

COVID-19: repercussões para enfermagem, estruturação e resolutividade de sistemas nacionais de saúde

COVID-19: repercussions of nursing, structuring and resolutivity of national health systems

COVID-19: repercusiones para la enfermería, estructuración y resolutividad de sistemas nacionales de salud

Adriana Roesse Ramos^a 

Carla Garcia Bottega^b 

Letícia Lassen Petersen^c 

Rosane Machado Rollo^d 

Mariana Kliemann Marchioro^e 

Cristianne Maria Famer Rocha^a 

Como citar este artigo:

Ramos AR, Bottega CG, Petersen LL, Rollo RM, Marchioro MK, Rocha CMF. COVID-19: repercussões para enfermagem, estruturação e resolutividade de sistemas nacionais de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20200332. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200332>

RESUMO

Objetivo: Analisar as repercussões para a Enfermagem, a estruturação e a resolutividade de Sistemas Nacionais de Saúde no enfrentamento do novo coronavírus (SARS-CoV-2) em países selecionados.

Método: Artigo de reflexão sobre o enfrentamento da COVID-19 pelos Sistemas Nacionais de Saúde da China, Estados Unidos da América, Itália, Reino Unido, Portugal, Cuba e Brasil, a partir de informações divulgadas em diferentes meios e na literatura.

Resultados: A resposta dos sistemas de saúde dependeu mais de decisões políticas do que da estruturação e organização dos mesmos. A Enfermagem, por ser linha de frente, foi a profissão mais atingida em número de casos e óbitos.

Considerações Finais: A reflexão demonstra que questões econômicas e políticas dos países interferiram na resposta à COVID-19 e o que o papel exercido pela Enfermagem é essencial na linha de frente ao enfrentamento da pandemia.

Palavras-chave: Infecções por Coronavírus. Pandemias. Sistemas de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Aim: To analyze the repercussions of Nursing, the structuring and resolution of National Health Systems in facing the new coronavirus (SARS-CoV-2) in selected countries.

Method: Reflection article on the confrontation of COVID-19 by the National Health Systems of China, United States of America, Italy, United Kingdom, Portugal, Cuba and Brazil, from information disseminated in different media and in the literature.

Results: The response of health systems depended more on political decisions than on their structuring and organization. Nursing, being the front line, was the profession most affected in number of cases and deaths.

Final Considerations: The reflection shows that the countries' economic and political issues interfered in the response to COVID-19 and what the role played by Nursing is essential in the front line to face the pandemic.

Keywords: Coronavirus infections. Pandemics. Health systems. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las repercusiones para la Enfermería, la estructuración y resolución de Sistemas Nacionales de Salud ante el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) en países seleccionados.

Método: Artículo de reflexión sobre el enfrentamiento del COVID-19 por parte de los Sistemas Nacionales de Salud de China, Estados Unidos de América, Italia, Reino Unido, Portugal, Cuba y Brasil, a partir de información difundida en diferentes medios y en la literatura.

Resultados: La respuesta de los sistemas de salud dependió más de decisiones políticas que de su estructuración y organización. La enfermería, al ser la primera línea, fue la profesión más afectada en número de casos y muertes.

Consideraciones Finales: La reflexión muestra que los problemas económicos y políticos de los países interfirieron en la respuesta a COVID-19 y cuál es el papel que juega la Enfermería en primera línea para enfrentar la pandemia.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Pandemias. Sistemas de salud. Enfermería.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), Campus Central Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Fundação Educacional Machado de Assis (FEMA). Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Faculdade de Educação. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), Diretoria de Assistência Farmacêutica. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

INTRODUÇÃO

A COVID-19, síndrome respiratória aguda causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), retratou os primeiros casos na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, no final de 2019. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma pandemia⁽¹⁻²⁾.

O aumento crescente do número de pessoas infectadas, a gravidade do quadro agudo apresentado, a ausência de medicamentos e/ou vacina específicos, o *status* de pandemia e o crescente número de óbitos exigiram ações rápidas dos governos e dos sistemas nacionais de saúde de todo o mundo, principalmente em relação às medidas de distanciamento social, testagem para detecção do vírus, disponibilidade de leitos de tratamento intensivo com respirador, cobertura universal de saúde, educação em saúde, vigilância, auxílio econômico⁽³⁻⁵⁾.

