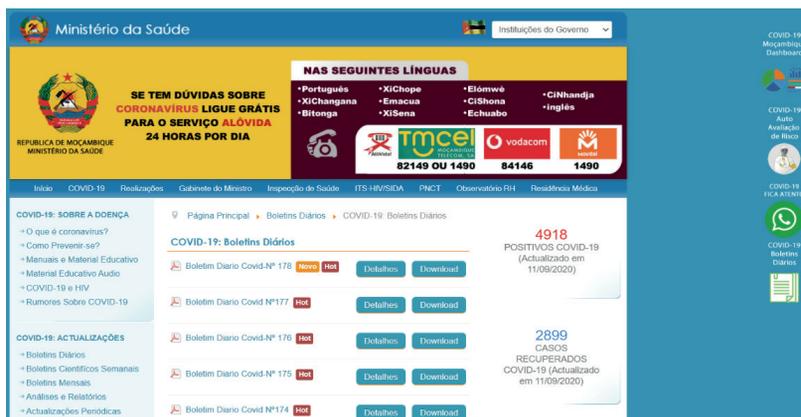
Figura 5. *Screen-shot* da página web que mostra a situação da pandemia da covid-19 em Moçambique^{vi}



Essa página tem sido um recurso importante para profissionais de saúde, membros do governo, entidades públicas e privadas do setor de saúde e outros setores, sobretudo no que diz respeito à monitoria da evolução da pandemia em Moçambique. O *link* desta página web está em outra página que o Ministério da Saúde criou especificamente para a covid-19 e que está ilustrada em forma de *screen-shot* na Figura 6:

vi. *Screen-shot* obtido a 12 de Setembro de 2020 do website seguinte: <https://experience.arcgis.com/experience/28d6725c51e545af8583f91c5494c624>.

Figura 6. *Screen-shot* da página *web* como recurso disponível para profissionais de saúde, membros do GOVERNO e o público no geral especificamente criado no contexto da covid-19 em Moçambique^{vii}.



Os casos de covid-19 em nível mundial, em África e em Moçambique, continuam a aumentar. Em alguns países, a pandemia entrou na fase decrescente em junho/julho de 2020, depois de um pico em maio/junho. Diante da redução progressiva dos casos e óbitos, instalou-se algum otimismo e criaram-se expectativas para um retorno gradual à normalidade possível (popularizada a expressão “novo-normal”) ante o risco ainda presente da transmissão da covid-19. Muitos países começaram a relaxar as medidas de contenção e a permitir a reabertura de alguns setores produtivos, sociais, entre outros. Foram definidas estratégias para o retorno ao “novo-normal”, em que algumas medidas deviam prevalecer, como: uso de máscaras em lugares públicos; observância de distanciamentos sociais; observância de medidas de higiene e coletivas, entre outras. Apesar disso, muitos países começaram a observar ao recrudescimento da pandemia da covid-19, ao que designaram por “segunda vaga epidêmica” (apesar de ser ainda difícil apurar se, de fato, seria uma segunda vaga, pois as evidências ainda são escassas sobre esse assunto). Os mídia têm relatado sobre as consequências sociais e econômicas relativamente graves decorrentes da implementação de medidas de contenção rígidas, com a quase total paralisação multissetorial, sobretudo o setor industrial e comercial, o setor de educação, cultura e arte, entre outros. Contudo, evidências efetivas do impacto negativo das medidas de contenção também ainda são escassas e, algumas vezes, contraditórias; e eventualmente só daqui a alguns anos se saberá mais e melhor sobre essa questão.

vii. *Screen-shot* obtido a 12 de Setembro de 2020 do website seguinte: (<https://www.misau.gov.mz/index.php/boletins-mensais-cov2-2>)

Medidas para contenção da pandemia da covid-19

A disseminação relativamente rápida da covid-19, desde a divulgação do surto em Wuhan na China, colocou desafios aos governos de todos os países no sentido de desenvolverem políticas e estratégias sob orientação da OMS para reduzir ou mitigar o impacto da pandemia, principalmente sobre os sistemas de saúde⁵. Assim, todos os países intensificaram os esforços de prevenção e controle da covid-19 no sentido de alcançar aquilo que ficou popularizado como “achatamento da curva”⁸. Esse termo refere-se à combinação de estratégias e intervenções implementadas com a finalidade de desacelerar a disseminação da covid-19, procurando dispersar os casos ao longo de tempo de forma a “achatar” o pico da pandemia e prevenir sobrecarga súbita que ultrapasse as capacidades de resposta existentes ao nível dos serviços de saúde em cada país⁸.

O nível de implementação das medidas de controle variou de país a país. Apesar dos esforços na contenção da pandemia, a ocorrência de casos e mortes por covid-19 foi progressivamente aumentando; e, em alguns países, com consequências mais severas que outros quanto à morbidade, mortalidade e impacto social, econômico e sobre o sistema de saúde⁹. As razões das diferenças na severidade das epidemias ainda estão por ser apuradas apesar de já terem sido avançadas algumas hipóteses, como as características demográficas das populações, a magnitude da prevalência das doenças cardiovasculares e metabólicas, as condições ambientais (temperatura, humidade), entre outras possibilidades⁹.

Moçambique também foi seguindo as recomendações da OMS. O Ministério da Saúde de Moçambique publicou a primeira versão do Plano Nacional de Preparação e Resposta à Pandemia da Covid-19 no início do mês de março de 2020¹⁰, mesmo antes de reportar o primeiro caso no país (em 22 de março de 2020). No entanto, o documento do Plano faz referência à ocorrência de casos na RAS e Eswatini (ex-Suazilândia) e, portanto, espera-se já a possibilidade de ocorrerem casos também no país. O Plano foi elaborado com base no Regulamento de Saúde Internacional de 2005 e nos vários documentos orientadores sobre a covid-19 da OMS¹⁰. É arrolado no Plano um conjunto de medidas a serem implementadas no país por cada um dos diferentes setores do governo. O Plano apresentava igualmente algumas diretrizes concretas de operacionalização da resposta para minimizar e/ou conter o impacto da pandemia da covid-19 sobre o sistema nacional de saúde, particularmente sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e outros setores sociais e econômicos do país. O Plano antecipava revisões e atualizações perante a evolução da pandemia, mas tal não aconteceu até a data deste manuscrito.

Esse Plano foi como que o primeiro instrumento legal à disposição do governo para implementação de medidas para reduzir o risco e mitigar o impacto da introdução da COVID-19 no país. Os riscos da introdução dessa doença no país, na fase inicial da pandemia, estavam potencialmente relacionados com a entrada, no território, dos indivíduos provenientes de países com casos confirmados (por meio dos aeroportos e fronteiras terrestres). Por isso, por exemplo, o país começou, logo em meados de março de 2020, a implementar o rastreio dos viajantes nos aeroportos, portos e fronteiras terrestres e a “recomendar quarentena obrigatória por um período de 14 dias aos cidadãos provenientes dos países com um cumulativo de casos superior a 1000 e transmissão local ativa de 100 casos por dia”¹¹.

Ao nível do Serviço Nacional de Saúde, foram mobilizados recursos para capacitação dos profissionais de saúde sobre os vários aspectos da covid-19, sensibilização para observância com rigor das medidas de proteção individual dos trabalhadores de saúde e partilhados os algoritmos adaptados pelo Ministério da Saúde para abordagem clínico-terapêutica e preventiva dos doentes e seus contatos. Foi reforçada a capacidade do laboratório para testagem, e pessoal técnico treinado para o efeito. Na Figura 7, estão representadas as diferentes fases de implementação do Plano de Resposta à covid-19¹¹.

Figura 7. Fases de implementação do Plano de Resposta à covid-19¹¹.

Fases de Implementação do Plano de Resposta ao COVID-19			
O plano de implementação é elaborado e aplicado em função de 02 (dois) critérios: 1. Progressão da epidemia no tempo e no espaço 2. Transmissibilidade e/ ou a gravidade da doença			
Fase 0: Pré-epidémica	Fase 1: Epidémica	Fase 2: Intra-epidémica	Fase 3: Pós-epidémica
1. Preparação	2. Alerta	3. Controlo	4. Avaliação
Sem indicação da existência de casos	Detecção do primeiro caso suspeito	02 ou mais casos confirmados e declaração da epidemia	Sem indicação da existência de novos casos por 48 dias
Sistema de vigilância do COV2	Investigação epidemiológica	Adopção e implementação de estratégias de controlo	Declaração do fim da epidemia
Medidas de precaução para o Controlo da Infecção	Colheita e envio de amostras	Coordenação Vigilância e laboratório	Resumo das actividades sociais e de todos os aspectos de estigma
Programa de Promoção da Saúde	Levantamento das necessidades de recursos	Intervenções sociais Mídias	Resumo das actividades da fase de preparação
Colaboração com os Serviços de Migração e estrangeiros (SME)	Interpretação dos resultados de laboratório	Manejo de Casos	Preparação do Relatório final da epidemia
Alerta precoce sobre passageiros sintomáticos de Países afectados	Tomada de decisão	Questões de ética Logística	Anotações de relevo Avaliação da gestão da epidemia

O Plano descreve quatro possíveis cenários para pandemia de covid-19 no país, de acordo com a classificação proposta pela OMS. Os cenários são¹⁰:

- Cenário 1: sem casos, ou seja, nenhum caso reportado no país;
- Cenário 2: casos esporádicos, ou seja, um ou mais casos, importados ou adquiridos localmente no país;
- Cenário 3: aglomerados de casos, ou seja, casos majoritariamente transmitidos localmente e identificadas por meio das cadeias de transmissão local no país;
- Cenário 4: transmissão comunitária, ou seja, casos em que não se consegue relacionar com outros casos confirmados por meio das cadeias de transmissão ou aumento dos casos testados positivos em amostras colhidas por rotina em postos sentinelas (de vigilância).

Para a classificação de casos (como suspeito, provável e confirmado), foram usadas as recomendações emanadas também pela OMS. A classificação apresentada no Plano mostrou-se desatualizada em pouco tempo; e, por isso, foram sendo produzidas atualizações para auxiliar os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados dos doentes potencialmente com covid-19 e aqueles profissionais envolvidos no rastreio e testagem dos contatos. As atualizações foram sendo divulgadas nas atualizações diárias da situação da covid-19 no país por intermédio das conferências de imprensa e outros meios, incluindo a página web especificamente desenvolvida para covid-19 com informações do país, da região e do continente africano e do mundo. Os avanços ou novidades científicas foram igualmente sendo divulgadas à medida que emergiam com base nas experiências de vários países, incluindo divulgações feitas pela mídia e pelos canais científicos credenciados.

