

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. Doutorando. 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. Doutorando. 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, dispoindo 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 nº 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

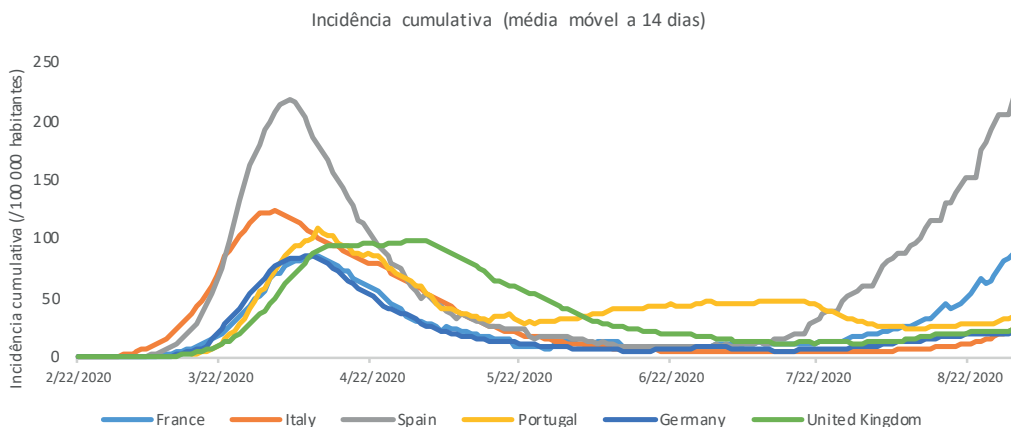
Os resultados da incidência por covid-19 e da mortalidade permitem observar as diferenças de intensidade epidêmica em cada país. Com exceção da Espanha e da Itália (Estados primeiramente afetados), a resposta dos serviços e o comportamento das populações permitiram uma maior distribuição da carga de 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

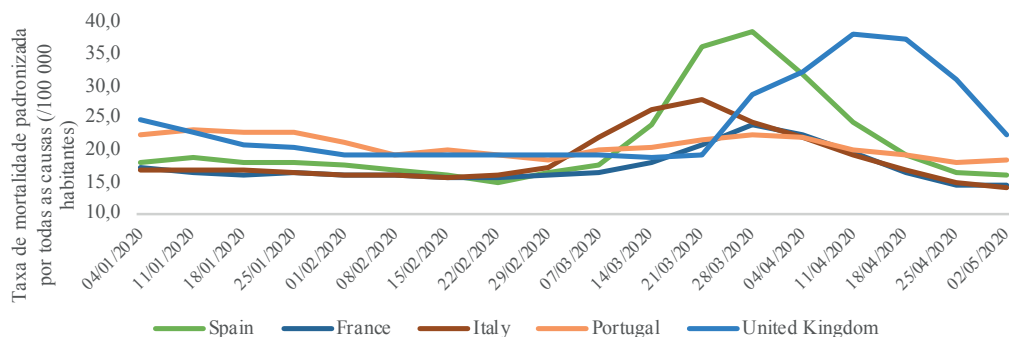
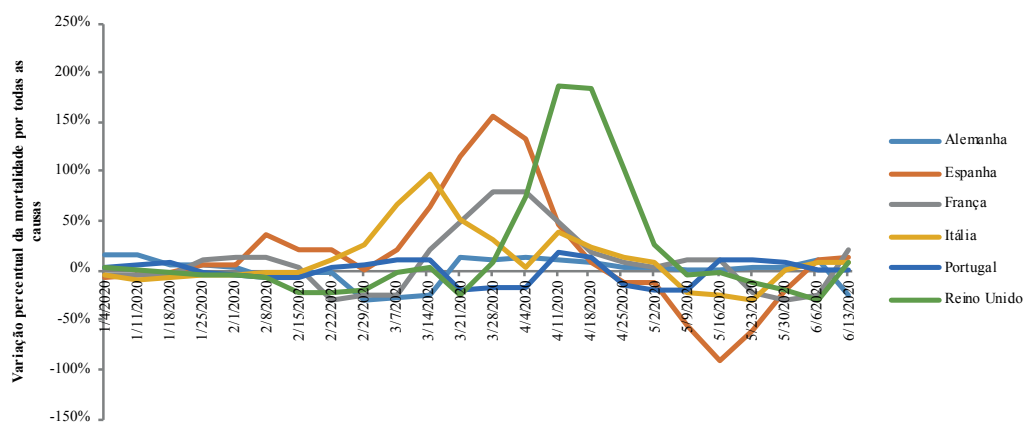


Figura 3. Variação percentual da mortalidade por todas as causas entre 1/01/20 e 30/06/20, por semana, em relação ao período homólogo nos 10 anos anteriores (ou último ano disponível), nos países em análise¹⁶



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. Chevreul 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