Essas medidas foram tomadas de forma distinta por diferentes países, baseadas em conhecimentos sobre a doença, orientações da OMS, capacidade instalada, características dos sistemas de saúde e decisões governamentais. Com a intenção de conhecer as estratégias adotadas pelos principais sistemas de saúde do mundo, buscou-se, neste artigo, analisar algumas das medidas de enfrentamento à COVID-19 a partir das respostas dadas pelos referidos sistemas: Estados Unidos da América (EUA), Itália, Reino Unido, Brasil (países com o maior número de casos e óbitos no mundo, em diferentes fases da pandemia), Portugal e Cuba (apresentaram relativo sucesso no controle da doença, contabilizando um número reduzido de casos e óbitos), além da China (origem do vírus).

Ao analisar os sistemas de saúde, cabe se reportar ao papel da Enfermagem nos mesmos, especialmente no ano da Campanha Nursing Now. Os profissionais da Enfermagem são mundialmente reconhecidos como profissionais do cuidado e estão na linha de frente e, em uma pandemia, são o primeiro contato com os usuários sintomáticos. E, nesta guerra biológica que o mundo vivencia, os órgãos mundiais de saúde apontam para a necessidade do cuidado em suas múltiplas dimensões – familiar, social, econômica, política, física, espiritual e emocional⁽⁶⁾. A Enfermagem constitui o maior corpo profissional atuando na área da saúde, essencial para a preservação da saúde, avaliação de casos e cuidado nas 24 horas do dia, atuando de maneira interprofissional com as demais profissões da saúde.

Os principais pontos analisados neste artigo de reflexão foram a estrutura/organização dos Sistemas Nacionais de Saúde (SNS), o financiamento, as ações realizadas para o enfrentamento da COVID-19, a resolutividade das ações, a resposta dos sistemas e as repercussões para a Enfermagem

na linha de frente da pandemia. Cabe destacar que as análises foram construídas a partir de reflexões das autoras, de discussões que vêm sendo divulgadas em diferentes meios (revistas científicas, veículos midiáticos e sítios eletrônicos oficiais) e literatura.

Assim, o objetivo deste artigo é analisar as repercussões para a Enfermagem, a estruturação e a resolutividade de Sistemas Nacionais de Saúde no enfrentamento do novo coronavírus (SARS-CoV-2) em países selecionados.

O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA E OS SISTEMAS DE SAÚDE

O novo coronavírus foi detectado pela primeira vez na cidade de Wuhan (China) e, ao que tudo indica, em um mercado de animais para consumo humano⁽²⁾. Houve a suposição de que o vírus tivesse sido criado em laboratório, porém a tese foi refutada em publicação na revista científica *Nature Medicine*⁽¹⁾. Para entender o sistema de saúde chinês, cabe destacar que, desde a criação da República Popular da China, em 1949, buscou-se garantir o acesso aos serviços de saúde à população. A China promulgou, em 2011, a Lei de Seguro Social e a organização do sistema de saúde, assim como a administração governamental, se dá nos níveis central, provincial, regional, municipal e distrital. A prestação de serviços ocorre através de cuidados primários, saúde pública especializada e cuidados curativos⁽⁷⁾. O financiamento ocorre por meio da contribuição tripartite (o indivíduo, o empregador e o governo), o que acarretou um sistema fragmentado e com alto custo. A China vislumbra a universalidade do cuidado, previa, até o final de 2020, expansão na cobertura de serviços⁽⁸⁾.

Para o rápido enfrentamento da COVID-19, uma das medidas severas adotadas pelo governo chinês foi o controle da movimentação de pessoas, com o isolamento do epicentro da doença; e, rapidamente, além da restrição nas viagens aéreas, quarentena em cidades inteiras e o fechamento de serviços não essenciais. Logo no início dos casos em Wuhan, os especialistas perceberam que a distribuição dos casos seguia a mobilidade da população. Com as medidas de controle, a correlação mudou e caiu de forma drástica, comprovando que as iniciativas de restrição de mobilidade tiveram eficácia. Além destas, o aumento da testagem, o isolamento rápido dos casos suspeitos, confirmados e contatos, demonstraram que a combinação de intervenções adotadas reduziram a disseminação e a transmissão. Essas medidas de prevenção e controle podem ser divididas em três fases: a primeira fase, com o início do surto, o foco foi evitar que os casos saíssem de Wuhan. A segunda, foi a redução da intensidade de epidemia e a tentativa de retardar o aumento

de casos (23 de janeiro – 835 casos e 25 óbitos no dia). E, por fim, buscou-se o controle e a prevenção, priorizando o tratamento dos pacientes e a interrupção da transmissão (07 de março – 44 casos no dia, 3.070 óbitos ao total).