O Ministério da Saúde de Moçambique, portanto, desenvolveu uma página web, desde os meados de março de 2020, na qual partilha as revisões e outras atualizações sobre covid-19 em Moçambique e no mundo; e que é mostrada na Figura 3 (acima). Ressalta-se que, nessa página web, são apresentadas a evolução da pandemia da covid-19 no país (por meio do *link* COVID-19 Moçambique Dashboard); COVID-19 Auto-Avaliação do Risco (permite a qualquer indivíduo autoavaliar o seu risco de estar infectado ou ser potencialmente contato de um caso positivo); COVID-19 Boletins Diários (em que são partilhadas estatísticas diárias do país, de África e do mundo); e COVID-19 Fique Atento (plataforma social WhatsApp para interagir com pessoal do Instituto Nacional de Saúde para esclarecimento de dúvidas e outras interações sociais). Para além disso, representantes da Direcção Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Saúde apresentam diariamente, por intermédio das redes televisivas em forma de conferência de imprensa em direto, a situação e a evolução da covid-19 no país, na região africana e no mundo. Os jornalistas e demais presentes têm oportunidade de

colocar questões e serem esclarecidos de imediato nessas conferências de imprensa. Assim, por meio desses diferentes mecanismos, a população moçambicana mantém-se informada e atualizada sobre a pandemia da covid-19 no país, na região africana e no mundo e é sensibilizada para aspectos específicos para prevenção e controle da pandemia da covid-19 no país.

Em 11 de março de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como pandemia, e em 12 de março, o Ministro da Saúde emitiu o Despacho nº 3/GMS/2020, criando Comitê de Emergência ao nível do Ministério da Saúde (Misau) com o objetivo de assegurar a coordenação à resposta à pandemia da covid-19 e emergências decorrentes do período chuvoso e outros eventos de saúde pública¹². A Comissão incluía representantes das diferentes Unidades Orgânicas e Entidades tuteladas pelo Misau, arrolando 17 atividades/funções relacionadas com a área de emergência e 14 para área de gestão de informação. Esse mesmo Despacho criou sete subcomissões de trabalho, integrando nelas Comissões representantes da OMS, CDC e Unicef, sobretudo para efeitos de assessoria técnica, consulta e metodologia. O Comitê de Emergência do Misau deveria reunir-se ordinariamente duas vezes por semana e, extraordinariamente, sempre que fosse necessário¹².

Ante o aumento progressivo de casos de covid-19, sobretudo nos países vizinhos, Moçambique reforçou as medidas que começou por implementar em março, nomeadamente: distanciamento social; medidas de higiene individuais e coletivas (lavagem das mãos e etiqueta da tosse, desinfecção frequente do ambiente de trabalho, entre outros); quarentena por 14 dias de todos os indivíduos provenientes dos países com casos de covid-19 reportados; isolamento domiciliar ou hospitalização de indivíduos testados positivos para covid-19; rastreio dos contatos e restrição de aglomerações para o máximo de 50 indivíduos. As atividades de capacitação dos profissionais de saúde foram reforçadas, principalmente em matéria de proteção individual e, também, no diagnóstico e manejo de casos suspeitos ou confirmados de covid-19. Algoritmos apropriados foram desenvolvidos e partilhados a todos os níveis do SNS, bem como aos níveis dos governos provinciais e distritais.

Em 30 de março, o Presidente da República fez uma comunicação à nação sensibilizando os moçambicanos para maior rigor na adoção das medidas de prevenção e controle da covid-19 e comunicou a criação de uma Comissão Técnico-Científica com representantes de diferentes setores da sociedade moçambicana e que englobava os peritos das diferentes áreas científicas com finalidade de assessorar o governo da tomada de decisões com base em evidências técnico-científicas¹³. Na altura desta intervenção, o Presidente refere oito casos de covid-19, sendo seis deles importados e dois

de transmissão local (isto é, em 30 de março de 2020)¹³. Nessa mesma comunicação, o Presidente da República decretou a implementação das medidas de nível III de Alerta da covid-19 com base na assessoria recebida da Comissão Técnico-Científica e decretou o Estado de Emergência, que foi a primeira vez em Moçambique pós-independência, perante ameaça crescente da pandemia da covid-19 no país¹³.

O primeiro Estado de Emergência teve assim o seu início em 1º de abril de 2020 e teria a duração de 30 dias. Nos meses subsequentes, e diante do progressivo aumento de casos de covid-19, sobretudo de transmissão local e de algumas mortes relativas a ela, o Estado de Emergência foi sendo prorrogado. No dia 5 de agosto, o Presidente da República declarou novamente o Estado de Emergência em todo o país, que entrou em vigor em 8 de agosto com duração até ao dia 6 de setembro de 2020. As justificações para sucessivas prorrogações assentam no aumento progressivo de casos da doença e óbitos por covid-19 no país.

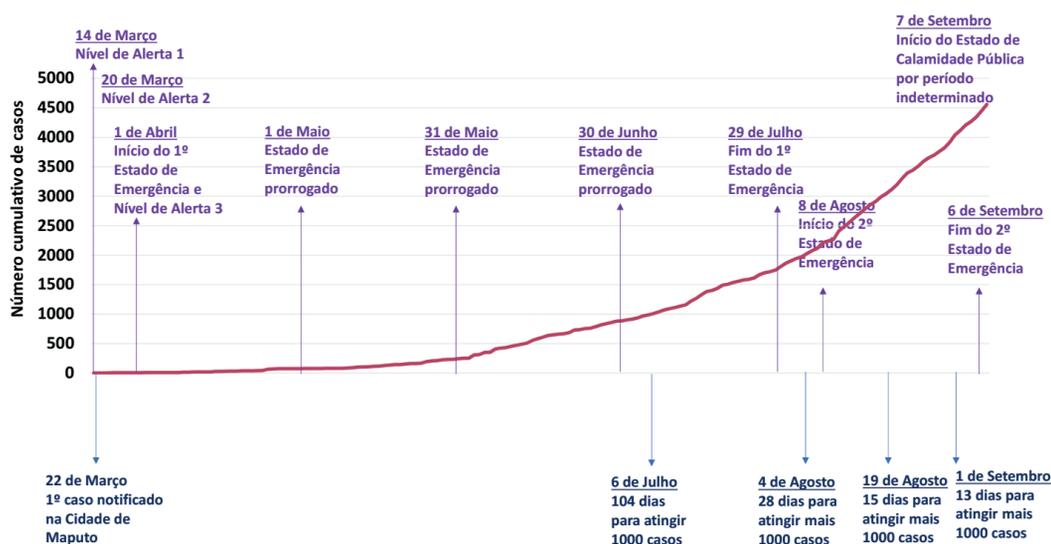
Na sequência do Decreto Presidencial nº 11/2020, foi declarado o Estado de Emergência por 30 dias, por razões de calamidade pública. Foi arrolado um conjunto de medidas e diretrizes a serem observadas em todo o território nacional. Por exemplo, o art. 3º do Decreto Presidencial nº 11/2020 estipulava:

- a. Suspensão da emissão de vistos de entrada e cancelamento dos vistos emitidos;
- b. Reforço das medidas de quarentena domiciliária de 14 dias, para todas as pessoas que tenham viajado recentemente para fora do país, para os que estejam chegando ao país e todas as pessoas que tenham tido contato direto com casos confirmados de covid-19, observando-se as medidas preventivas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;
- c. Suspensão das aulas em todas as escolas públicas e privadas, desde o ensino pré-escolar até ao ensino universitário;
- d. Proibição de realização de eventos públicos e privados, como cultos religiosos, atividades culturais, recreativas, desportivas, políticas, associativas, turísticas e de qualquer outra índole, excetuando questões inadiáveis do Estado ou sociais, como funerais, devendo, em todos casos, ser adotadas as medidas de prevenção; emanadas pelo Ministério da Saúde;
- e. Obrigatoriedade de implementação de medidas de prevenção em todas as instituições públicas e privadas e transporte de passageiros.

O art. 6º, por sua vez, estipulava a punição legal (considerando crime) a todas as situações de desobediência às diretrizes do Decreto Presidencial nº 11/2020. O art. 7º obriga todas as entidades públicas e privadas a colaborar com as autoridades na execução do Estado de Emergência declarado no país.

As avaliações regulares do Sector de Saúde e da Comissão Técnico-Científica multidisciplinar e multisetorial, o Presidente da República foi renovando os Estados de Emergência. A situação da covid-19 no país estava a agravar-se progressivamente apesar do número de casos estar abaixo da capacidade criada pelo Sistema de Saúde do país. A curva epidémica estava tendo um crescimento relativamente lento, com a quase totalidade de indivíduos testados positivos para a covid-19 serem assintomáticos ou com sintomatologia ligeira a moderada. Os Centros de hospitalização e isolamento dos doentes com covid-19 estavam com uma taxa de ocupação relativamente baixa. Na Figura 5, apresenta-se a evolução da curva epidémica da covid-19 em Moçambique e estão indicados os momentos de renovação do Estado de Emergência.

Figura 8: Evolução temporal da pandemia da COVID-19 em Moçambique com indicação dos momentos de implementação dos Estados de Emergência e início do Estado de Calamidade Pública por período indeterminado^{viii}.



Muito se tem questionado sobre as razões por detrás de um crescimento consideravelmente lento e modesto da pandemia da covid-19 em Moçambique, sobretudo se comparadas com a RAS e outros países da região. As razões deste cenário distinto da pandemia da covid-19 no país não estão ainda apuradas. Há, no entanto, algumas especulações na sociedade e, sobretudo, entre os académicos e demais profissionais da saúde, incluindo:

viii. Figura elaborada pelos autores.

- O país tomou medidas para contenção da pandemia de forma precoce, principalmente com relação à entrada por meio dos portos, aeroportos e fronteiras terrestres (as medidas implementadas desde março com vigilância fortalecida em uma colaboração conjunta entre a Direcção Nacional de Saúde Pública/Misau, o Instituto Nacional de Saúde, Serviços de Migração, a polícia, entre outros);
- O Plano Nacional de Preparação e Resposta à Pandemia da Covid-19 foi produzido no início do mês de março de 2020 e sua implementação foi imediata;
- O país tem histórico de surtos e epidemias assim como de calamidades naturais recorrentes nas últimas décadas, que permitiu ir desenvolvendo capacidade nacional de preparação e resposta concertada envolvendo múltiplos setores públicos e privados;
- O país possui uma população majoritariamente jovem e com índices de comorbidades cardiovasculares, metabólicas e outras relativamente mais baixas que outros países (incluindo países vizinhos como RAS, Zimbábue, Malawi, entre outros);
- O país tem um histórico de cobertura vacinal relativamente alta, incluindo para BCG e para a poliomielite (neste último caso, esforços nesses últimos anos para erradicação do vírus da pólio selvagem em África levaram a sucessivas campanhas de vacinação contra pólio no país);
- A circulação do SARS-CoV-2 provavelmente seja relativamente baixa no país, e os poucos indivíduos testados positivos tomaram as devidas precauções contribuindo para a manutenção de níveis de transmissão baixos;
- As estratégias de despistagem epidemiológica de contatos, testagem, isolamento dos expostos e testados negativos, quarentena dos expostos e testados positivos, seguimento rigoroso dos indivíduos em isolamento e em quarentena, entre outras medidas poderão igualmente ter contribuído para cortar cadeias de transmissão e reduzir a circulação de indivíduos que potencialmente seriam transmissores da doença na comunidade.

No entanto, há quem diga que o país não está testando o suficiente, especialmente devido às limitações que tem em recursos tecnológico-laboratoriais e outros. Mesmo assim, a vigilância passiva dos casos da covid-19 tem demonstrado uma clara ausência de ocorrência de casos sugestivos/suspeitos da doença em nível comunitário e das Unidades Sanitárias. Eventualmente, haverá muito mais casos do que reportados pelas autoridades sanitárias, mas, certamente, a grande maioria dos casos será de assintomáticos ou em indivíduos com sintomatologia ligeira a moderada que não procuram

cuidados nas Unidades Sanitárias públicas e privadas. Aliás, os inquéritos soroepidemiológicos acima referidos mostram a grande proporção de indivíduos assintomáticos e/ou com sintomatologia muito ligeira (vide Tabela 1).