Cabe destacar que o país organizou a resposta pela prática de clínicos gerais na atenção primária à saúde, focando na educação em saúde e ação juntamente com comitês locais nos bairros e monitoramento dos casos confirmados, com triagem, rastreamento de contato e investigação das fontes de infecção, utilizando mensagens instantâneas para a comunidade, painéis eletrônicos para disseminação da informação, mobilização de voluntários, disponibilização de prescrições *online*, atuação em ambulatórios especializados, monitoramento dos pacientes, apoio às famílias e vizinhos, encaminhamento a hospitais após esgotar atenção na unidade básica⁽⁹⁾. O país conta com três enfermeiros a cada mil habitantes e incentiva a formação de novos profissionais. Muitos enfermeiros chineses foram contaminados pela falta de proteção adequada no início da doença e enfrentam longas jornadas de trabalho para combater a COVID-19, acarretando uma sobrecarga mental desses profissionais. Até o final de abril, a China contava com 23 enfermeiros mortos.

A Itália foi um dos epicentros da pandemia, desde o primeiro caso registrado no final do mês de janeiro. A partir daí o Serviço Nacional de Saúde chegou perto do colapso devido ao crescimento do número de casos, especialmente na região norte do país⁽⁹⁾. A Lei do Serviço Nacional de Saúde Italiano foi aprovada em 1978, após um importante movimento sanitário no país. O SNS tem como princípios fundamentais a universalidade, igualdade e justiça. Além disso, elencou a universalização do acesso, a descentralização da atenção à saúde e a democratização da gestão como princípios legais⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Porém, o aumento da demanda e dos custos da saúde fez os governos, nas últimas décadas, promoverem reformas para contenção de custos (inclusão da coparticipação/contrapartida da população no financiamento e do sistema privado). Cabe ressaltar que se manteve, no país, o compromisso da garantia de direito universal à saúde, por outro lado, pode-se inferir que as reformas fragilizaram o Sistema, descomprometendo-o com esse direito e tornando-o iníquo, limitado e excludente⁽¹¹⁾, exemplo disso é o pagamento do *ticket* sanitário, para certos serviços de saúde e atendimento não emergencial.

Sobre o novo coronavírus na Itália, destaca-se que houve resistência inicial por parte do governo na adoção de medidas de contenção ou mitigação, o que contribuiu para a disseminação rápida do vírus. Outra questão foi que os primeiros infectados foram descobertos e tratados em hospitais, sem a adoção de medidas de isolamento, um cenário propício para a evolução do contágio. Sem contar o fato de que a

população italiana tem muitos idosos (23% da população tem 65 anos ou mais), um dos grupos de risco da COVID-19. Além disso, acredita-se que a doença já estivesse circulando há mais tempo antes de ser descoberta. O sistema de saúde italiano, apesar das suas qualidades, teve dificuldades para lidar com o coronavírus, reflexo de um menor investimento público em saúde no país. A situação no país atingiu níveis trágicos na segunda quinzena de março, sem respiradores e leitos suficientes, médicos tiveram de escolher quais vidas salvariam. Em março, o governo adotou medidas mais duras, dentre elas uma quarentena mais rígida em todo o país: o cidadão precisava de autorização para sair de casa e quem descumprisse a regra pagaria multa. Dentre as medidas emergenciais adotadas estão o fortalecimento da coordenação nacional, como primeiro aspecto e, após, a capacitação e financiamento dos sistemas de saúde foram flexibilizados para cobrir as emergências. A seguir, parcerias foram institucionalizadas entre o setor público e privado. E, além destas, foi expandido o serviço de telemedicina para pessoas em isolamento ou em quarentena e farmácias foram conectadas aos sistemas de telemedicina para facilitar o acesso a medicação durante a pandemia⁽⁹⁾. A Enfermagem no país passou de herói a esquecida em dois meses e muitas vidas perdidas. Até maio, já haviam sido registrados 35 óbitos de profissionais da Enfermagem e muitos profissionais contaminados especialmente na fase inicial em que não se tomavam as medidas de segurança.

O Reino Unido foi outra nação europeia que figurou entre as mais impactadas em número de infectados e óbitos pela COVID-19. O Sistema Nacional de Saúde (em inglês, *National Health System – NHS*), implantado em 1948, é considerado uma referência mundial quanto a acesso, financiamento, estrutura e oferta regionalizada. O *NHS* garante a saúde como direito, de acesso universal e público. A atenção ocorre em dois níveis, sendo a atenção básica a porta de entrada do sistema, em que a população deve estar vinculada a um médico generalista; e, caso necessário, este encaminha o usuário à atenção especializada e hospitalar^(10,12). A Enfermagem tem um alto nível de confiabilidade pela população do Reino Unido. No país, local onde Florence Nightingale (considerada fundadora da Enfermagem) nasceu e ganhou destaque, os Hospitais de Campanha, construídos para o enfrentamento à pandemia do novo Coronavírus, receberam o nome de Nightingale, em homenagem à Florence e à sua história.

Alguns pontos podem ser considerados para a compreensão do elevado contágio e mortalidade da COVID-19 em território britânico, como o fato do vírus ter sido subestimado, já que a Europa o via como distante – visto as ações iniciadas serem tomadas buscando atingir a imunidade de rebanho, e apenas após o registro de 500 óbitos e 5 mil

casos confirmados impor o distanciamento social; a demora do início da realização dos testes e os critérios para sua realização que retardaram o conhecimento da realidade da doença, permitindo a transmissão por assintomáticos e a rápida disseminação; a falta de equipamentos de proteção individual (EPI), principalmente para os profissionais de saúde, uma realidade mundial; a alta taxa de imigração; a alta densidade populacional e o perfil etário, porquanto 18% de sua população tem mais de 65 anos; e os dados subestimados, uma vez que nem todos pacientes que vieram a óbito realizaram o teste para o COVID-19. Contudo, a qualidade e a universalidade do *NHS* certamente contribuíram para a mitigação dos efeitos danosos da doença. Em janeiro de 2021, o Reino Unido apresenta mais de 78 mil óbitos pela doença. Um estudo da Anistia Internacional divulgado em setembro de 2020 contabilizava 649 óbitos de profissionais de saúde que trabalhavam na linha de frente do combate à pandemia no Reino Unido.

Cabe ressaltar que o Reino Unido, durante a pandemia, trabalhou com triagem e monitoramento remoto (atendimento telefônico), e a Enfermagem teve um grande papel neste serviço, havendo inclusive o recrutamento de profissionais já aposentados para retomar o trabalho, tanto remoto quanto presencial. Em 2018, o Reino Unido possuía 517.200 profissionais de enfermagem e 31.500 enfermeiros obstetras, conforme dados da OMS.

Em Portugal, por outro lado, a disciplina na adoção de medidas de distanciamento social parece ter sido essencial para a contenção do número de casos e mortes por COVID-19. O país rapidamente tomou decisões de precaução sanitária e dispôs de tempo para preparação e organização de planos de contingência, observando como a doença avançava pelos demais países da Europa. Também foi decretado precocemente o estado de alerta e fechamento de escolas. Outra questão relevante foi o papel das pessoas na pandemia, com o cuidado, por parte das autoridades nacionais, de postarem avisos em redes sociais de sensibilização e recomendação, não controle ou multa. Ao mesmo tempo, houve união política para o enfrentamento da crise e os partidos uniram forças para enfrentar um problema comum. Isso reflete na boa avaliação do país no panorama da pandemia. A Enfermagem foi fundamental nas intervenções e cuidados na pandemia, qualificando o sistema de comunicação e articulação da rede de serviços. Conforme a Ordem de Enfermeiros, Portugal possui cerca de 78.000 enfermeiros, sendo 46.000 atuantes no SNS. Em que pese, em razão da Pandemia, enfrentou a perda de profissionais de Enfermagem para outros países europeus, como Reino Unido, Espanha, Alemanha e Holanda por oferecerem melhores condições de trabalho.