Moçambique e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

O desempenho de Moçambique para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030 tem sido insatisfatório. Um Relatório publicado em 2019 pela SDG Center for Africa and Sustainable Development Solutions Network¹⁴ coloca o país no 30º lugar de um total de 50 países africanos no que diz respeito ao desempenho para alcance dos ODS. Outro Relatório publicado ainda mais recentemente, intitulado *The Sustainable Development Goals and COVID-19. Sustainable Development Report 2020*¹⁵, coloca Moçambique no lugar 140 de um total de 166 países ao nível Mundial. Esse último relatório foi produzido já no contexto do impacto negativo da pandemia da covid-19 sobre os ODS e apresenta riscos de eventuais retrocessos em alguns Objetivos¹⁵. De acordo com esse relatório, os ODS com risco significativo de retrocessos são: ODS 1 (Erradicação da Pobreza); ODS 2 (Fome Zero e Agricultura Sustentável), ODS 3 (Saúde e Bem-Estar); e ODS 8 (trabalho Decente e Crescimento Econômico)¹⁵.

No caso de Moçambique, dos 17 ODS, apenas o ODS 8 e o ODS 13 foram considerados como estando em crescimento satisfatório e com tendência alinhada ao alcance das metas estabelecidas para 2030. Os ODS 8 e 13 são, do mesmo modo, os que eventualmente estarão isentos dos efeitos negativos da pandemia da covid-19. Há sete ODS que demonstram uma melhoria moderadamente satisfatória resultante dos ganhos conseguidos no passado recente, nomeadamente: ODS 2, ODS 3, ODS 4, ODS 5, ODS 6, ODS 11 e ODS 14. Há cinco ODS considerados como estando em estagnação, que são: ODS 1, ODS 7, ODS 15, ODS 16 e ODS 17. O ODS 9 foi considerado como estando em decréscimo, e o ODS 10 e o ODS 12 não dispõem de informação. Entretanto, o desempenho de Moçambique para o alcance dos ODS rumo ao alcance das metas estabelecidas para 2030 é considerado insatisfatório^{14,15}.

De modo geral, Moçambique regista progressos no setor da saúde que se podem considerar positivos, com nítida tendência para a melhoria gradual, mas lenta dos principais indicadores do estado de saúde do país, em paralelo com melhorias significativas dos indicadores socioeconômicos nas últimas três décadas. Essa evolução reflete-se também na expansão e na melhoria gradual dos diversos componentes essenciais do sistema de saúde do país, incluindo aumento da rede das Unidades Sanitárias e Hospitalares¹⁶ e dos recursos humanos de saúde (RHS) em quantidade e qualidade¹⁷. Apesar

disso e de todos os esforços empreendidos pelo governo e seus parceiros de cooperação, Moçambique está ainda longe de alcançar as metas dos ODS até 2030 com os quais se comprometeu.

O Sistema de Saúde e a contenção da pandemia da covid-19

Moçambique é um país com cerca de 800 mil km², dividido administrativamente em 11 Províncias com um total de 154 Distritos. O país tem cerca de 4.330 km de fronteira terrestre com a Tanzânia, o Malawi, a Zâmbia, o Zimbábue, a Suazilândia e a RAS. A população do país, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (<http://www.ine.gov.mz/>), está estimada em aproximadamente 30 milhões de habitantes, com cerca de 66% vivendo nas zonas rurais. Do total, cerca de 15,5 milhões de habitantes são do sexo feminino. A população é relativamente jovem, com cerca 47% pertencente ao grupo etário dos 0-14 anos, 50% ao grupo dos 15-64 anos e apenas cerca de 3% ao grupo com mais de 65 anos de idade.

O perfil epidemiológico de Moçambique caracteriza-se, sobretudo, por predomínio de doenças infecciosas ou transmissíveis, como malária, tuberculose, infecção por HIV, doenças diarreicas (incluindo surtos recorrentes de cólera), doenças respiratórias, doenças sexualmente transmissíveis, doenças parasitárias, entre outras. O peso das doenças não transmissíveis está crescendo, incluindo das doenças cardiovasculares, diabetes e outras doenças metabólicas, doenças mentais e morbidades associadas ao trauma e violência de causa diversa.

Várias políticas e estratégias são tidas como referência para apoiar o setor da saúde em Moçambique, com destaque para o Programa Quinquenal do Governo (2014-2019 e 2020-2024), o Plano Econômico e Social Anual (PES 2015-2019, 2020), a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a Agenda 2025, o Plano Estratégico de Sector de Saúde (PESS 2015-2019), os Planos Estratégicos Sectoriais Provinciais e Distritais, o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (2008-2015 e 2016-2025), entre outros.

O Sistema de Saúde em Moçambique é caracterizado por três setores que se complementam:

- Setor público: constituído pelo SNS que está estruturado em quatro níveis de cuidados de saúde, assegurando os cuidados integrados de saúde por meio de um sistema de referência. Assim, os cuidados de saúde no contexto do SNS são prestados aos diferentes níveis de Unidades Sanitárias e Hospitalares, nomeadamente: Centros de Saúde e Hospitais Distritais, Hospitais Provinciais e quatro Hospitais Centrais (em Maputo, Beira, Nampula e Quelimane).

- Setor privado: composto por instituições com fins lucrativos (predominantes nas capitais provinciais sobretudo) e outros não lucrativos;
- Setor comunitário: envolvendo essencialmente os chamados agentes polivalentes elementares (agentes comunitários), mas também os praticantes de medicina tradicional prestam cuidados de saúde ao nível comunitário.

O SNS constitui a rede de cuidados de saúde (incluindo hospitalares de referência) mais importante. O financiamento para o SNS tem melhorado, nos últimos anos, mas é ainda consideravelmente dependente da Ajuda Externa (AE).

Os sistemas de saúde são considerados como sendo sistemas complexos quanto à sua composição e ao seu funcionamento. A OMS descreve o sistema de saúde como sendo constituído por seis componentes essenciais, que são: i) provisão de serviços de saúde; ii) recursos humanos da saúde; iii) sistema de informação em saúde; iv) medicamentos produtos essenciais e tecnologias biomédicas; v) financiamento; e vi) governação e liderança¹⁸. Essa forma de abordar o sistema de saúde não toma em consideração o papel ou a influência de outros setores sociais e económicos sobre a saúde das populações. Por outro lado, a dinâmica e as interações existentes entre eles ficam inaparentes quando a análise do sistema de saúde é feita de forma segmentada de cada um dos seus componentes¹⁸. Contudo, essa abordagem mostra-se adequada para a análise do papel do sistema de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19 em Moçambique (Tabela 2).

Tabela 2. Ações implementadas pelo sistema de saúde para fazer face à epidemia da COVID-19 de Moçambique

Componente do Sistema de Saúde	Ações implementadas
Provisão de serviços de saúde	Estabelecimento de Unidades/Enfermarias para isolamento hospitalar de doentes com COVID-19 em todas as Províncias. Ampliação da oferta dos serviços de diagnóstico laboratorial da COVID-19. Desenvolvimento e disseminação dos algoritmos para o diagnóstico, o tratamento e seguimento dos doentes hospitalizados ou isoalemneto domiciliar, seguimento dos contactos em quarentena. Estabelecimento de linhas telefónicas para orientação, esclarecimento e encaminhamento para os serviços de saúde criados especificamente no contexto da COVID-19. Investigação epidemiológica e laboratorial de casos suspeitos, identificação e seguimento de contactos; Investigação de rumores incluindo óbitos na comunidade e cadeias de transmissão emergentes. Produção e disseminação dos materiais de Informação, Educação e Comunicação para Saúde ao nível comunitários e nos aeroportos e fronteiras terrestres. Triagem epidemiológica e referência para testagem para COVID-19 ao nível dos portos, aeroportos e fronteiras terrestres.

Componente do Sistema de Saúde	Ações implementadas
Recursos humanos da saúde	<p>Capacitação dos diversos grupos de recursos humanos em matérias de protecção individual e prevenção da disseminação hospitalar da doença.</p> <p>Capacitação dos clínicos para o diagnóstico, o tratamento e a prevenção e o controlo da doença.</p> <p>Capacitação do pessoal do quadro, contratado e/ou voluntários envolvidos no rasterio dos contactos, seguimento dos indivíduos em quarentena e doentes em isolamento domiciliar.</p> <p>Mobilização de profissionais de saúde reformados para apoiar nas diferentes iniciativas clínicas e outras no contexto da COVID-19.</p> <p>Atribuição por Decreto de Conselhos de Ministros um subsídio fixado em 30% de risco para todos os profissionais do Serviço Nacional de Saúde e áreas afins.</p> <p>Mobilização de parceiros públicos e privados, nacionais e estrangeiros, para acções de capacitação, partilha de experiências e boas práticas entre outras com finalidade de capacitar os decisores em múltiplos sectores governamentais e também os profissionais envolvidos na resposta à epidemia da COVID-19.</p>
Sistema de informação em saúde	<p>Estabelecimento de parcerias e desenvolvimento de um sistema de informação específico para monitoria da evolução da epidemia em Moçambique.</p> <p>Desenvolvimento de plataformas de informação para cadastramento e seguimento dos indivíduos em quarentena e isolamento domiciliar.</p>
Medicamentos e produtos essenciais e tecnologias biomédicas	<p>Ampliação da capacidade de diagnóstico laboratorial com aquisição de estoques de reagentes e equipamentos laboratoriais</p> <p>Mobilização de recursos e apoios para aquisição e armazenamento de material de protecção individual para profissionais de saúde e medicamentos para tratamento dos doentes da COVID-19</p> <p>Mobilização de recursos e apoios para ampliação da disponibilidade de ventiladores, equipamento para disponibilização de oxigénio entre outros para tratamento dos doentes da COVID-19</p> <p>Agilização dos mecanismos de aquisição medicamentos, produtos essenciais e tecnologias biomédicas no contexto da COVID-19</p>
Financiamento	<p>Ações de advocacia e de mobilização de fundos para enfrentamento da COVID-19; Avaliação das necessidades e análises de cenários e estimativas dos custos; Mobilização de recursos e apoios financeiros ao nível nacional e internacional para fazer face à epidemia da COVID-19 no país e partilha pública da informação sobre as angariações feitas na página web do MISAU.</p>

Componente do Sistema de Saúde	Ações implementadas
Governança e liderança	<p>Envolvimento do Governo aos níveis mais altos, incluindo Presidnete da República, Conselho de Ministros, Assembleia da República e dos demais Órgãos de Governação do país;</p> <p>Monitoria da implementação do Plano de Preparação e Resposta à epidemia da COVID-19;</p> <p>Criação e operacionalização do Comité Científico para monitoria da evolução da epidemia; Comunicação diária através dos comunicados de imprensa e de conferências de imprensa envolvendo Lideranças do MISAU; Estabelecimento do Comité Operativo de Emergência de Saúde Pública e do Grupo Técnico do MISAU.</p> <p>Criação do Grupo Técnico multidisciplinar e representativo da sociedade civil para assessorar o Governo da República com relação à epidemia da COVID-19 em Moçambique</p> <p>Realização de encontros periódicos de coordenação alargado às 11 províncias para disseminação de directrizes, incluindo definição de caso, harmonização dos critérios de alta, identificação de constrangimentos e de estratégias para solução dos mesmos.</p> <p>Aprova as facilidades aduaneiras e fiscais, com vista a mitigar os efeitos económicos do COVID-19 (Decreto 23/2020 – Assembleia da República)</p>