O Serviço Nacional de Saúde português, criado no ano de 1979, constitucionalmente, garante acesso universal aos

cuidados e coloca a proteção à saúde como direito da população, além de ter administração descentralizada por meio de regiões de saúde. Em 1989, houve uma “pequena” alteração no texto, mas que representa muito para a população, pois o sistema passou de “gratuito” para “tendencialmente gratuito”. A contenção de despesas do governo permitiu o aumento da influência do setor privado no sistema de saúde ao longo dos anos. Outro ponto foi a instituição de taxas moderadoras para acesso a alguns serviços de saúde, com a isenção de grupos de risco e mais pobres^(10,13).

Ainda que os países europeus analisados tenham dado respostas diferentes à pandemia, infere-se que a política de austeridade fiscal adotada nos países europeus aqui analisados tenha fragilizado a saúde como direito e que, nesse momento de crise sanitária, potencializou a exposição a riscos associados a vulnerabilidades econômicas e sociais.

Nos Estados Unidos da América (EUA), o modelo de proteção à saúde é majoritariamente de financiamento privado e atenção individual⁽¹⁰⁾. Ainda que disponha de dois programas públicos, quais sejam: o *Medicaid* destinado a pessoas muito pobres (assistência social) e o *Medicare* destinado a idosos (seguro social), a maioria da população possui cobertura de saúde contratada individualmente, através de seguros de saúde privados⁽¹⁰⁾. Destaca-se que os EUA é o país que mais gasta em saúde, tanto em termos percentuais como em valores totais. No entanto, o sistema sanitário deixa muito a desejar em cobertura, seja pela considerável parcela da população que não tem acesso a nenhum serviço, seja pelas desigualdades que se observam entre a própria população formalmente segurada⁽¹⁴⁾.

O país figura como a primeira nação nas estatísticas de morbimortalidade por COVID-19 desde meados de abril, conforme dados da OMS. Credita-se essa situação, dentre outros fatores, à demora (cerca de um mês) na resposta do governo central que subestimou o risco do vírus e não coordenou uma ação conjunta de combate à pandemia, relegando aos governadores e prefeitos ações isoladas. O subdimensionamento e a subnotificação dos casos e óbitos por COVID-19 explicitam a complexa realidade vivenciada. O país não somava as mortes ocorridas em domicílio, cerca de 200 por dia, além do acesso limitado aos testes para confirmação da doença. Outra questão que cabe destaque é a censura e represália sofrida pela Enfermagem ao denunciar as condições de trabalho no país. Dentre as principais ações realizadas para contenção da COVID-19, podemos destacar: (a) organização do *Medicare* e do *Medicaid* para os segurados; (b) isolamento de contatos e casos confirmados por meio de exames laboratoriais; (c) disponibilização de serviços de urgência e emergência pagos pelos usuários; e, (d) disponibilização de apoio das agências governamentais estaduais/locais e organizações parceiras⁽¹⁴⁾.

Em relação à força de trabalho em Enfermagem, o país tem mais de quatro milhões de enfermeiras. No entanto, assim como em outros países, a imprensa relata a escassez de profissionais, sobretudo em função da média de idade avançada das enfermeiras, do fato de a maioria delas trabalharem em hospitais (com jornadas de trabalho mais extenuantes) e do agravamento da situação e do aumento de número de casos de COVID-19 no país.

Outro sistema nacional de saúde que merece análise é o de Cuba, um país com um pequeno número de casos e óbitos por COVID-19. O sistema de saúde é oriundo das transformações pós-Revolução, a partir de conquistas na transição para o socialismo, após 1960. A saúde, em Cuba é um direito social inalienável, gratuito, único, com direção central e cobertura universal e com financiamento e provedores exclusivamente públicos. Tem por princípios a intersetorialidade, a acessibilidade, a gratuidade, a centralização normativa e a descentralização executiva, o caráter social e estatal, a participação da comunidade, a orientação profilática, a aplicação adequada dos avanços científicos e a colaboração internacional. Neste último princípio, cabe destacar a cooperação diplomática-sanitária, a partir do envio de profissionais (em especial, médicos) para atuação em outros países, inclusive na luta contra a COVID-19. Além disso, o Programa do Médico e da Enfermeira de Família (PMEF), modelo de atenção implementada em 1984, com foco no indivíduo, família e comunidade, é considerado uma inovação que alcançou a meta da “Saúde para Todos no ano 2000”, antes deste ano, e colocou Cuba no papel de potência médica mundial⁽¹⁵⁾.

O PMEF, como ordenador da rede de saúde, fortalece o trabalho conjunto do médico e do enfermeiro de família, fazendo com que esses profissionais sejam essenciais na prevenção, vigilância e no controle da doença. No caso das enfermeiras, de forma individual, ou coletiva, desde a promoção à saúde, no que se refere a evitar e orientar como se evita a doença, na busca ativa de sintomáticos e seus contatos de modo georreferenciado, até no campo dos cuidados ao paciente, está na linha de frente nos três níveis de atenção.

O pequeno número de casos de COVID-19 em Cuba pode ser explicado pela sua especificidade geográfica, populacional e a qualidade do sistema de saúde, bem como pela criação de um Plano de Controle e Prevenção de COVID-19, em janeiro de 2020, quando a ilha ainda não possuía nenhum caso da doença. O referido plano previu a organização de estratégias de fortalecimento da vigilância epidemiológica, intensificação da atenção médica nas unidades assistenciais que apresentaram casos suspeitos e capacitação da equipe de saúde pública para diagnóstico e atenção de casos de coronavírus. Outras medidas implantadas: campanhas de comunicação para manter as pessoas informadas, controle

de saúde das fronteiras, atenção à população vulnerável, certificação de instalações e produção de insumos.

Essa abrangência de medidas para o controle da COVID-19, sedimentada em um modelo de gestão com componentes epidemiológico, social e científico, em um rigoroso sistema de informação estatística, no apoio das organizações políticas e de massas e na participação da sociedade permitiram um grau mínimo de circulação viral, baixa letalidade da infecção, sem grande pressão no sistema de saúde, cuja ocupação não ultrapassou 29% em leitos de terapia intensiva. Isto também impactou de forma positiva na saúde dos profissionais da saúde, com apenas três óbitos na Enfermagem até o final de outubro de 2020.

O último país em análise, no presente artigo, é o Brasil, que tem o Sistema Único de Saúde (SUS) e possui uma das melhores estratégias de vigilância em saúde do mundo, o que (deveria, em tese) contribuir para a organização prévia do país à chegada da COVID-19. Essa situação e diretrizes sanitárias adequadas, adotadas inicialmente pelo Ministério da Saúde, tais como as medidas de distanciamento social, impediram, inicialmente, o colapso do sistema de saúde, especialmente a falta de leitos de tratamento intensivo, como visto em outros países. O SUS prevê o direito à saúde desde a Constituição Federal de 1988, tanto para os brasileiros quanto para os estrangeiros e tem como diretrizes e princípios organizativos: acesso universal, integral, equânime, com participação social, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. O financiamento do Sistema ocorre, especialmente, por meio de impostos e é solidário entre os três entes federados. E, sempre conviveu com o subfinanciamento e o sucateamento da saúde.

Assim como outros países, o Brasil vivenciou a subnotificação causada pela falta de testes e a demora nas análises e resultados dos mesmos, até a metade do ano de 2020, podendo explicar a rapidez do contágio. Outra questão é o fato de a China ser a principal fornecedora de insumos e equipamentos no mundo. Como o país estava em quarentena, demorou cerca de quatro meses para fornecer aos demais países os insumos solicitados. Além disso, houve uma concorrência em condições desiguais no mercado de insumos sanitários.

A carência de profissionais da saúde já era uma realidade no SUS. Com o aumento no número de casos da doença e os afastamentos de profissionais, ocorreu uma sobrecarga, especialmente das áreas da Medicina e Enfermagem. Cabe aqui destacar que os profissionais da Enfermagem foram os que mais adoeceram ou perderam sua vida no exercício profissional. Conforme dados da OMS, o Brasil possui 558.177 enfermeiros e, conforme informações do Observatório de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem, até 22 de fevereiro de 2021, foram reportados 48.563 casos (25.304 confirmados) e 582 óbitos (546 confirmados) de COVID-19

entre os profissionais de Enfermagem brasileiros, resultado em uma letalidade de 2,09% dos dados confirmados⁽¹⁶⁾.