Apesar dos enormes esforços ao nível do sistema de saúde moçambicano, persistem ainda desafios importantes. Um deles está relacionado com a capacidade de diagnóstico laboratorial da covid-19 ante o aumento progressivo da demanda para testagem, resultando em atrasos no retorno dos resultados e com consequências no isolamento atempados de casos positivos. Laboratórios de testagem distribuídos de forma geograficamente desigual, requerendo o transporte de amostras para lugares distantes, têm impacto sobre a demora na testagem, produção e divulgação dos resultados com constrangimentos nos cuidados e seguimento dos pacientes. Por outro lado, a capacidade das camas alocadas para o isolamento hospitalar de pacientes com covid-19 com sintomatologia moderada a grave está gradualmente atingindo saturação, sobretudo, em algumas regiões do país. Há necessidade de procurar alternativas como hospitais de campanha ou outras à semelhança do que ocorreu nos países onde a pandemia da covid-19 foi intensa. Com o aumento progressivo do número de doentes, há pressão sobre os profissionais de saúde obrigando-os redobrar dos esforços, riscos de contrair covid-19, exaustão física ou efeitos negativos sobre a saúde mental nesses profissionais. Há, igualmente, intensificação do uso ou consumo de material de proteção individual dos profissionais de saúde, dos medicamentos e outros que levam à necessidade de mobilização de mais

recursos financeiros e de materiais médicos e laboratoriais. O aumento progressivo do número de doentes com suspeita de covid-19 ou diagnosticados positivos com covid-19 podem agravar a disrupção dos serviços de saúde de rotina para além de obrigar a redirecionar os parques recursos materiais médicos, tecnológicos, financeiros e humanos para atenção e cuidados aos doentes com covid-19 e seus contatos. A capacidade logística e financeira do país é limitada, e isso terá implicações na medida em que a pandemia se agrava e demanda do sistema mais recursos. Tal como outros países de média-baixa renda, Moçambique também enfrenta limitações quanto à sua capacidade de prover cuidados aos doentes críticos. A intensificação da pandemia da covid-19 no país irá aumentar a demanda para cuidados intermediários e/ou intensivos para doentes com covid-19 com sintomatologia moderada a grave. O recente *Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e Serviços de Saúde*, realizado em 2018 (SARA-plus 2018) demonstra as limitações que Moçambique enfrenta na provisão dos serviços de saúde¹⁶. Por outro lado, os recursos humanos de saúde no país são escassos, principalmente em nível de especialistas¹⁷, o que, igualmente, impõe constrangimentos difíceis de serem ultrapassados em curto prazo caso a demanda de cuidados especializados nos pacientes com covid-19 aumente bruscamente. Moçambique considera o recrutamento de médico especialistas cubanos para, em curto-médio prazo, fazer face à demanda imposta pela pandemia, mas essa opção acarreta custos acrescidos ao sistema de saúde moçambicano que depende sobremaneira da ajuda externa.

Considerações finais

Moçambique está entre os países onde a pandemia está evoluindo da mesma forma que foi observada na Ásia, na Europa e nas Américas, mas as razões por detrás dessa evolução ainda estão por determinar. Aspectos como a demografia, prevalência populacional das comorbidades, condições ambientais e implementação das intervenções de prevenção e controle de forma precoce são algumas das razões avançadas para explicar a evolução distinta da pandemia em muitos países da África Subsaariana²⁰.

As entidades públicas do Sector de Saúde e a sociedade civil tiveram um engajamento ativo e intenso desde os momentos iniciais após a declaração pela OMS da covid-19 como doença pandêmica. Intensas campanhas de informação, comunicação e educação direcionadas aos profissionais de saúde e à população foram levadas a cabo no país por intervenientes do setor público, privado, organizações da sociedade civil, instituições de ensino, entre outros. A sociedade moçambicana, no geral, respondeu

positivamente às campanhas e adotou comportamentos e estratégias preventivas veiculadas pelo Sector de Saúde de forma relativamente satisfatória, incluindo medidas de distanciamento social, uso de máscaras e viseiras, higiene individual e coletiva, observância de quarentena e isolamento quando recomendados.

O controle dos aeroportos, portos e fronteiras nas fases iniciais da pandemia da covid-19, limitando a entrada potencial de indivíduos com covid-19 e reduzindo a circulação do SARS-CoV-2, tem sido igualmente avançado como hipótese de número relativamente baixo de casos de covid-19 e progressão lenta da pandemia no país²⁰.

Os esforços intensos e restrições prolongadas impostas pelos sucessivos Estados de Emergência terão tido certamente um impacto social e econômico negativo ao nível dos diferentes setores produtivos e sobre a sociedade civil. Contudo, é prematuro aferir sobre as consequências sociais e econômicas imediatas e em médio-longo prazo que resultaram no contexto da contenção da pandemia da covid-19 em Moçambique. Estudos futuros poderão melhor aferir sobre essas consequências. No entanto, há vontade enorme por parte do governo e da sociedade civil de retornar à “normalidade”, mesmo que seja “uma normalidade nova face ao covid-19”. Estão já em curso processos de avaliação e planificação para o retorno faseado e cauteloso ao “novo normal” em todos os setores da vida social, econômica e outras no país.

Referências

1. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *J Med Virol.* 2020;92:401-402. doi: 10.1002/jmv.25678
2. Huang C, Wang Y, Li Z, 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
3. Ministério da Saúde (Moçambique). Direcção Nacional de Saúde Pública. Manual de Prevenção COVI-19. Ministério da Saúde: Maputo; Abril 2020.
4. Di Gennaro F, Pizzol D, Marotta C, Antunes M, Racalbuto V, Veronese N, et al. Coronavirus Diseases (COVID-19) Current Status and Future Perspectives: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8):2690. doi: 10.3390/ijerph17082690.
5. Anjorin AA. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: A review and an update on cases in Africa. *Asian Pac J Trop Med.* 2020; 13(5):199-203. doi: 10.4103/1995-7645.281612.

6. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report – 30 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=3346b04f_2.
7. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-openingremarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
8. Thunstrom L, Newbold S, Finnoff D, Ashworth M, Shogren JF. The Benefits and Costs of Using Social Distancing to Flatten the Curve for COVID-19. *J Benefit Cost Anal*. doi: 10.2139/ssrn.3561934.
9. Di Lorenzo G, Di Trolio R. Coronavirus Disease (COVID-19) in Italy: Analysis of Risk Factors and Proposed Remedial Measures. *Front Med (Lausanne)*. 2020;7:140. doi: 10.3389/fmed.2020.00140.
10. Ministério da Saúde (Moçambique). Direcção Nacional de Saúde Pública. Comunicado de Imprensa – Actualização da Informação sobre a COVID-19 no País e no Mundo [Internet]. Ministério da Saúde: Maputo; 23 Ago 2020 [citado 2020 ago 24]. Disponível em: http://www.misau.gov.mz/attachments/article/306/Actualizaca%CC%83o%20Dados%20Covid_19.%2023.08.2020.pdf.
11. Ministério da Saúde (Moçambique). Plano Nacional de Preparação e Resposta a Pandemia do COVID-19. Ministério da Saúde: Maputo; Março 2020.
12. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde (Moçambique). Despacho No3/GMS/2020. Criando Comitê de Emergência ao nível do Ministério da Saúde (MISAU). Ministério da Saúde: Maputo; Março 2020.
13. Presidência da República de Moçambique. Comunicação da Sua Excelência Filipe Jacinto Nyusi, Presidente da República de Moçambique, à Nação sobre a situação da Pandemia do Corona Vírus – COVID-19 [Internet]. Maputo, 30 mar 2020 [citado 2020]. https://www.pensa.org.mz/files/comunicacao_a_nacao_estado_de_emergencia_covid19.pdf.
14. SDG Center for Africa and Sustainable Development Solutions Network. 2019 Africa SDG Index and Dashboards Report. Kigali and New York: SDG Center for Africa and Sustainable Development Solutions Network; 2019.
15. Sachs J, Schmidt-Traub G, Kroll C, Lafortune G, Fuller G, Woelm F. The Sustainable Development Goals and COVID-19. *Sustainable Development Report 2020*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.

16. Ministério da Saúde (Moçambique). Instituto Nacional de Saúde. Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e Serviços de Saúde, realizado em 2018 (SARA-plus 2018) [Internet]. Instituto Nacional de Saúde: Maputo; 2018 [citado 2020]. Disponível em: <https://www.ins.gov.mz/artigo/relatorio-do-sara>.
17. Ministério da Saúde (Moçambique). Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2016 2025 [Internet]. Ministério da Saúde: Maputo; Março 2020 [citado 2020]. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos-orhs>.
18. World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734>.
19. Nachege JB, Grimwood A, Mahomed H, Fatti G, Preiser W, Kallay O, et al. From Easing Lockdowns to Scaling-Up Community-Based COVID-19 Screening, Testing, and Contact Tracing in Africa – Shared Approaches, Innovations, and Challenges to Minimize Morbidity and Mortality. *Clin Infect Dis*. 2020 May 31:ciaa695. doi: 10.1093/cid/ciaa69L5. Epub ahead of print.
20. LLRice BL, Annapragada AV, Baker RE, Bruijning M, Dotse-Gborgbortsi W, Mensah K, et al. High variation expected in the pace and burden of SARS-CoV-2 outbreaks across sub-Saharan Africa. *MedRxiv* [Preprint]. 2020 Jul 24:2020.07.23.20161208. doi: 10.1101/2020.07.23.20161208.

CAPÍTULO 5

AS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO ESTADO EM SEIS PAÍSES DA REGIÃO EUROPEIA, OS MODELOS DE SISTEMAS DE SAÚDE E OS RESULTADOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19

Jorge Simões¹

André Biscaia²

João Paulo Magalhães³

António Pereira⁴

Gonçalo Figueiredo Augusto⁵

Inês Fronteira⁶

1. Professor. Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade NOVA de Lisboa (IHMT-UNL), Lisboa, Portugal. jsimoes@ihmt.unl.pt +351 213 652 600 Rua da Junqueira 100, 1349-008 Lisboa, Portugal.

2. Doutoramento. Médico especialista em Medicina Geral e Familiar. USF Marginal, ACES de Cascais, ARS Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, Portugal.

3. Mestre. Médico interno de Saúde Pública. Unidade de Saúde Pública, ACES Porto Oriental, ARS Norte, Portugal. Divisão de Epidemiologia e Estatística, Direção de Serviços de Informação e Análise, Direção-Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.

4. Médico especialista em Medicina Geral e Familiar. USF Prelada, ACES Porto Ocidental. ARS Norte, Portugal. Doutorando em Investigação Clínica e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (Cintesis), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

5. Doutoramento. Médico especialista em Saúde Pública. Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade NOVA de Lisboa (IHMT-UNL), Lisboa, Portugal.

6. Professora. Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade NOVA de Lisboa (IHMT-UNL), Lisboa, Portugal.

Resumo

Na Região Europeia, o tempo e a tipologia das respostas dos Estados à pandemia por covid-19 variaram de acordo com a gravidade da situação epidemiológica e a noção de risco percebida pelos governos e pela sociedade, influenciando as soluções encontradas. Porém, cada um dos Estados tem a sua própria organização política, mais próxima de um Estado unitário ou de um Estado federal, e um sistema de saúde, cujo modelo se aproxima mais dos seguros sociais ou de um serviço nacional de saúde, o que poderá ter influenciado as respostas à pandemia. Ao analisar a resposta de seis Estados europeus – Alemanha, Espanha, França, Itália, Portugal e Reino Unido –, verificou-se que a organização política dos países e os seus modelos de sistema de saúde podem ter influenciado a resposta e, conseqüentemente, os resultados obtidos. Assim, o presente estudo identifica o impacto em países com diferentes modelos, para os quais contribuíram as características e o percurso político, econômico e social de cada um. Será na conjugação de todos esses fatores que se poderá encontrar a chave do sucesso ou insucesso dos resultados em saúde provocados pela pandemia.

Palavras-chave: SARS-CoV-2. Sistemas de saúde. Organização do Estado. Europa.

Abstract

In the European Region, the time and typology of the states' responses to the COVID-19 pandemic varied according to the severity of the epidemiological situation and the notion of risk perceived by governments and society, influencing the solutions found. However, each state has its own political organization, closer to a unitary or federal state, and a health system, whose model is closer to social insurance or a national health service, which may have influenced the responses to the epidemic. When analyzing the response of six European Countries - Germany, Spain, France, Italy, Portugal and the United Kingdom we find that the political organization of countries and their health system models may have influenced the response and, consequently, the results obtained. This study identifies the impact in countries with different models, to which contributed the characteristics and the political, economic and social path of each. It is in the combination of all these factors that we will be able to find the key to the success or failure of the health outcomes caused by the pandemic.

Keywords: SARS-CoV-2. Health systems. State organization. Europe.

Introdução

A covid-19, detectada na cidade de Wuhan, na China, e identificada pela Organização Mundial da Saúde, em 31 de dezembro de 2019, como um *cluster* de casos de pneumonia atípica sem etiologia conhecida, e, mais tarde, atribuídos ao coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), rapidamente evoluiu para uma emergência de Saúde Pública de âmbito global¹. O predomínio de doenças não transmissíveis levou a que populações e sistemas de saúde se lhes adaptassem, com respostas de proximidade, negligenciando, por vezes, a prevenção e o controle de infeções². Confrontados com a pandemia de covid-19, os países implementaram medidas que foram influenciadas, também, pela forma de organização do Estado e nos modelos de sistemas de saúde de cada país³.

A organização do Estado⁴ refere-se à estruturação interna do país no que respeita à unidade ou pluralidade do ordenamento jurídico-constitucional, sendo a distinção mais importante a que se faz entre Estado unitário e Estado federal. No primeiro caso, existe um único centro de decisão política e um conjunto único de instituições de governo. Na atualidade, todos os Estados unitários democráticos praticam, pelo menos, a descentralização administrativa, ou seja, atribuem o exercício das funções administrativas a outras pessoas coletivas para além do Estado, seja essa descentralização de carácter funcional e institucional ou territorial. Na descentralização territorial, o Estado reconhece autonomia administrativa a entidades de base territorial e social, as autarquias locais. Em alguns Estados unitários, a descentralização assume uma natureza ainda mais ambiciosa, na medida em que, para além das formas de descentralização já referidas, o Estado reconhece a algumas entidades territoriais – Regiões Autônomas – uma autonomia política, atribuindo-lhes competências legislativas e autonomia governativa. No Estado federal, encontra-se uma pluralidade de poderes políticos e de ordenamentos constitucionais, entre os quais, um, respeitando a todo o território – o do Estado federal – é o ordenamento superior ao qual se subordinam, integram-se e participam os ordenamentos e órgãos dos Estados-membros da Federação (ou da União) – os Estados federados. Pode dizer-se que os Estados federados que compõem a Federação são verdadeiros Estados, na medida em que, respeitados certos limites, elaboram as suas próprias Constituições e, no domínio das suas competências, têm estrutura, órgãos e atividade tipicamente estaduais.

Na análise da resposta dos países à pandemia, é relevante, ainda, atentar na organização dos sistemas de saúde, que se baseiam em valores de solidariedade e universalidade, com formatos de pré-pagamento para toda a população, e se dividem

entre os mais próximos de um modelo bismarckiano e os que têm como referência o modelo Beveridgeano.

No modelo bismarckiano, o sistema de seguro social é obrigatório e quase universal, e funciona no âmbito de caixas de seguro-doença, em regra geridas por entidades sociais, mas submetidas à supervisão de organismos públicos. Esses seguros sociais realizam uma “mutualização” dos riscos (partilha do risco), e os prêmios são normalmente fixados em função dos rendimentos. A disparidade de cobertura de riscos é, por vezes, compensada com a intervenção dos governos; e o sistema, em muitos países, cobre toda a população. Em regra, essas caixas ou mútuas organizam-se em volta de uma profissão, de um setor de atividade, de uma confissão religiosa, ou em uma base geográfica.

O modelo Beveridgeano, por seu lado, assenta em serviços nacionais de saúde, no financiamento por impostos, e pode organizar-se de forma integrada, em que o financiamento e a prestação de cuidados são assegurados por um só organismo público que recebe do orçamento do Estado as verbas de que necessita, ou de forma contratualizada, em que a prestação de cuidados é realizada por serviços estatais ou entidades privadas contratadas pelos fundos públicos autónomos. Um serviço nacional de saúde (SNS) caracteriza-se por uma gestão institucional pública, independentemente da natureza da entidade prestadora, pública ou contratualizada, sendo geralmente os cuidados de saúde gratuitos ou quase gratuitos no momento de consumo.

Neste artigo, analisamos a resposta à pandemia por SARS-CoV-2 por parte da Alemanha, da Espanha, da França, da Itália, de Portugal e do Reino Unido, relacionando-a com a organização do Estado e do modelo de sistema de saúde. Para tal, definimos como áreas de análise as medidas de saúde pública implementadas, a governação, os recursos e reorganização dos serviços, os mecanismos de financiamento, a resposta do próprio sistema e os resultados em saúde obtidos em termos de contenção e mitigação da pandemia, de forma a interpretar essas áreas de análise à luz do grau de descentralização do país e do modelo de sistema de saúde.

Elegeram-se países próximos de um modelo de organização política mais unitária e centralizada (França e Portugal), e outros de matriz mais desconcentrada com uma pluralidade de poderes políticos e de ordenamentos constitucionais (Alemanha, Espanha, Itália e Reino Unido). Quanto aos modelos de sistemas de saúde, também se identificaram países mais próximos de um sistema de seguro social obrigatório “bismarckiano” (França e Alemanha), e outros países com um modelo “Beveridgeano” assente em serviços nacionais de saúde (Espanha, Itália, Portugal e Reino Unido).

Em termos dos resultados epidemiológicos, optou-se por analisar o valor máximo da incidência cumulativa a 14 dias que traduz a magnitude da carga de doença em um

determinado momento do tempo; a incidência cumulativa no período de análise para observar a magnitude da carga de doença até 31 de agosto; a letalidade (proporção de óbitos no total de casos ocorridos no período em análise); a taxa de mortalidade padronizada para a idade por todas as causas para comparar o risco de morte provocado direta e indiretamente pela covid-19 ou outras causas; e a variação máxima da mortalidade por todas as causas em relação ao período homólogo para comparar o excesso de mortalidade ocorrido nos países em análise e provocado direta e indiretamente pela covid-19 ou outras causas.

Organização do Estado e os Modelos de Sistema de Saúde

A Alemanha é uma república parlamentar federal composta por 16 Estados, cada um com uma Constituição concordante com os princípios gerais da Constituição nacional. O conceito de descentralização não traduz, em rigor, a realidade do federalismo alemão. Os extensos poderes exercidos pelos Estados podem parecer um exemplo de devolução, mas esses poderes nunca foram transferidos do governo federal para os Estados que, como entidades jurídicas e territoriais antecedem – e, de fato, fundaram – a República Federal da Alemanha. Em vez disso, ocorreu o oposto da devolução: cada Estado transferiu certos direitos e responsabilidades para o governo federal e, ao mesmo tempo, reteve outros⁵. A Alemanha foi o primeiro país a introduzir um sistema de seguro social e de saúde, em 1883. No cerne do sistema bismarckiano, estão os princípios da adesão obrigatória e das contribuições não relacionadas com o risco individual.

A Constituição espanhola de 1978 estabeleceu uma nova organização política, passando de um país altamente centralizado para uma organização quase federal, na qual as 17 Comunidades Autônomas (CA) desempenham um papel essencial no planejamento, financiamento e prestação de serviços de saúde, educação e proteção social. Na última década, o processo de descentralização foi consolidado, e as CA dispõem de maior capacidade de regulação, planejamento e, sobretudo, autonomia financeira. No entanto, com as restrições à capacidade de gastos das CA, os recursos financeiros para a saúde foram sendo controlados pelo Ministério das Finanças, e as decisões políticas mais importantes passaram a ser tomadas pelo Ministério da Saúde, sem a participação do Conselho Interterritorial do sistema nacional de saúde⁶.

Na França, a organização política é marcadamente descentralizada, caracterizando-se por três níveis administrativos – municípios, departamentos e regiões. Todos os níveis têm assembleias eleitas pela população da respectiva área geográfica e auto-

nomia nas áreas de responsabilidade, e o Estado define as competências atribuídas a cada nível. Os municípios são governados por concelhos municipais. Os departamentos são o segundo nível administrativo, com assembleias locais presididas pela autoridade do Estado na área de jurisdição, e assumem responsabilidades nos setores da saúde e segurança social e no financiamento e prestação do ensino básico. Os departamentos agrupam-se em 13 regiões, também com uma assembleia eleita. O processo da descentralização em França caracteriza-se por uma filosofia relutante em reduzir o controle central sobre a definição de políticas e de financiamento, resultando, sobretudo, em formas de desconcentração. O sistema de saúde francês baseia-se no seguro social. É financiado pelas contribuições de empregadores e empregados, com benefícios monetários e em gêneros. No país, existe um efeito moderado de *gate-keeping*, sendo a prestação de cuidados em ambulatório efetuada por entidades privadas, individuais ou coletivas, enquanto os cuidados especializados e hospitalares são, sobretudo, prestados por entidades públicas⁷.

A Constituição organiza o território da Itália em 20 regiões, que diferem em dimensão, população e níveis de desenvolvimento econômico. Cada região é governada por um Executivo e um Conselho Regional, eleitos democraticamente. As regiões têm poder legislativo exclusivo em relação a qualquer assunto não expressamente reservado pela legislação nacional. No entanto, a sua autonomia financeira é bastante modesta. A gradual devolução do poder político durante a década de 1990 correu paralelamente à reforma tributária aprovada em 2000, que (em teoria) concedeu às regiões significativa autonomia sobre a receita do orçamento regional e total autonomia sobre a alocação de recursos⁸.

A reforma de 1978, que criou o SNS, introduziu a cobertura universal de cuidados de saúde. O novo sistema de saúde foi parcialmente descentralizado, com níveis de administração nacional, regional e local. O governo central é responsável pela definição dos critérios de distribuição de recursos pelas regiões e pelo planejamento. As autoridades regionais de saúde são responsáveis pelo planejamento local de acordo com os objetivos de saúde em nível nacional, pela organização e gestão dos serviços de saúde e pela alocação de recursos para as unidades de saúde locais.

Portugal é um Estado unitário, respeitando a autonomia das regiões dos Açores e da Madeira, que têm os seus próprios governos e assembleias regionais. Os municípios e as freguesias têm seu próprio nível de governo eleito democraticamente. Apesar de alguma descentralização verificada já neste século, o poder político ainda está muito centrado no governo da República. A amplitude da autonomia financeira concedida pelo legislador constituinte às autarquias locais é bem menor do que a das regiões autônomas.

A descentralização de competências no domínio da saúde, iniciada em 2018, atribuiu competências aos órgãos municipais para participar no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a unidades de cuidados de saúde primários.

O SNS português foi criado em 1979, sob os princípios do controle centralizado e gestão descentralizada. Formalmente, a descentralização é uma palavra-chave do quadro constitucional do SNS. A Lei de Bases da Saúde, de 2019, estabelece que o SNS é gerido em nível regional, com responsabilidade pelo estado de saúde da população correspondente, pela coordenação da prestação dos serviços de saúde em todos os níveis e pela alocação de recursos financeiros de acordo com as necessidades da população. Na prática, porém, a responsabilidade pelo planeamento e alocação de recursos no sistema de saúde português manteve-se altamente centralizada apesar da criação das atuais cinco administrações regionais de saúde em 1993⁹.

As quatro nações que integram o Reino Unido estão representadas no parlamento britânico, dispendo de governos próprios. No Reino Unido, foi criado, em 1948, o National Health Service (NHS), com o objetivo de ser um sistema nacional, gerido localmente. Em 1990, foi aprovado o National Health Service and Community Care Act, que separou a compra e a prestação de serviços de saúde de modo a aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, com base nos princípios de mercado competitivo. Em 1997, a reorganização dos serviços de saúde no Reino Unido, com a devolução do poder político do parlamento britânico para as administrações nacionais na Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, levou a sistemas de saúde cada vez mais díspares. A devolução significa que a Escócia, o País de Gales e a Irlanda do Norte podem determinar os seus próprios planos de gastos, embora a responsabilidade financeira pela coleta de receitas tenha permanecido no domínio do governo central do Reino Unido¹⁰.

Medidas implementadas

A adoção de medidas visando, em uma primeira fase, à contenção da pandemia de SARS-CoV-2 e, em uma segunda fase, à sua mitigação variou essencialmente no grau das restrições impostas e no tempo de adoção em relação à evolução epidemiológica, mais do que na tipologia das medidas adotadas pelos países.

Todos os países adotaram medidas de distanciamento físico¹¹ como a suspensão de eventos de massa, o encerramento de escolas e universidades e a limitação da atividade dos setores não essenciais da sociedade. Quando os primeiros surtos foram identificados, iniciou-se uma escalada de medidas de distanciamento físico. A Itália foi o

primeiro país da Europa a adotar essas medidas e fez a transição para o confinamento total em um período muito curto no final de janeiro¹².

Todos os países encerraram os estabelecimentos de ensino, ainda que em diferentes momentos epidemiológicos. À data do encerramento das escolas, o Reino Unido, a França e a Espanha haviam ultrapassado os 100 casos. Já Portugal e a Itália optaram por tomar essa decisão próximo dos 10 casos^{11,12}.

Quanto ao encerramento de atividades laborais, o Reino Unido e a Alemanha foram os únicos países que não exigiram o encerramento (ou trabalho a partir de casa) dos locais de trabalho não essenciais. Os seis países cancelaram os eventos públicos – a Alemanha, a Espanha e o Reino Unido, mais de uma semana após os 100 casos; a Itália e a França, no dia anterior ao centésimo caso; e Portugal, cinco dias após os 100 casos¹¹. Todos os países impuseram restrições à aglomeração de pessoas, ainda que com tempos e níveis diferentes, sendo o Reino Unido o país que impôs a medida mais tardiamente. O número de pessoas do mesmo grupo permitido variou ao longo do tempo em todos os países, exceto no Reino Unido, que apresentou sempre o maior nível de restrição (10 pessoas)^{11,12}.

Nos transportes públicos, a resposta variou entre a Alemanha, que não adotou nenhuma limitação, e a Itália, com períodos de encerramento ou proibição de utilização por grande parte da população. Os demais países recomendaram (por períodos mais ou menos longos) o encerramento ou a diminuição de rotas ou veículos^{11,12}.

Quanto ao confinamento obrigatório, a Itália foi o país com medidas mais restritivas, adotando exceções como a permissão para sair apenas uma vez por semana¹¹. No restante dos países, os cidadãos foram confinados às suas casas com saídas permitidas para a prática de exercício, compras de supermercado e viagens “essenciais”. No entanto, o tempo de adoção dessa medida variou entre os países, com a Alemanha, a França, a Espanha e o Reino Unido a adotá-la mais de um mês após o primeiro caso; e o restante dos países, mais rapidamente. Essa restrição foi mantida entre 45 e 54 dias, com exceção da Itália e da Espanha, onde se manteve por 70 e 73 dias respectivamente. Apenas a Itália optou por restringir o movimento interno entre cidades/regiões antes de atingir os 100 casos¹¹. O Reino Unido foi o país que mais tardiamente implementou a restrição de viagens internacionais. A Itália e Portugal, cerca de uma semana depois do primeiro caso, já haviam implementado medidas, enquanto os outros países em análise fizeram-no após o primeiro mês¹¹.

Governança

De modo geral, a pandemia exigiu uma adaptação da governança, geral e na saúde.

Na Alemanha, o Ministério da Saúde e o Ministério do Interior, Infraestruturas e Comunidade, ambos federais, assumiram a gestão da pandemia em colaboração com o Instituto Robert Koch, o Instituto Federal para o medicamento e dispositivos médicos e o Instituto Paul-Ehrlich. A articulação incluiu as autoridades federais. A implementação e a definição uniforme para todo o país de medidas de prevenção e controle apresentaram-se como um desafio pela natureza federativa e respectivo enquadramento legal. No entanto, o chanceler e a maioria dos presidentes dos estados federais decretaram, em regra, as mesmas medidas¹².

No início de janeiro, o Ministério da Saúde Espanhol ativou o protocolo covid-19, em coordenação com os Departamentos de Saúde das 17 CA. No início de fevereiro, o Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (órgão máximo do sistema de saúde) estabeleceu as bases de colaboração entre as autoridades sanitárias nacionais e regionais, reforçando os mecanismos de coordenação e vigilância do Conselho em matéria de epidemias. Nas semanas seguintes, o Primeiro-Ministro convocou os presidentes regionais para tomarem decisões conjuntas sobre o curso de ação a seguir, em função da evolução epidemiológica. O “estado de alarme”, decretado em 14 de março, conferiu total responsabilidade ao governo espanhol na implementação de medidas, ficando todas as autoridades de saúde sob ordem direta do Ministro da Saúde, com a gestão operacional dos serviços de saúde a permanecer em nível regional e local. O Conselho Interterritorial passou a ter a gestão estratégica para a prontidão e resposta a ameaças à saúde, visando à harmonização das intervenções ao longo do território¹².

Na França, a gestão da pandemia foi assumida, em março, pelo governo, integrada em um plano de prevenção e gestão, com o apoio de uma comissão científica. Foi criado enquadramento legal que permitiu adotar medidas excepcionais ante o risco observado. A Agência Nacional de Saúde Pública (*Santé Publique France*) assumiu, também, responsabilidade na gestão de epidemia, por coordenação da vigilância epidemiológica. Em nível subnacional, o papel de autoridade de saúde é principalmente executado pelos presidentes regionais e municipais¹².

A Itália, um país fortemente descentralizado, conheceu alterações rápidas e profundas na governança da saúde para enfrentar a pandemia. Esta legitimou a intervenção do Estado e a ativação do Departamento de Proteção Civil para apoiar as regiões na obtenção de fármacos, dispositivos médicos, recursos humanos e infraestruturas. Enquanto, em circunstâncias normais, as regiões gozariam de um elevado grau de au-

tonomia na tomada de decisão, durante esse período, as estruturas regionais não se puderam sobrepor às decisões do governo central, apesar de manterem alguma autonomia na tomada de decisão em relação à prestação e organização dos serviços de saúde, o que conduziu a que diferentes regiões tentassem diferentes respostas políticas, contribuindo para assimetrias regionais¹². Na Itália, o Plano Nacional de prontidão e resposta à pandemia de Influenza, preparado em 2006, estava em campo na altura do início da pandemia de covid-19, o que não obstou a que o país fosse atingido, em poucas semanas, pela maior crise de saúde desde a II Guerra Mundial. Depois dos primeiros casos, foi decretado o Estado de Emergência; e, no final de janeiro, iniciou-se uma cascata de medidas tomadas pelo governo central, tendo o Departamento de Proteção Civil começado a coordenar as operações, enquanto o Sistema Nacional de Vigilância obtinha dados para monitorizar a evolução da pandemia nas várias regiões¹².

Em Portugal, a gestão da pandemia foi assumida pelo governo com o apoio técnico da Direção-Geral da Saúde. O fato de o primeiro caso detectado em Portugal (2 de março)¹¹ ter tido um atraso em relação à maior parte dos países europeus permitiu preparar e implementar mecanismos de resposta no sistema de saúde. Assim, foi concedida, ao Ministério da Saúde, competência para autorizar, independentemente do valor, a despesa necessária para a aquisição de equipamentos, bens e serviços necessários à prevenção e ao tratamento da doença (DL 10-E/2020, de 24 de março), bem como a dispensa do cumprimento de formalidades previstas no Código dos Contratos Públicos (DL n° 18/2010, de 2 de abril). A contratação de profissionais foi, também, facilitada.

Foram iniciadas reuniões regulares, com técnicos do Ministério da Saúde e academia com a participação do Presidente da República, do Primeiro-Ministro e dos líderes dos partidos com representação parlamentar sobre a evolução epidemiológica da pandemia. Em abril, o Primeiro-Ministro designou cinco Secretários de Estado para coordenar os serviços da administração central, regional e distrital e a devida articulação supramunicipal. Os presidentes de câmara municipal asseguraram a coordenação dos serviços da segurança social e da saúde, proteção civil e segurança pública em nível local. De forma a permitir o acompanhamento clínico dos casos no domicílio, integrando os diferentes níveis de cuidados e gerindo, a distância, os casos de cada área geográfica, com interação do próprio utente, foi criada a plataforma informática Trace COVID-19¹².

A resposta do Reino Unido à COVID-19 é liderada pela agência governamental Public Health England. A resposta é coordenada em nível nacional, mas a resposta das nações (Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales) tem variado consoante a capacidade do sistema de saúde e o contexto demográfico. Em 25 de março de 2020, foi promulgada legislação de emergência (*Coronavirus Act 2020*) que autorizou o gover-

no a restringir o movimento de pessoas infectadas, limitar ou proibir reuniões e eventos, aumentar o número de profissionais de saúde e reduzir as limitações ao trabalho extraordinário. A alta letalidade que afetou desproporcionalmente comunidades pobres e de minorias étnicas levou o governo britânico a prometer a realização de um inquérito independente sobre a política de resposta à pandemia. Em causa está a alegada fragmentação do NHS, das entidades de saúde pública e sociais e a falhas na ligação entre poder central e local¹².

Recursos e reorganização dos serviços

Na Alemanha, o aumento da capacidade laboratorial no sistema de saúde foi conseguido por meio da criação de outras redes laboratoriais, para além das existentes em nível hospitalar. Embora a Alemanha fosse o país da União Europeia (UE) com maior número de camas hospitalares e camas de unidades de terapia intensiva (UTI) equipadas com ventilador por mil habitantes, aumentou a sua capacidade para o triplo. No entanto, em termos de força de trabalho, em uma fase inicial, não houve uma resposta centralizada e coordenada, ficando dependente das iniciativas locais e regionais. Posteriormente, foi pedido a todos os profissionais em tempo parcial para assumir disponibilidade total, foram requisitados os estudantes da área da saúde, contratados profissionais de saúde reformados e aumentada a flexibilidade no reconhecimento de competências profissionais obtidas no estrangeiro¹².

Na Espanha, a capacidade de testagem para o SARS-CoV-2 foi crescendo, assim como a disponibilidade de equipamentos de proteção individual. Com a declaração do “estado de alarme”, o Ministro da Saúde passou a determinar a distribuição de recursos humanos, incluindo os das forças militares e centros de saúde ou hospitais privados. A contratação de profissionais de saúde aumentou, eliminando barreiras para a contratação ou prorrogando contratos. As cirurgias eletivas e as consultas não urgentes foram adiadas e foram introduzidas medidas para fomentar o atendimento a distância, tentando, paralelamente, não descontinuar os serviços essenciais¹².

O sistema de saúde francês teve de se readaptar, procurando garantir recursos, novos processos para a gestão dos casos e mecanismos de financiamento do sistema. Os hospitais e clínicas privadas, por indicação governamental, aumentaram a sua capacidade em um total de 8 mil camas em todo o país. Medidas como benefícios monetários, escolas e infantários para os filhos dos profissionais hospitalares em período

de confinamento, linhas de apoio psicológico e ainda ativação da reserva de cuidados médicos foram implementadas¹².

A Itália recrutou 20 mil novos profissionais de saúde e atribuiu bônus financeiros e vantagens para a reforma para manter esses profissionais no sistema público¹³. Separou o atendimento de pessoas infectadas com covid-19 das restantes por meio de estruturas exclusivamente dedicadas a essa doença, e as entidades privadas passaram a ter a obrigação de providenciar pessoal, equipamento e estruturas se necessário. Adquiriram-se ventiladores e reorganizaram-se os serviços, conseguindo-se duplicar a capacidade em UTI¹³. Foram, ainda, desenvolvidas diretrizes e ferramentas para permitir que todas as unidades de saúde disponibilizassem serviços de gestão de estresse e prevenção de *burnout* para os seus trabalhadores. A partir de 1º de junho, foram implementadas medidas para a retoma da atividade normal dos serviços, mas com recomendação para privilegiar atendimentos à distância e reorganizar o agendamento para evitar aglomerações de pessoas nos serviços.

Portugal conseguiu aumentar a capacidade de camas de UTI em 25%, a partir de ventiladores comprados, doados ou emprestados. Em relação aos recursos humanos, implementou legislação específica que facilitou a contratação de profissionais de saúde, criou bancos de estudantes da área da saúde e profissionais reformados, e alguns estabelecimentos escolares foram mantidos a funcionar de forma a permitir acolher os filhos de profissionais de setores essenciais. Também, os serviços de saúde foram reorganizados de forma a concentrar o acesso em áreas especializadas para covid-19, para proteger os profissionais de saúde, rentabilizar equipamentos de proteção individual e garantir capacidade laboratorial. Em relação aos lares de idosos e à resposta ante situações de surto, foram utilizados hospitais militares e estruturas hoteleiras, de acordo com as necessidades. Embora a infraestrutura e a organização da rede de lares sejam da responsabilidade de outro ministério, o setor da saúde teve de garantir também essa resposta. Houve, ainda, apelos à indústria para reorientar a sua produção para o fabrico de equipamentos de proteção individual e de ventiladores.

No Reino Unido, inicialmente, todos os testes eram realizados em um único centro. Posteriormente, foi incluído mais um laboratório, e agora esse processo é conduzido em laboratórios da *Public Health England* e *acute trusts*. Os laboratórios privados não foram convocados a contribuir para a expansão da capacidade de testagem até meados de março, e as ofertas de apoio de muitos laboratórios não foram aceitas até abril. Posteriormente, foram criadas cerca de 50 unidades de teste *drive-through* e, para aumentar o acesso, foram disponibilizados *kits* de autoteste. De modo a aumentar a capacidade geral de camas hospitalares de agudos, assim como de camas nas UTI, foi

prevista a utilização de unidades hoteleiras e foram construídos hospitais temporários em várias cidades. Foram também emitidas orientações sobre a aprovação rápida de dispositivos médicos sem marca CE, como ventiladores. Para aumentar a disponibilidade de profissionais de saúde, o NHS recrutou 750 mil voluntários¹⁴, e dezenas de milhares de ex-médicos e enfermeiras expressaram interesse em apoiar a resposta, a par da formação de estudantes finalistas de medicina e enfermagem. A resposta à covid-19 foi, inicialmente, realizada em cinco hospitais especializados em todo o país, considerados aptos para enfrentar o risco de infecção. Equipes especiais foram também designadas para transportar casos confirmados para hospitais. À medida que o número de casos aumentou, os doentes passaram a ser triados para qualquer hospital. Enfermarias e salas cirúrgicas foram transformadas em UTI para aumentar a capacidade instalada¹².

Mecanismos de financiamento

Em termos de financiamento, o modelo alemão baseado em seguros sociais teve de se adaptar a novas formas de remunerar os serviços, desde o pagamento de uma quota por camas não ocupadas, remuneração adicional por nova cama de UTI, por doente e por enfermeiro. Também, nos cuidados ambulatoriais, foram criados mecanismos de proteção financeira pelos serviços não prestados devido à covid-19. Por último, em relação aos seguros sociais dos cidadãos, foram introduzidas alterações de forma a cobrir todos os custos associados a testes laboratoriais e serviços prestados em ambulatório ou em contexto hospitalar¹².

Na Itália, a pandemia foi enfrentada com fundos adicionais para o SNS e para o Departamento de Proteção Civil por meio de financiamento do Estado e atividade filantrópica e de companhias privadas de apoio às regiões, municípios e serviços de saúde. A utilização dos fundos foi facilitada, e foram implementados mecanismos para tornar a utilização do dinheiro transparente¹³.

Na Espanha, foi aprovado, em maio, um novo regulamento que permite que as CA utilizem ou realoquem Fundos Europeus de Desenvolvimento Regional 2014-2020, e foi aprovado um fundo extraordinário, não contabilizado como dívida pública regional, gerido pelas CA, para cobrir despesas extraordinárias com saúde (por exemplo, testes, equipamentos de proteção individual)¹².

O governo francês atualizou os modos de pagamento dos atos relacionados com a covid-19. Os fundos alocados ao seguro de saúde nacional cobrem a maior parte dos custos relacionados com o tratamento da covid-19, sendo que o restante é garantido

pelos coberturas adicionais (contudo, 5% da população não se encontra coberta para os custos adicionais). Desde abril, o teste laboratorial é totalmente reembolsado, seja realizado em contexto hospitalar ou comunitário¹².

O governo português criou uma linha de financiamento específica para a covid-19, introduzindo alterações ao Orçamento de Estado previsto para o setor da saúde. Sendo o sistema de saúde português baseado em um SNS universal e tendencialmente gratuito, todos os cidadãos têm acesso, não tendo custos adicionais relacionados com a realização de testes laboratoriais, por exemplo.

No Reino Unido, foram disponibilizados cerca de 1,6 milhão de libras para apoiar autoridades locais, assistência social e comunidades. Foi estabelecido um fundo de resposta a emergências no valor de 5 milhões de libras, para investir no NHS, segurança social e serviços públicos¹².

Resultados epidemiológicos

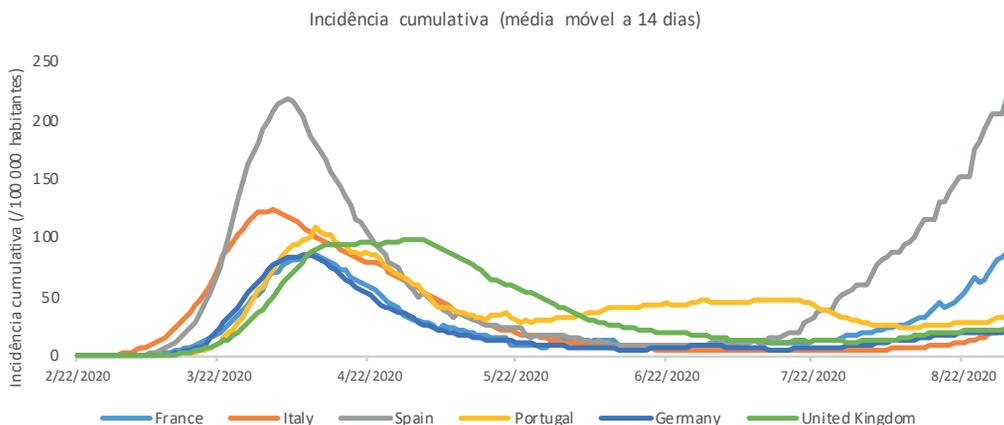
Os resultados da incidência por covid-19 e da mortalidade permitem observar as diferenças de intensidade epidêmica em cada país. Com exceção da Espanha e da Itália (Estados primeiramente afetados), a resposta dos serviços e o comportamento das populações permitiram uma maior distribuição da carga de doença no tempo (Tabela 1 e Figura 1).

Tabela 1. Resumo dos resultados em saúde obtidos nos países em análise

País	Incidência cumulativa a 14 dias por 100 000 hab. (valor máximo)	Incidência cumulativa por 100 000 hab.	Letalidade	Tx mortalidade padronizada por todas as causas por 100 000 hab.	Var. max. (%) Mortalidade
Alemanha	88,7	303,9	3,7	-	13,2
Espanha	221,1	1.119,7	5,6	21,5	154,8
França	86,4	490,9	9,3	21,2	79,3
Itália	124,0	461,9	12,8	22,5	98,2
Portugal	109,0	588,8	3,0	24,7	17,4
Reino Unido	99,3	525,3	11,9	25,5	187,0

Legenda: Valor máximo da incidência cumulativa (média móvel a 14 dias) por 100 mil habitantes, incidência cumulativa por 100 mil habitantes e letalidade por covid-19, até 31 de agosto, taxa de mortalidade padronizada para a idade por todas as causas por 100 mil habitantes (entre 2/01/2020 e 2/05/2020), e variação máxima (%) da mortalidade por todas as causas em relação ao período homólogo nos 10 anos anteriores (ou último ano disponível) (entre 1/01/2020 e 30/06/2020) nos países em análise^{11,15,16}

Figura 1. Incidência cumulativa nos últimos 14 dias, por 100 mil habitantes, nos países em análise, entre 22/02/2020 e 31/08/2020¹⁵



Embora a letalidade apresentada não tenha em conta a estrutura etária de cada país, a Itália, a França e o Reino Unido registam valores mais elevados, comparando com a Espanha (país com incidência cumulativa mais elevada), o que poderá estar associado, por exemplo, ao subdiagnóstico de casos positivos, à circulação do vírus entre grupos etários mais jovens ou a diferenças na capacidade de proteção dos grupos de risco (incluindo lares de idosos). A Alemanha aparenta ter sido o país com maior efetividade na quebra das cadeias de transmissão pelo fato de registar a incidência cumulativa mais baixa, assim como uma baixa letalidade. Portugal, apesar do valor elevado da incidência cumulativa, tem uma letalidade muito baixa, o que poderá estar relacionado com a maior capacidade de detecção de casos ao longo da resposta à pandemia.

Em todos os países analisados, observa-se um aparente excesso de mortalidade entre final de março e abril (Figura 2 e 3), potencialmente provocado direta ou indiretamente pela covid-19 ou outras causas. As evoluções na Espanha (país com maior taxa de mortalidade) e na Itália estão de acordo com o esperado, devido à situação epidemiológica nesses países. No Reino Unido, a evolução da taxa de mortalidade tem um comportamento semelhante à evolução da incidência da covid-19 no país, ou seja, atrasado em relação ao restante dos países em análise. Também se observa um excesso de mortalidade superior ao esperado, comparando com a Espanha. Os países restantes não apresentam resultados anormais, embora Portugal apresente um valor basal (valores em janeiro e início de fevereiro) superior aos restantes.

Figura 2. Taxa de mortalidade padronizada para a idade por todas as causas, por semana, por 100 mil habitantes, nos países em análise, entre 02/01/20 e 02/05/2020¹¹

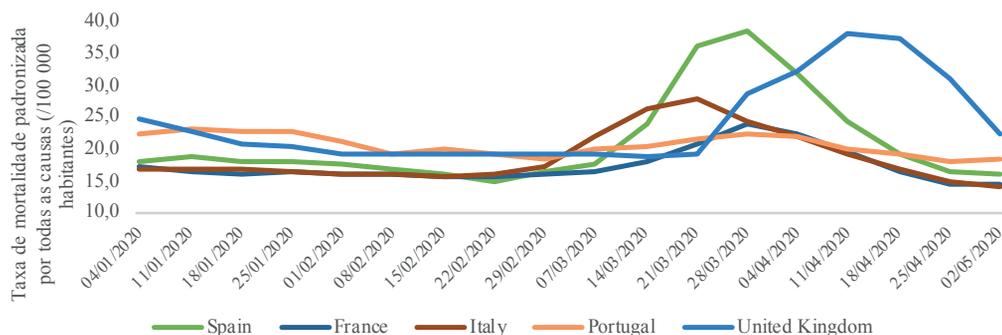
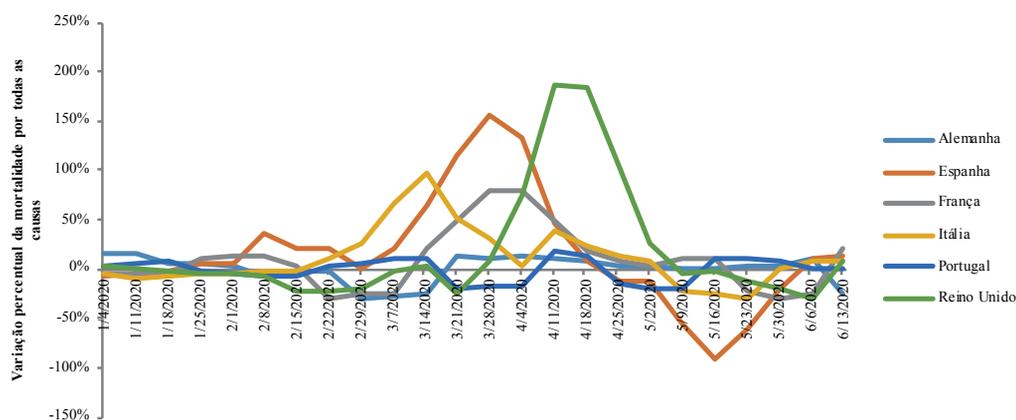


Figura 3. Variação percentual da mortalidade por todas as causas entre 1/01/20 e 30/06/20, por semana, em relação ao período homólogo nos 10 anos anteriores (ou último ano disponível), nos países em análise¹⁶



Discussão

No início de 2020, na fase de preparação, um dos principais objetivos dos países consistia na proteção dos sistemas de saúde para que não ultrapassassem a sua capacidade de resposta, sobretudo no setor hospitalar. Dispensar a ocorrência dos casos no tempo foi um aspecto-chave para a manutenção da oferta em relação à procura, provocada pelas necessidades de saúde de pessoas com covid-19. A Espanha e a Itália tiveram picos de incidência mais altos e podem, por isso, ter ficado próximo do limite de capacidade dos seus sistemas de saúde.

A resposta dos países em termos de incidência de infecção por SARS-CoV-2 variou grandemente. A Espanha foi o país que apresentou piores resultados com alta incidência no final de agosto de 2020 e excesso de mortalidade. Perante a resposta implementada na Itália, os resultados obtidos também ficaram aquém dos encontrados nos demais países, registando uma grande letalidade e um excesso de mortalidade. Já a Alemanha apresentou resultados qualitativamente bons em todos os indicadores. Em Portugal, os resultados traduzem a manutenção da capacidade de resposta do sistema de saúde, com uma baixa letalidade e o segundo menor excesso de mortalidade dos países analisados (a seguir, a Alemanha). Apesar de Portugal registar a segunda maior taxa de mortalidade padronizada por todas as causas, o valor de base já era superior aos dos restantes países, podendo não representar uma consequência da pandemia por covid-19. O Reino Unido, apesar de uma baixa incidência, teve a segunda maior letalidade, a maior taxa de mortalidade padronizada e o maior excesso de mortalidade de todos os países analisados. A França também teve uma baixa incidência, mas uma letalidade e excesso de mortalidade mais elevados do que Portugal e a Alemanha, mas, mesmo assim, inferiores aos do Reino Unido, da Espanha e da Itália.

A organização política dos países e os seus modelos de sistema de saúde podem ter influenciado a resposta e, conseqüentemente, os resultados obtidos, sobretudo em termos da carga de doença. Poder-se-ia pensar que países com um modelo político-administrativo mais centralizado e com modelo de SNS estariam em melhores condições de enfrentar a pandemia, em comparação com países mais descentralizados e com sistemas de saúde dispersos por seguros sociais. Nos países mais descentralizados, as decisões teriam de ser concertadas com as regiões e sem uma aparente decisão centralizada e homogênea em matéria de saúde. O presente estudo não permite retirar essa conclusão. As características e o percurso político, econômico e social de cada país poderão ser fatores determinantes. A estrutura etária da população, a capacidade econômica do país, a relação da população com o Estado, a distribuição e o nível de rendimento, as desigualdades sociais, o desenvolvimento econômico e social, a escolaridade ou as características culturais constituem fatores cuja importância não pode ser esquecida.

Em relação ao desempenho do sistema de saúde, é verdade que, nos países de modelo Beveridge, com sistemas integrados de financiamento e de prestação de cuidados, os poderes públicos estão diretamente envolvidos no planeamento e na gestão dos serviços. A afetação de recursos constitui um instrumento fundamental nas políticas de saúde, procurando ter em conta as necessidades de saúde das populações, utilizando-se, em maior medida, a gestão central. Nos países de modelo Bismarck, as funções do

Estado realizam-se na afirmação dos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e do sistema de prestação de cuidados, na aprovação de medidas de contenção de custos, na acreditação e no controle de qualidade, na responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para os excluídos do sistema de seguros. Todavia, os modelos de sistemas de saúde estão, hoje, mais próximos uns dos outros, não sendo o tipo de sistema de saúde autoexplicativo e suficiente para as respostas diferentes, tampouco espelho da organização política do país.

A satisfação das necessidades de saúde das populações perante a covid-19 é um desafio complexo, principalmente pela incerteza da evolução epidemiológica, sendo diversos os determinantes das várias respostas implementadas. Será na conjugação de todos esses fatores que poderemos encontrar a chave do sucesso ou insucesso dos resultados em saúde provocados pela pandemia, a par da escolha de modelos de organização político-administrativa ou de modelos de sistemas de saúde.

Referências

1. Abduljalil JM, Abduljalil BM. Epidemiology, genome, and clinical features of the pandemic SARS-CoV-2: a recent view. *New Microbes New Infect.* 2020;35:100672.
2. Sakellarides C, Araújo F. A Public Health Strategy for the COVID-19 Pandemic in Portugal: Learning from International Experience. *Acta med. port.* 2020;33(7-8): 56-458. doi: 1020344/amp14130. 2020
3. Hsiang S, Allen D, Annan-Phan S, Bell K, Bolliger I, Chong T, et al. The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature.* 2020;584(7820):262-7.
4. Novais JR. Teoria das formas políticas e dos sistemas de governo. Lisboa: AAFDL;2019.
5. Busse R, Blumel M. Germany: Health system review. *Health Syst Transit.* 2014;16(2):1-296, xxi.
6. Bernal-Delgado E, Garcia-Armesto S, Oliva J, Sanchez Martinez FI, Repullo JR, Pena-Longobardo LM, et al. Spain: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2018;20(2):1-179.
7. Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C. France: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2015;17(3):1-218, xvii.
8. Ferre F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, et al. Italy: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2014;16(4):1-168.
9. Almeida Simoes J, Augusto GF, Fronteira I, Hernandez-Quevedo C. Portugal: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2017;19(2):1-184.

10. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2015;17(5):1-126.
11. Hale T, Angrist N, Cameron-Blake E, Hallas L, Kira B, Majumdar S, et al. Oxford COVID-19 Government Response Tracker [Internet]. Blavatnik School of Government; 2020 [updated 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>
12. World Health Organization. COVID-19 Health System Response Monitor 2020 [Internet]. [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>
13. Organisation for Economic Co-operation and Development. COVID-19 OECD Health System Response Tracker. OECD; 2020.
14. News BBC. NHS volunteers to start receiving tasks. BBC News; 2020.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Download today's data on the geographic distribution of COVID-19 cases worldwide [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 [updated 2020 Sep 14]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/download-todays-data-geographic-distribution-covid-19-cases-worldwide>
16. Eurostat. Mortality [Internet]. Eurostat; 2020 [updated 2020 Sep 14]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

Declaração de conflitos de interesses

Jorge Simões declara ser cônjuge da Ministra da Saúde de Portugal.

André Rosa Biscaia declara ser médico de família no SNS e Coordenador do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde da Direção-Geral da Saúde.

João Paulo Magalhães declara ser médico interno de Saúde Pública no SNS e colaborador da Direção de Serviços de Informação e Análise, da Direção-Geral da Saúde.

António da Luz Pereira declara ser médico de família no SNS, colaborador do Departamento de Contratualização da ARS Norte e auditor do Departamento da Qualidade na Saúde, da Direção-Geral da Saúde.

Gonçalo Figueiredo Augusto declara exercer funções de Técnico Especialista no Gabinete do Secretário de Estado da Saúde do XXII Governo constitucional.

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

www.conass.org.br/biblioteca