A adesão irregular ao distanciamento social, a falta de restrição de circulação nos feriados, o anúncio de futuras flexibilizações e as notícias falsas e promessas de curas milagrosas foram (e seguem sendo) motivos que afastaram a população do entendimento da necessidade de aderir às medidas necessárias diante da pandemia. Além destes aspectos, destaca-se o fato que alguns governantes minimizam os riscos, prejudicando o direcionamento único para a população, assim como a baixa coordenação entre instituições. No caso do Brasil, soma-se à dificuldade da gestão da crise, as trocas de Ministros da Saúde e a manutenção do Ministro interino por mais de três meses, fragilizando as tomadas de decisão, assim como a politização da COVID-19 e o constante tensionamento entre economia e saúde.

Uma questão a mais, relevante no Brasil, é quanto às diferenças regionais, em que os serviços de saúde de alta complexidade e profissionais são desigualmente distribuídos entre estados e municípios. A COVID demonstrou que algumas regiões específicas e grandes cidades concentram os recursos em saúde. A heterogeneidade organizacional dos sistemas locais e o uso limitado da capilaridade da APS somam às dificuldades enfrentadas⁽⁹⁾. Uma inferência a respeito dessas particularidades é de que se o país tivesse optado por uma quarentena no início da pandemia, talvez tivesse contido seu avanço. É importante também considerar pontos positivos do controle da pandemia no Brasil. Pode-se observar a organização das vigilâncias em saúde dos estados e municípios e sua pronta ação na tomada de decisão em saúde, como no desenvolvimento de protocolos de monitoramento da COVID-19. As propostas de formação em serviço, imediatamente construídas e organizadas para auxiliar no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, foram essenciais na condução das decisões. Os aprendizados foram relevantes para movimentos de solidariedade e de empatia para com o outro e suas necessidades. Além das diferentes instituições que buscaram auxiliar na confecção de insumos para dar suporte à gestão do cuidado em saúde.

■ A COVID-19 E O FUTURO DAS POLÍTICAS NOS ESTADOS NACIONAIS: À GUIA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tragédia ocasionada pela pandemia permite duas reflexões acerca do futuro: uma do ponto de vista individual e outra do ponto de vista coletivo. Do individual, é possível dizer que o enfrentamento da COVID-19 certamente transformará hábitos e rotinas. As mudanças não serão uniformes entre os sujeitos, mas exigem uma reflexão sobre as necessidades de proteção social ofertadas pelos Estados que precisam ser incluídas na agenda política.

Conhecer a estrutura dos Sistemas de Saúde e os enfrentamentos promovidos por cada um dos países permite a adoção de estratégias de gestão política para a proteção do povo no território. Pensar no futuro da organização pública e prestações de serviços de saúde, de forma coletiva, após a pandemia, exige um olhar territorializado. Assim, fortalecer o sistema de seguridade social, retomando o direito à vida como pauta principal para orientar as ações e escolhas políticas parecem ser exigências que o enfrentamento da COVID-19 permitirá ensinar aos que estão dispostos a aprender, para além de todo sofrimento vivido.

No mesmo sentido, a consolidação de um sistema universal de saúde, associado à adoção de medidas que reforçam a vigilância em saúde, parece caminhar no sentido de adesão a um compromisso com a assistência integral à saúde. Certamente o enfrentamento da pandemia destacou necessidades de estruturação/adequação de serviços e possibilidades de uso da ciência e da tecnologia própria para tal. Por outro lado, a adoção de modelos voltados para o autofinanciamento das necessidades de saúde da população poderá significar impossibilidade de acesso a medidas básicas de proteção da vida.

Nesse sentido, diante de cenários críticos como o que estamos vivendo, em função da pandemia, mas também diante daqueles cotidianos, decorrentes de outras mazelas vividas é mister pensar e propor uma agenda político-econômico-sanitária que leve em consideração o aumento de investimentos em infraestrutura, a formação e qualificação de profissionais, a pesquisa e produção própria de tecnologia e insumos, o fortalecimento no controle sanitário e da seguridade social, entre outras necessidades. A priorização na alocação de recursos para estes fins exigirá ainda planejamento e pactuações para o adequado atendimento da população no território, exigindo um exercício político sério e comprometido com os interesses sociais.

Pode-se perceber que, nos países selecionados, a Enfermagem, profissão majoritariamente feminina e maior contingente de profissionais de saúde, em todo o mundo, vem sofrendo com a sobrecarga de trabalho, exaustão física e mental, afastamentos, apreensão em relação às incertezas da doença (infecção e óbitos de profissionais e familiares, possibilidade de transmissão, sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, suicídio), proximidade da morte, falta de estrutura e de materiais, além de diversas dificuldades impostas pela doença. Ao mesmo tempo, cabe destacar o protagonismo da Enfermagem visto que a pandemia desvela a contribuição da profissão nos sistemas de saúde e no *front* do cuidado em saúde. A Campanha *Nursing Now* anunciada para o ano de 2020 e prorrogada até junho de 2021, demonstra a necessidade de valorização e empoderamento dos profissionais.

■ REFERÊNCIAS

- Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med.* 2020;26(4):450-2. doi: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
- Wang H, Li X, Li T, Zhang S, Wang L, Wu X et al. The genetic sequence, origin, and diagnosis of SARS-CoV-2. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2020;39(9):1629-35 doi: <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03899-4>
- The Lancet Public Health. COVID-19 puts societies to the test [editorial]. *Lancet Public Health.* 2020;5(5):e235. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30097-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30097-9)
- Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem [comment]. *Lancet Public Health.* 2020 May; 5(5):e249-e250. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4)
- Cowling JB, Ali ST, Ng TWY, Tsang TK, Li JCM, Fong MW et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Health.* 2020;5(5):e279-e288. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30090-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30090-6)
- Backes MTS, Carvalho KM, Santos EKA, Backes DE. New coronavirus: what does nursing have to learn and teach in times of a pandemic? *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl. 2):e20200259. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0259>
- Darvenne M. Brasil e China: cooperação em saúde e perspectivas. In: *Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018 [citado 2020 jul 12]. p. 165-83. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_politica_externa_20_anos_aissa.pdf
- Silva AI. Chinese healthcare policy: the occidental European influence on the restructuring after 1978. *Saúde Soc.* 2015;24(3):1006-20. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015133984>
- Prado NMB, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SG, Magno L, Santos HLPC et al. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(12):e00183820. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>
- Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 89-120.
- Lima RCGS, Severo DO, Verdi MIM, Da Ros MAA The construction of the right to health in Italy and in Brazil under the perspective of everyday bioethics. *Saude Soc.* 2009;18(1):118-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100012>
- Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(6):1763-76. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
- Castro YQ, Rosa WM. O direito à saúde em Portugal no período da crise. *Rev Fac Direito UFRGS.* 2018 [citado 2020 jul 12];(39):134-51. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/revfacdir/article/view/83696>
- Noronha JC, Ugá MAD. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: Buss PM, Labra ME, organizadores. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995 [citado 2020 jul 10]. p. 177-218. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zngyg/pdf/buss-9788575414026-06.pdf>
- Mesquita MO, Roesse A, Rocha CMF, Mello VR, Pasini VL. Vivências de uma equipe multiprofissional na atenção primária em saúde em La Habana, Cuba. *Rev Extensão UFRGS.* 2015 [citado 2020 jul 05];11:40-6. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/206991/000976283.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Observatório de enfermagem. Profissionais infectados com COVID-19 informado pelo serviço de saúde [Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem, 2021 [citado 2021 fev 22]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>

■ Contribuição de autoria:

Adriana Roesse Ramos: todas as etapas, desde a conceituação do projeto de pesquisa até a revisão e edição do mesmo.

Cristianne Maria Famer Rocha e Carla Garcia Bottega: análise formal, metodologia, supervisão, visualização, escrita tanto do rascunho original, revisão e edição.

Letícia Lassen Petersen, Rosane Machado Rollo e Mariana Kliemann Marchioro: análise formal e escrita do rascunho original.

As autoras declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente:

Adriana Roesse Ramos

E-mail: adiroese@gmail.com

Recebido: 15.08.2020

Aprovado: 26.02.2021

Editor associado:

Dagmar Elaine Kaiser

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti