

Governança e capacidade estatal frente à COVID-19 na Alemanha e na Espanha: respostas nacionais e sistemas de saúde em perspectiva comparada

Governance and state capacities against COVID-19 in Germany and Spain: national responses and health systems from a comparative perspective

Adelyne Maria Mendes Pereira (<https://orcid.org/0000-0002-2497-9861>)¹

Cristiani Vieira Machado (<https://orcid.org/0000-0002-9577-0301>)¹

Miquel Bennasar Veny (<https://orcid.org/0000-0003-1668-2141>)²

Aina Maria Yáñez Juan (<https://orcid.org/0000-0001-8527-3937>)²

Sonia Navas Recio (<https://orcid.org/0000-0003-2517-9652>)²

Abstract *This study aimed to analyze comparatively strategies and political actions adopted in response to the COVID-19 pandemic in Germany and Spain in 2020. Based on historical institutionalism, we focused on the institutionality of government action in five work dimensions. The results showed different state capacities in coordination, implementation, and effectiveness of strategies. Crisis management and governance strengths are related to recognizing its severity and negotiation skills; national production capacity of supplies and equipment; and broad targeting of fiscal and financial resources from central government to health, social, and economic areas. These aspects varied between cases, acting as a relevant differential in governmental response. Other differentials were health system's structure; availability of workers; and national science and technology system, highlighting the importance of medium and long-term investments.*

Key words *Coronavirus infections, COVID-19 pandemic, Health systems, Governance, Contextual effects of health Disparities*

Resumo *O objetivo foi analisar, em perspectiva comparada, estratégias e ações políticas adotadas em resposta à pandemia de COVID-19 na Alemanha e na Espanha em 2020. Baseando-se no institucionalismo histórico, o foco foi a institucionalidade da atuação governamental em cinco dimensões de atuação. Os resultados evidenciaram diferentes capacidades estatais na coordenação, implementação e efetividade de estratégias. Pontos fortes da gestão e governança da crise estão relacionados ao reconhecimento da sua gravidade e capacidade de negociação; capacidade de produção nacional de insumos e equipamentos; e amplo direcionamento de recursos fiscais e financeiros do governo central para as áreas sanitária, social e econômica. Esses aspectos variaram entre os casos, atuando como diferencial relevante na resposta governamental. Outros diferenciais foram: estrutura do sistema de saúde; disponibilidade de trabalhadores; e sistema nacional de ciência e tecnologia, destacando a importância de investimentos de médio e longo prazo.*

Palavras-chave *Infecções por coronavírus, Política pública, Sistemas de saúde, Governança, Efeitos contextuais das desigualdades em saúde*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1.480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. adelyne.pereira@ensp.fiocruz.br

² Universidade das Ilhas Baleares. Palma de Maiorca Espanha.

Introdução

A pandemia de COVID-19 é uma das preocupações da saúde global na atualidade, ao afetar mais de 200 países, com milhões de casos e óbitos em todo o mundo¹. As taxas de letalidade são mais elevadas acima de 60 anos e na presença de doenças cardiovasculares, respiratórias e imunológicas, mas também há casos graves e óbitos na ausência desses fatores de risco² e em pacientes jovens^{3,4}.

Os impactos da COVID-19 se expressam nos sistemas de saúde, com sobrecarga e risco de colapso dos serviços, sobretudo hospitalares e de diagnóstico, em função da elevada transmissibilidade e da necessidade de atenção hospitalar para cerca de 20% dos casos, com cuidados críticos para cerca de 5% deles⁵. A pandemia também gerou aumento da demanda sobre os serviços de atenção primária, com efeitos sobre o processo de trabalho e acompanhamento das condições crônicas.

Também são importantes as repercussões sobre a dinâmica social e econômica. Os impactos sanitários, sociais e econômicos têm produzido uma crise humanitária⁶, que atinge desigualmente populações e territórios em situação de vulnerabilidade social. O aumento do desemprego e da pobreza tende a aprofundar as desigualdades e gera desafios para governos e sociedades de distintas regiões do mundo.

Diante de uma crise multidimensional, é fundamental o papel do Estado na formulação e implementação de políticas sociais, econômicas e sanitárias. Contudo, elas podem ser influenciadas por diversos fatores: características do capitalismo do século XXI (financeirizado e globalizado) e das desigualdades; configuração das instituições do Estado e suas relações com a sociedade; distribuição do poder político-territorial nos Estados e regimes políticos; trajetória histórica e contexto das políticas; e disputas entre grupos de interesse. A efetividade da ação dos Estados Nacionais no enfrentamento da pandemia depende de capacidade de articulação intersetorial, intergovernamental e de compensação das desigualdades nas condições de vida, na inserção produtiva e no acesso ao sistema de saúde.

Este artigo apresenta os resultados de pesquisa que objetiva analisar, em perspectiva comparada, as estratégias adotadas em resposta à pandemia de COVID-19 na Alemanha e na Espanha. Buscou-se explorar a governança e a capacidade de atuação estatal dos dois países europeus diante dessa crise mundial, visando extrair lições que

possam contribuir para o fortalecimento da resposta a emergências sanitárias em outros países, inclusive no Brasil.

Método

O estudo se apoiou no referencial do institucionalismo histórico⁷, assumindo que a capacidade de atuação dos Estados⁸ é condicionada por fatores histórico-estruturais, institucionais e conjunturais⁹.

O foco foi a institucionalidade da atuação governamental diante da crise gerada pela pandemia de COVID-19. No âmbito desse estudo, a institucionalidade corresponde às capacidades estatais de planejar, formular e implementar ações e estratégias em cinco dimensões de atuação: Governança e coordenação nacional; Controle da propagação da epidemia; Fortalecimento do sistema de saúde; Apoio social e econômico; e Comunicação com a sociedade. O Quadro 1 apresenta a matriz de análise, que combina elementos político-institucionais e histórico-estruturais.

Realizou-se uma análise comparada transversal¹⁰, na qual cada caso foi analisado em profundidade a partir do seu contexto. Os critérios de seleção dos países consideraram elementos que os configuram como casos interessantes para a análise de similaridades e diferenças na resposta nacional à pandemia. Alemanha e Espanha são países europeus populosos e com organização político-territorial que alia articulação nacional com políticas descentralizadas (a Alemanha é uma federação e a Espanha uma quase-federação). Ambos têm sistemas de saúde robustos com ampla cobertura populacional (na Alemanha, sob o modelo de seguro social e na Espanha, sistema universal) e ambos foram atingidos pela pandemia em períodos próximos, mas mostraram diferenças em sua capacidade de governança e resposta. Espanha está entre os países com maior número de óbitos por milhão de habitantes e Alemanha, o menor. Em que pesem as variações entre as ondas, a letalidade por COVID-19 na Espanha variou entre 10% e 2,6% em 2020, enquanto na Alemanha, esteve entre 4% e 1,5% (menor taxa entre os países europeus mais afetados até dezembro de 2020)¹.

As estratégias e técnicas de pesquisa envolveram o levantamento e análise de: 1) publicações científicas disponíveis no repositório da *PubMed* e *Web of Science*; 2) legislação, documentos e relatórios oficiais (com destaque para os Ministérios

Quadro 1. Institucionalidade, governança e estratégias políticas em resposta à crise gerada pela COVID-19 no contexto de desigualdades.

Institucionalidade da resposta governamental à COVID-19 (capacidades estatais para desenvolver estratégias e ações nas seguintes dimensões)	
Governança e coordenação nacional	Estratégias e ações com o objetivo de promover a governança e coordenação nacional das políticas públicas de enfrentamento à crise gerada pela COVID-19, desenvolvendo instrumentos tais quais: normas nacionais (leis, decretos e resoluções) e fóruns intergovernamentais, intersetoriais, com participação de especialistas, setores produtivos e da sociedade.
Controle da propagação da epidemia	Estratégias e ações com o objetivo de reduzir a transmissão da infecção nos territórios por meio da restrição da mobilidade e do distanciamento físico.
Fortalecimento do sistema de saúde	Estratégias e ações com o objetivo de ampliar a capacidade do sistema de saúde no que diz respeito à atenção e vigilância, incluindo capacidade assistencial nos diversos níveis de atenção, capacidade de vigilância (ativa/passiva, articulada aos serviços de saúde e laboratorial/genômica) e de desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos.
Apoio social e econômico	Estratégias e ações com o objetivo de garantir proteção social à população, com especial atenção aos mais vulneráveis; e favorecer a retomada das atividades produtivas, comerciais e financeiras.
Comunicação com a sociedade	Estratégias e ações com o objetivo de dar transparência às decisões tomadas no âmbito governamental, de modo que a sociedade possa estar informada e possa participar do processo. São favorecidas pela governança e coordenação nacional, podendo ampliar a geração de confiança e o engajamento social.

Contexto político, socioeconômico e sanitário

Fonte: Elaboração própria.

da Saúde e da Economia); 3) dados secundários disponíveis em bases de agências internacionais (OECD Stat e WHO) e nacionais. O período de coleta abrangeu os meses de março a dezembro de 2020, correspondendo às respostas durante a primeira e segunda onda da pandemia nos dois países.

Os resultados abordam o contexto social, econômico e sanitário prévio à pandemia nos dois países e as estratégias e ações desenvolvidas em resposta à COVID-19 em cada caso. A discussão envolve a análise comparada e as lições aprendidas.

Resultados

Contexto social, econômico e sanitário

Alemanha possui a maior população da União Europeia (UE) e a Espanha, a quinta maior¹¹. Apresentam estrutura etária semelhante, com uma proporção de idosos de cerca de 20%¹¹. Contudo, indicadores sociais, econômicos e de estrutura do sistema de saúde prévios à pande-

mia indicam diferenças histórico-estruturais entre os países analisados (Tabela 1).

As condições de vida, aferidas por meio do índice de desenvolvimento humano (IDH), são consideradas muito altas na Alemanha e altas na Espanha, com variações entre os dois países. As desigualdades na expectativa de vida são semelhantes, mas as desigualdades na educação são muito mais acentuadas na Espanha que na Alemanha. A desigualdade de renda é moderada em ambos países¹².

Há importantes desigualdades internas, que se expressam na dinâmica de distribuição e concentração da riqueza nacional. O Coeficiente de Gini na Alemanha é 31,7 e na Espanha, 36,2¹¹; e a concentração da renda nacional nas mãos dos 10% mais ricos está em 36,7% na Alemanha e 34,9% na Espanha¹³ (valores superiores à média da UE).

As principais diferenças entre esses países se referem à estrutura produtiva e emprego. Alemanha possui o quarto maior PIB do mundo e estrutura produtiva estável, com participação importante da indústria e um desemprego total de 3,4% da força de trabalho em 2018¹⁴. Espanha possui

Tabela 1. Indicadores selecionados do contexto social, econômico e sanitário. Alemanha e Espanha, ao redor de 2017-2020.

		Alemanha	Espanha
	População (milhões) (2019) ¹¹	83,1	47,0
	População 65 anos ou mais (% pop total) (2019) ¹¹	21,6	19,6
Desigualdades nas condições de vida	IDH ajustado à desigualdade (2018) ¹²	0,861	0,765
	Desigualdade na esperança de vida (%) (2018) ¹²	3,8	3,0
	Desigualdade na educação (%) (2018) ¹²	2,7	17,1
	Desigualdade na renda (%) (2018) ¹²	17,7	21,9
Desigualdades na dinâmica de distribuição e concentração da riqueza nacional	Coefficiente de Gini (2017) ¹¹	31,7	36,2
	Participação dos 10% mais ricos na renda nacional (2015-2017) ¹³	36,7	34,9
	PIB per capita (PPP, dólar corrente) (2018) ¹⁴	54.456	40.483
Estrutura produtiva e emprego	% do PIB da agropecuária no PIB total (2018) ¹⁴	1	3
	% do PIB da indústria no PIB total (2018) ¹⁴	27	20
	% do PIB da manufatura propriamente dita no PIB total (2018) ¹⁴	20	11
	% do PIB dos serviços no PIB total (2018) ¹⁴	61,8	67,7
	Desemprego total (% da força de trabalho) (2018) ¹⁴	3,4	15,5
Estrutura do sistema sanitário	Gasto em saúde (% do PIB) (2017-2018) ¹⁴	11,2	9
	Número de leitos (por 10 mil habitantes) (2018) ¹⁴	82,8	29,6
	Número de médicos (por 10 mil habitantes) (2018) ¹⁶	42,5	38,7
	Número de trabalhadores da enfermagem (por 10 mil habitantes) (2018) ¹⁶	132,3	57,3

Fonte: World Bank¹¹, UNDP¹², WID¹³, OECD Stat¹⁴, WHO¹⁶.

estrutura produtiva e emprego mais vulneráveis, com alta dependência do PIB ao setor de serviços (sobretudo ao turismo) e um desemprego total de 15,5% da força de trabalho em 2018¹⁴.

Alemanha e Espanha possuem diferenças quanto à organização e estrutura dos sistemas de saúde, embora ambos se caracterizem por ampla cobertura da população e abrangência das ações. Alemanha possui um sistema do tipo seguro social (*Gesetzlicher Krankenversicherung*), cuja governança se organiza em três níveis (federal, estadual e corporações de autogestão) e cobre 87% da população¹⁵. Possui alto gasto em saúde (11,2% do PIB, sendo apenas 15% correspondente a desembolso direto)¹⁴ e alto nível de oferta de serviços, a partir de uma estrutura hospitalar robusta (82,8 leitos e 2,92 leitos de UTI/10 mil habitantes, uma das cifras mais altas da UE)¹⁴ e disponibilidade de força de trabalho entre as mais altas da UE (42,5 médicos e 132,3 trabalhadores da enfermagem/10 mil hab.)¹⁶.

A Espanha possui um sistema de saúde universal (*Sistema Nacional de Salud*, SNS), cuja governança se organiza em dois níveis (nacional e regional), de base territorial regionalizada a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) e que tem so-

frido constrangimentos financeiros¹⁷. Apesar de o gasto em saúde espanhol situar-se em 9% do PIB, na média dos países da OCDE (8,8%) em 2018, cerca de 30% correspondem a pagamentos por desembolso direto¹⁴. A estrutura hospitalar é uma das menos robustas da UE (29,6 leitos e 0,97 leitos de UTI/10 mil hab.)¹⁴ e a disponibilidade de força de trabalho é moderada (38,7 médicos e apenas 57,3 trabalhadores da enfermagem/10 mil hab.)¹⁶.

No que diz respeito à capacidade de resposta e resiliência dos sistemas de saúde no enfrentamento à COVID-19, três fatores foram considerados chave: gasto público em saúde¹⁴, estrutura hospitalar¹⁴ e disponibilidade da força de trabalho em saúde¹⁶. Todos foram identificados fortemente no caso alemão e se mostraram mais débeis no caso espanhol (sobretudo na estrutura hospitalar), como mostra o Gráfico 1.

Estratégias e ações desenvolvidas em resposta à COVID-19

Alemanha

Na Alemanha, a resposta à COVID-19 foi organizada com base em forte governança federativa com coordenação nacional da vigilância

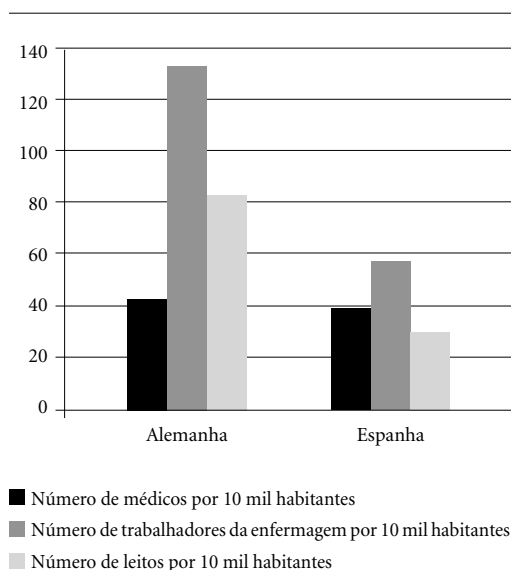


Gráfico 1. Estrutura do sistema de saúde: número de médicos, trabalhadores da enfermagem e de leitos hospitalares por 10 mil habitantes. Alemanha e Espanha. 2018.

Fonte: WHO¹⁶, OECD Stat¹⁴. Último dado disponível (2018).

e da atenção à saúde, cujas capacidades já eram potentes e foram ampliadas por meio de investimentos do governo federal, no setor saúde e na área socioeconômica.

Governança, coordenação nacional e comunicação com a sociedade

A governança federativa alemã se caracteriza pela ativação das estruturas do executivo e legislativo federais como instrumentos de governança e coordenação nacional. Um plano nacional foi acordado entre governo federal e governos estaduais, por meio de reuniões regulares do *Bundesrat* (órgão federal de representação dos estados), com apoio do Parlamento (*Bundestag*), cabendo destaque para liderança da Chanceler Federal. A partir dessa estrutura de governança federativa, foram constituídos fóruns específicos para gestão da crise em âmbito federal, desde março de 2020, envolvendo diversos setores (incluindo a indústria nacional) e especialistas¹⁸.

No âmbito da governança setorial, destaca-se o papel dos Ministérios da Saúde Federal e Regionais; do Instituto Robert Koch (IRK); e dos Serviços de Saúde Pública distritais/locais. Por meio de leis federais¹⁹, o Ministério da Saúde teve

suas competências ampliadas para coordenar as ações de enfrentamento da epidemia e fortalecer a capacidade do sistema de saúde. O IRK, importante instituto de saúde pública alemão com experiência na gestão de emergências sanitárias, assumiu papel estratégico para coordenação das ações de vigilância entre autoridades sanitárias nacional/estadual/distrital-local⁴.

A governança e coordenação federativa favoreceram a geração de confiança na sociedade. No âmbito da governança informativa, ações de comunicação foram desenvolvidas: pronunciamentos oficiais dos chefes de governo; manutenção de um painel *online* com informações sobre a situação epidemiológica e capacidade hospitalar; e ações de educação em saúde, com importante papel do Centro Federal de Educação para a Saúde, especialmente sobre vacinação²⁰.

Controle da propagação da epidemia

Um aspecto diferencial na resposta alemã se deve ao início precoce da investigação epidemiológica, do mapeamento viral, produção nacional de reagentes e preparo da capacidade de testagem laboratorial – a partir do primeiro caso confirmado em 27 de janeiro de 2020. A transmissão comunitária foi confirmada em 27 de fevereiro, com registro dos primeiros óbitos em 9 de março¹. Nesse momento, foi ativada a estratégia de gestão de emergências sanitárias, previamente definida no Plano Nacional para Pandemia de *Influenza* em 2005 e apoiada na Lei Alemã de Proteção Contra Infecções de 2001. Ambas foram atualizadas ao longo da pandemia²⁰.

O IRK realizou o monitoramento de indicadores de risco epidemiológico e da capacidade do sistema sanitário em cada estado (*Länder*)⁴. Mediante avaliação de aumento desse risco, todos os estados implementaram medidas para promover o distanciamento físico, mais rigorosas durante a primeira onda e menos ostensivas durante a segunda. Tais medidas foram reguladas por Resoluções conjuntas dos governos federal e estaduais, envolvendo: isolamento de casos e quarentena de contatos; distanciamento físico e confinamento comunitário (*lockdown*) com suspensão de atividades não essenciais, a depender da situação epidemiológica; suspensão de grandes eventos; controle de fronteiras com restrições de viagens domésticas e internacionais. Estabelecimentos em funcionamento deveriam manter desinfecção regular e medidas de proteção dos trabalhadores e consumidores. Também foram reguladas medidas de cuidados com grupos vulneráveis, incluídos idosos em instituições¹⁹.

Pode-se afirmar que a primeira onda da epidemia se deu entre meados de março e o final de abril, com maior média diária de novos casos em 2 de abril e de óbitos em 21 de abril. Ao final do *lockdown* realizado durante a primeira onda, Alemanha apresentou uma redução substantiva no incremento diário de casos e um número de reprodução inferior a 1 ($R=0,71^4$), o que significa que um caso já infectava menos de uma pessoa. Permitiu-se a retomada gradual das atividades sociais e econômicas a partir de 4 de maio. Entre maio e setembro, houve certa estabilidade, relacionada às medidas de controle adotadas na primeira onda. O estímulo ao turismo e à circulação durante o verão europeu estão relacionados à segunda onda, que se estendeu de outubro de 2020 a fevereiro de 2021, com maior média diária de novos casos em 23 de dezembro e de óbitos em 13 de janeiro. Ainda que a segunda onda tenha sido superior à primeira em número de casos, a letalidade se manteve em menores níveis (entre 3% e 1,5%) (Tabela 2)¹.

A vacinação é uma das estratégias de controle em preparação desde o segundo semestre de 2020. Teve início em 27 de dezembro e até 14 de maio foram aplicadas 39,41 milhões de doses¹.

Fortalecimento do sistema de saúde

A partir do reconhecimento legal da COVID-19 como situação epidêmica de importância nacional, leis federais outorgaram ao Ministério da Saúde competências sobre a regulação: da notificação compulsória e investigação epidemiológica; medidas de abastecimento básico de medicamentos, equipamentos de proteção individual (EPI) e testes diagnósticos; normativas para funcionamento de instalações médicas e de cuidados, incluindo flexibilidades legais para expansão em curto prazo se necessário; controle sanitário nas fronteiras; medidas de contenção da propagação da COVID-19 em nível federal e estaduais; e de farmacovigilância da vacina¹⁹.

Para a coordenação no âmbito do sistema de saúde, a atuação do Ministério da Saúde foi fundamental para a garantia do acesso, pois regulou a oferta de leitos e ampliou mecanismos de financiamento federal dos hospitais e outros serviços. As ações incluíram incentivos e compensação financeira aos hospitais que reprogramassem intervenções e mantivessem seus leitos disponíveis para COVID-19; destinação de 6,3 bilhões de euros para ampliação da capacidade de leitos de UTI, de EPI e da força de trabalho; e expansão da capacidade de atendimento ambulatorial¹⁹. O sistema de saúde foi fortalecido, com aumento do

financiamento público e dos leitos hospitalares (ampliados em cerca de 40%) e manutenção de um sistema de leitos hospitalares digital unificado nacionalmente²⁰.

No âmbito da vigilância em saúde, as principais ações foram o aprimoramento de sistemas prévios de vigilância; a definição legal do registro e envio informatizado dos resultados do RT-PCR dos laboratórios públicos e privados diretamente para o IRK; e a coordenação federativa entre níveis nacional (por meio do IRK) e distritais/locais (Serviços de Saúde Pública descentralizados no território), em estreita relação com os serviços de saúde⁴.

As ações de vigilância também se favoreceram da alta capacidade nacional de produção e realização de testes diagnósticos. A capacidade de RT-PCR foi ampliada para 650 mil testes semanais e mais de três milhões de testes sorológicos, produzidos nacionalmente, foram disponibilizados ao sistema público de saúde²⁰.

No campo da ciência e tecnologia, o governo alemão investiu em empresas nacionais e organizações internacionais para apoiar o desenvolvimento de testes e vacinas. Também atuou junto aos governos estaduais na realização de inquéritos epidemiológicos¹⁸.

Medidas de apoio socioeconômico

Com relação às ações de apoio social e econômico, a Alemanha se destaca pela constituição de um Programa e um Fundo de Estabilização Econômica, em uma clara concertação federativa envolvendo governos federal, estaduais e Parlamento.

As medidas somam mais de 650 bilhões de euros, incluindo: Doações para pequenas empresas e autônomos, variáveis segundo número de trabalhadores; Suporte à liquidez para médias e grandes empresas, com linhas de crédito através do Banco Nacional de Desenvolvimento Alemão (KfW); e Fundo de Estabilização Econômica, composto por garantias estatais para passivos, investimentos diretos do Estado e refinanciamento de grandes empréstimos pelo KfW. Foram destinados dez bilhões para expandir esquemas de seguro-desemprego e 7,7 bilhões para assistência social, incluindo auxílio-criança e auxílio à renda²¹.

Espanha

A Espanha organizou sua resposta à COVID-19 com base em uma governança intergovernamental e intersetorial, articulada a estratégias de controle da propagação da epidemia,

fortalecimento do sistema sanitário, apoio social e econômico, e comunicação com a sociedade.

Governança, coordenação nacional e comunicação com a sociedade

A partir do reconhecimento da gravidade da crise pelos governos central e regionais, em 14 de março de 2020, foi decretado Estado de Alarme, instrumento jurídico que outorgou ao governo central competências para a coordenação nacional da resposta à COVID-19²². A centralização dessas competências foi estratégica para minimizar a competição por recursos no contexto de crise e polarização política espanhol.

Instituiu-se uma governança intergovernamental e intersetorial por meio de três fóruns: Reunião do presidente do governo central com os presidentes das Comunidades Autônomas (CCAA), para pactuação de medidas entre níveis de governo; Conselho de Ministros, para gestão da crise no nível central; e Conselho Interterritorial (instância regular do SNS), para decisões conjuntas entre Ministério da Saúde e autoridades sanitárias regionais. Estratégias setoriais e supra setoriais foram reguladas por normativas nacionais, com importante liderança do executivo central.

No âmbito da governança setorial, o Ministério da Saúde assumiu a coordenação nacional da atenção e da vigilância, cabendo destacar o papel do Centro de Coordenação de Alertas e Emergências Sanitárias, prévio à pandemia²³. Esse foi um marco importante, dada a organização descentralizada do Sistema Nacional de Saúde (SNS) espanhol para as CCAA¹⁷.

A governança informativa contou com pronunciamentos e campanhas publicitárias oficiais em mídias *online*. Após as reuniões semanais dos fóruns citados, eram realizadas rodas de imprensa para publicização das ações propostas e avaliação das estratégias vigentes, funcionando como um canal adicional de comunicação com a sociedade²³.

Controle da propagação da epidemia

O primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 31 de janeiro de 2020, a transmissão comunitária em 26 de fevereiro e o primeiro óbito em 4 de março. As estratégias de controle da propagação da epidemia foram implementadas tardiamente. Com o decreto do Estado de Alarme, teve início o *lockdown* (14 de março a 3 de maio) que restringiu a circulação por vias públicas a atividades essenciais (saúde, segurança e alimentação, com exceção para atividades

da construção civil e da indústria, interrompidas por apenas 15 dias) e estabeleceu o controle de fronteiras, com restrição de viagens domésticas e internacionais^{22,24}. A primeira onda (março e abril) provocou impactos importantes na mortalidade e letalidade por COVID-19 (superando 10%, como mostra a Tabela 2)¹, que podem estar relacionadas ao colapso do sistema de saúde em algumas CCAA e alguns surtos em residências de idosos.

O *lockdown* logrou uma redução substantiva no incremento diário de casos e um número de reprodução inferior a 1 ($R=0,70^{25}$). Um plano de desconfinamento teve início em 4 de maio, havendo certa estabilidade até julho. A retomada das atividades turísticas durante o verão pode ter influenciado a segunda onda (agosto a dezembro), com maior média diária de novos casos e óbitos em novembro. Durante a segunda onda, medidas de confinamento comunitário menos restritivas foram adotadas²⁴, pois foi superior à primeira em número de casos, mas a letalidade se manteve em níveis inferiores (Tabela 2)¹.

A vacinação faz parte das medidas de controle adotadas. Um plano nacional de vacinação foi pactuado, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela compra e distribuição de vacinas; e às CCAA a aplicação nos centros de APS do SNS. A vacinação teve início em 27 de dezembro e até 13 de maio foram aplicadas 21,68 milhões de doses¹.

Fortalecimento do sistema de saúde

Para coordenação nacional da resposta setorial, normativas nacionais outorgaram ao Ministério da Saúde competências para realizar: padronização nacional do registro, investigação e notificação de casos; controle sanitário e rastreamento; ampliação da força de trabalho no SNS; regulação de preços e abastecimento de insumos e medicamentos para o SNS. O Ministério da Saúde assumiu a gestão temporária de recursos logísticos, instalações e profissionais vinculados ao Ministério da Defesa^{22,24}.

Para fortalecer a capacidade assistencial do SNS espanhol, o Ministério da Saúde aumentou o financiamento público com recursos do governo central, o que foi fundamental já que sua capacidade hospitalar estava entre as mais baixas da UE¹⁴. A partir da análise da situação de cada CCAA, ampliou-se o número de leitos gerais e de UTI nos hospitais existentes e de campanha. Prepararam-se leitos de retaguarda em centros de convenção e hotéis, para casos leves ou em recuperação. O Real Decreto 463 colocou, à dis-

Tabela 2. Situação epidemiológica frente à COVID-19. Alemanha e Espanha, 2020.

		Alemanha		Espanha
		1º caso confirmado	27 de janeiro de 2020	31 de janeiro de 2020
		1º óbito confirmado	9 de março de 2020	4 de março de 2020
1ª onda	Período		Meados de Março a Abril/20	Março e Abril/20
	Maior média diária de novos casos		69,66 casos/milhão de hab. (02/04/20)	171,22 casos/milhão de hab. (31/03/20)
	Maior média diária de novos óbitos		2,97 óbitos/milhão de hab. (21/04/20)	18,52 óbitos/milhão de hab. (03/04/20)
	Taxa de letalidade*		Cerca de 4%	Cerca de 10%
2ª onda	Período		Outubro/20 a Fevereiro/21	Agosto a Dezembro/20
	Maior média diária de novos casos		307,42 casos/milhão de hab. (23/12/20)	451,92 casos/milhão de hab. (04/11/20)
	Maior média diária de novos óbitos		10,68 óbitos/milhão de hab. (13/01/21)	9,44 óbitos/milhão de hab. (09/11/20)
	Taxa de letalidade*		Entre 3% e 1,5%	Entre 9% e 2,6%
Situação em 31/12/2020	Casos totais		1,76 milhão	1,93 milhão
	Casos por milhão de hab.		21.012,62	41.242,09
	Óbitos totais		33.791	50.837
	Óbitos por milhão de hab.		403,31	1.087,31
	Taxa de letalidade*		1,9%	2,6%
	Testes totais		35,17 milhões	22,69 milhões
	Testes por mil hab.		419,77	485,27

*Obs.: A letalidade expressa a relação entre o total de óbitos e o total de casos confirmados, podendo ser afetada por subnotificações tanto no numerador quanto no denominador. Os critérios e estratégias de contagem de óbitos podem variar entre os países.

Fonte: Our World In Data¹.

posição do sistema público, leitos gerais e de UTI privados presentes em seus territórios^{22,24}.

Houve aumento de 75% no número de leitos de UTI na Espanha, com variações entre as CCAA (maiores aumentos no País Vasco, Múrcia, Catalunha e Madri). Após essa expansão, 70% dos leitos de UTI corresponderam ao setor público²³, cabe avaliar se serão mantidos como legado. A governança desenvolvida não foi capaz de promover amplamente a transferência de pacientes entre CCAA, um fator gerador de desigualdades no acesso a leitos.

No bojo do sistema universal, todas CCAA constituíram Centrais de Atendimento Telefônica, recomendadas como primeiro ponto de contato e ponte para o serviço móvel de urgência. Contudo, há que se reconhecer diferentes experiências sobre o papel da APS. Na CCAA de Madri, um dos principais focos da epidemia, APS foi reduzida e seus profissionais deslocados para o hospital de campanha. No País Vasco, foram definidos centros exclusivos para sintomáticos respiratórios. Em Baleares, centros de APS organizaram o fluxo em duplo circuito e implementaram teleatendimento para monitoramento de pacien-

tes respiratórios e com condições crônicas. Nessa última CCAA, destaca-se a criação das Unidades Volantes de Atenção à COVID-19 e a existência de um Serviço de Urgência da APS, que atuaram na atenção domiciliar²³.

Para coordenação da vigilância, foi instituída uma estratégia de cogovernança entre Ministério da Saúde e autoridades sanitárias das CCAA, com definição de critérios nacionais para monitoramento dos territórios quanto ao risco de transmissão, capacidade de detecção precoce (sistema de vigilância articulado à APS) e tratamento (capacidade hospitalar). A partir de maio, a APS foi fortalecida para atuar na testagem, diagnóstico e rastreamento de novos casos²³.

Medidas de apoio socioeconômico

Dias antes do início do *lockdown*, estratégias de apoio social e econômico começaram a ser implementadas na Espanha, configurando um “Escudo Social” para o qual foram mobilizados cerca de 200 bilhões de euros, com apoio da UE. Tais ações envolveram: Medidas de proteção aos cidadãos: garantia à moradia, proibição do corte de serviços básicos e ajuda social às famílias

e populações vulneráveis; promoção da igualdade e proteção às vítimas de violência machista; proteção aos trabalhadores e autônomos, com ampliação e flexibilização do acesso ao seguro-desemprego; e Medidas de proteção da atividade econômica: linhas de crédito e redução de impostos, especialmente para pequenas e médias empresas (75% dos recursos), visando garantir liquidez e reduzir custos^{26,27}.

Além disso, ao final de maio, o governo aprovou a renda mínima vital, por meio da qual três bilhões de euros foram destinados inicialmente a 850 mil famílias em situação de vulnerabilidade²⁴. Tais ações foram importantes para fortalecer a proteção social e enfrentar o contexto espanhol de desigualdades.

Discussão: os casos em perspectiva comparada e lições aprendidas

A Alemanha é uma federação (tal qual o Brasil) composta por 16 estados (*Länder*) e grau considerável de descentralização de poderes e funções, porém com forte capacidade estatal de coordenação nacional. Algumas características histórico-estruturais do Estado podem ser associadas a sua alta capacidade de resposta à COVID-19. No marco do capitalismo alemão, trata-se de um Estado que busca equilíbrio entre política social e econômica²⁸. É um Estado ordenador e regulador forte da ordem econômica²⁹ que atua para garantia da concorrência; participação de patronais e sindicatos dos trabalhadores nas decisões; e controle sobre áreas de interesse público como saúde, educação e seguros³⁰. Baseia-se, por um lado, em um Estado de bem-estar social abrangente, subordinado à intervenção pelas autoridades e à elevada regulação social pelas corporações; por outro, em industrialização e descentralização em pequenas e médias empresas de alta produtividade, rendimentos salariais elevados e competitividade internacional. Possui forte estrutura produtiva e baixo desemprego.

A Espanha é um dos países mais descentralizados da UE, com alto grau de poder e responsabilidades transferidos para as 17 CCAA (nível regional de governo análogo aos estados brasileiros), funcionando como uma federação. A inserção na UE e uma direção progressista no executivo nacional nos anos 1980 favoreceram o desenvolvimento da economia e o fortalecimento do Estado de Bem Estar Social³¹, ainda que a estrutura econômica não seja tão sólida quanto a alemã, dado o menor desenvolvimento industrial

e alta dependência do setor de serviços, como o turismo. Desde 1990, o Estado tem sofrido reformas orientadas à liberalização econômica e privatizações, restringindo seu papel ordenador e regulador. Possui frágil estrutura produtiva e desemprego moderado. As reformas trabalhista e na saúde resultaram em um gasto em saúde *per capita* 15% abaixo da UE e um aumento dos trabalhadores com contratos temporários na última década. Essas características histórico-estruturais do Estado podem ser associadas às fragilidades da sua capacidade de resposta à COVID-19.

Na dimensão político-institucional, a análise comparada dos casos evidencia que o desenvolvimento de estruturas de governança e coordenação nacional foi um ponto comum e exitoso. As características dessa governança guardam relação com a organização político-territorial: no caso alemão, federativa, valendo-se de leis federais acordadas com estados e Parlamento; e no caso espanhol, intergovernamental, negociada com governos regionais e expressas por Real Decretos. No âmbito setorial, destaca-se o papel do Ministério da Saúde na coordenação nacional do controle da propagação da epidemia e no fortalecimento do sistema público de saúde e vigilância.

A governança informativa se mostrou relevante nos dois casos. Informação e transparência favoreceram a participação dos cidadãos em ações para prevenção, autocuidado e solidariedade. No caso alemão, a coordenação federativa contribuiu para geração de confiança na sociedade.

Outro ponto comum foi a implementação de políticas de apoio social e econômico. As diferenças nas capacidades fiscais e financeiras de cada Estado podem ser relacionadas ao maior volume de recursos disponibilizados no caso alemão. A valorização da indústria nacional e o papel atribuído ao Banco Nacional de Desenvolvimento são pontos fortes da gestão da crise nesse país. A Espanha também implementou medidas importantes para proteger a população e o tecido produtivo, marcando a decisão do Estado em compensar as desigualdades, visto que já possuía estrutura produtiva e de emprego mais vulneráveis. A atuação do executivo nacional espanhol para captar recursos junto ao fundo europeu foi fundamental para ampliar sua capacidade financeira e de atuação.

No que diz respeito à política e ao sistema de saúde, a resposta alemã se caracteriza pelo fortalecimento da capacidade assistencial; pela articulação entre serviços de saúde e vigilância em saúde pública, favorecida pela ampla capacidade de testagem e utilização de tecnologias digitais;

e pela educação em saúde (divulgação científica e comunicação com a sociedade). As condições histórico-estruturais do sistema de saúde, de vigilância e de ciência e tecnologia atuaram favoravelmente. Já no caso espanhol, a resposta no âmbito do sistema universal de saúde se caracteriza pelo fortalecimento da capacidade assistencial, com ênfase na atenção hospitalar durante a primeira onda e reorientação do foco da resposta para a APS integrada à vigilância a partir de maio; ampliação da capacidade de testagem; e investimento nos sistemas informacionais de vigilância. As condições histórico-estruturais mais frágeis do sistema de saúde, de vigilância e de ciência e tecnologia foram compensadas por fatores político-institucionais favoráveis.

Pontos fortes da resposta alemã estão associados à decisão do Estado em atuar como promotor da política pública, à alta capacidade estatal (de planejamento, fiscal e financeira) e de produção nacional de equipamentos e insumos, e à robustez do sistema de saúde. Essas características de soberania nacional permitiram o rápido investimento em expansão da capacidade hospitalar e de testagem.

No caso espanhol, pontos fortes estão relacionados à atuação propositiva do Estado, favorecendo a implementação de políticas sanitárias, sociais e econômicas, à presença do sistema universal de saúde e ao papel da APS na vigilância a partir de maio. Contudo, a baixa capacidade de produção nacional de insumos e equipamentos (alta dependência externa e exposição dos trabalhadores a riscos), fragilidades na estrutura do SNS (na força de trabalho, laboratórios e hospitais) e na estrutura sócio-sanitária das residências de idosos desfavoreceram a capacidade de resposta estatal e exigiram maior esforço do Estado.

A institucionalidade da atuação governamental nos casos analisados resultou da combinação de fatores político-institucionais e histórico-estruturais. Em ambos os casos, a direcionalidade da atuação do Estado e as decisões governamentais favoreceram a governança e a capacidade estatal de gestão da crise. As condições histórico-estruturais (macroeconômicas, estrutura produtiva e emprego, capacidade industrial e estrutura sanitária) atuaram favoravelmente no caso alemão e foram menos favoráveis na Espanha. O caso espanhol ilustra a importância da dimensão político-institucional para fazer frente a condições estruturais desfavoráveis.

À luz das experiências analisadas, algumas lições podem ser apreendidas com implicações

para os países latino-americanos, inclusive o Brasil, ainda que suas condições histórico-estruturais sejam distintas das nações europeias. Entre essas lições, está a importância da atuação do governo federal/central para governança e coordenação nacional de políticas públicas setoriais e intersetoriais, com destaque para implementação de estratégias de controle da propagação da epidemia, fortalecimento do sistema sanitário, implementação de medidas sociais e econômicas para apoiar populações vulneráveis, trabalhadores e empresas e desenvolvimento de estratégias de comunicação com a sociedade, com mensagens embasadas cientificamente. Uma síntese das lições aprendidas em cada uma dessas frentes de atuação é apresentada no Quadro 2, tendo em vista à realidade brasileira.

Uma das principais lições é que a capacidade nacional de resposta à COVID-19 está associada a boas práticas de governança e coordenação de estratégias diante da crise, que envolvem articulação entre Executivo e Legislativo, níveis de governo, setores da política pública (com destaque para o emprego e proteção social), autoridades e serviços de saúde, organizações de trabalhadores, empregadores e a sociedade. No Brasil, um país federativo de grandes dimensões, a definição de fóruns de governança e coordenação nacional, articulando distintos níveis de governo e setores, seria estratégico e necessário. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cabe destacar o potencial das Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional.

A COVID-19 demanda combinação de políticas sanitárias, sociais e econômicas para proteger a vida e a saúde das pessoas, o que se relaciona ao caráter da atuação do Estado nas áreas econômica e social. Dessa forma, outra lição relevante para o Brasil é a importância do investimento público em curto, médio e longo prazos na estrutura dos sistemas de proteção social e de saúde, no sistema nacional de ciência e tecnologia e na capacidade de desenvolvimento e produção de insumos, que podem ser diferenciais na resposta a emergências sanitárias.

Se por um lado, fatores histórico-estruturais podem condicionar a capacidade de resposta, por outro, a dimensão político-institucional também importa para a implementação e efetividade das estratégias de enfrentamento da pandemia. No caso brasileiro, o fortalecimento de aspectos político-institucionais é necessário para essa e futuras emergências, abrangendo: atuação nacional considerando especificidades locais; equilíbrio entre descentralização e centralização

Quadro 2. Lições aprendidas: políticas públicas e ações necessárias para enfrentamento da crise sanitária, social e econômica gerada pela pandemia da COVID-19 e fortalecimento do sistema público de saúde.

	Políticas públicas e ações para enfrentamento da COVID-19 e fortalecimento do sistema público de saúde (frentes prioritárias de atuação governamental)
Governança e coordenação nacional	<p>Ações desenvolvidas com o objetivo de promover a coordenação nacional das políticas públicas de enfrentamento à crise gerada pela pandemia, envolvendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formulação de um plano nacional acordado, com definição do papel de cada nível de governo; - definição de uma estrutura para governança, acompanhamento e avaliação desse plano; - equilíbrio entre processos de descentralização e centralização das estratégias e ações; - fortalecimento das capacidades político-institucionais nas diferentes instâncias de governo; - incremento dos mecanismos de diplomacia e cooperação intergovernamental.
Comunicação com a sociedade	<p>Ações desenvolvidas com o objetivo de dar transparência às decisões tomadas no âmbito governamental, de modo que a sociedade possa estar informada e possa participar do processo, envolvendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - comunicações oficiais regulares de órgãos de governo sobre as estratégias a serem implementadas e em curso; - publicação e difusão de dados epidemiológicos atualizados diariamente; - manutenção de um painel público sobre a ocupação de leitos hospitalares, incluindo os leitos de UTI; - campanhas publicitárias em diversos meios de comunicação sobre as medidas de proteção individual e coletiva. Destaca-se o papel importante das autoridades de governo e sanitárias para difusão de medidas embasadas cientificamente.
Controle da propagação da pandemia	<p>Políticas e ações desenvolvidas com o objetivo de reduzir a transmissão da infecção nos territórios por meio da restrição da mobilidade e do contato social, envolvendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medidas de isolamento de casos e quarentena de contatos; - medidas de distanciamento físico ou confinamento comunitário, segundo análise da situação epidemiológica, com: <ul style="list-style-type: none"> - manutenção da distância de segurança (1,5 a 2 metros), recomendação do uso de máscara e de higiene pessoal; - cancelamento e/ou adiamento de grandes eventos coletivos; - suspensão das atividades presenciais em instituições escolares e religiosas; - suspensão (parcial ou total) de atividades não essenciais; - controle de fronteiras terrestres e aéreas, com restrição da circulação de pessoas e mercadorias.
Fortalecimento do sistema de saúde e vigilância	<p>Políticas e ações desenvolvidas com o objetivo de ampliar a capacidade dos sistemas de saúde para realizar a assistência e a vigilância em saúde, envolvendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aumento da capacidade assistencial em todos os níveis de atenção, com especial atenção para atenção primária à saúde (APS), leitos e leitos de UTI; - aumento da capacidade laboratorial para realização de testes diagnósticos, fortalecendo a rede de laboratórios públicos; - disponibilização de insumos e equipamentos adequados, incluindo equipamentos de proteção individual (EPI), medicamentos e ventiladores mecânicos; - organização dos serviços de saúde, com definição de fluxos e pontos de atenção adequados à realidade locorregional, com destaque para o papel da APS no teleatendimento e atendimento domiciliário, sempre que possível; - aumento da força de trabalho, capacitação e proteção dos trabalhadores; - regulação pública do acesso a bens essenciais (medicamentos, máscaras e leitos), com regulação nacional de preços; - padronização dos sistemas de registro de dados sobre novos casos, internações e óbitos, com coordenação nacional; - articulação entre APS e vigilância epidemiológica para implantação de medidas de detecção rápida de possíveis novos surtos, incluindo a identificação precoce (confirmada por RT-PCR, se possível) e rastreamento de contatos; - aumento do investimento em sistemas de vigilância sentinela, genômica e laboratorial e da interoperabilidade desses sistemas nos níveis nacional, estadual e local; - aumento do investimento em ciência e tecnologia, tanto no desenvolvimento e quanto na produção de insumos, reagentes e vacinas.

continua

Quadro 2. Lições aprendidas: políticas públicas e ações necessárias para enfrentamento da crise sanitária, social e econômica gerada pela pandemia da COVID-19 e fortalecimento do sistema público de saúde.

	Políticas públicas e ações para enfrentamento da COVID-19 e fortalecimento do sistema público de saúde (frentes prioritárias de atuação governamental)
Fortalecimento da proteção social e medidas de apoio econômico	<p>Políticas e ações desenvolvidas com o objetivo de garantir proteção social à população, com especial atenção aos mais vulneráveis; e favorecer a retomada das atividades produtivas, comerciais e financeiras, envolvendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - políticas de transferência direta de renda; - apoio à manutenção da moradia, como aluguel social, suspensão temporária de pagamentos da hipoteca e contenção de ações de despejo; - garantia de acesso a bens essenciais como água, energia elétrica e gás; - ampliação do acesso ao seguro-desemprego, incluindo trabalhadores autônomos e informais; - apoio fiscal e financeiro às pequenas e médias empresas; - concessões fiscais a empresas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

das ações; fortalecimento das capacidades institucionais dos governos estaduais e municipais; e incremento dos mecanismos de cooperação federativa.

Considerações finais

A pandemia de COVID-19 constitui uma crise multidimensional, expressa nos âmbitos sanitário, social e econômico, na qual desigualdades nas condições de vida, na estrutura produtiva e na organização do sistema sanitário exercem influência e devem ser consideradas nas estratégias nacionais de enfrentamento.

A resposta dos países à pandemia mostra diferentes capacidades estatais na coordenação, implementação e efetividade de estratégias. Pontos fortes da gestão da crise foram: reconhecimento precoce da gravidade e capacidade de liderança e negociação nacional; soberania na produção de insumos e equipamentos; e financiamento do

governo central para as áreas sanitária, social e econômica. Esses foram diferenciais relevantes na resposta governamental nos dois casos, assim como a estrutura do sistema de saúde, a disponibilidade de trabalhadores e o sistema nacional de ciência e tecnologia.

Permanecem desafios sanitários, sociais e econômicos que não podem ser enfrentados pelos Estados Nacionais isoladamente, pois requerem estratégias regionais e globais. A capacidade de recuperação dos países e populações diante dos efeitos da pandemia é diferenciada, com dificuldades mais evidentes nas economias periféricas. Esforços de coordenação global envolvendo a Organização das Nações Unidas, a Organização Mundial da Saúde, autoridades sanitárias e instituições científicas dos países podem favorecer o desenvolvimento de estratégias conjuntas de enfrentamento, terapias e tecnologias a serem disponibilizadas de forma universal, bem como contribuir para compensar as desigualdades no enfrentamento dessa crise humanitária.

Colaboradores

AMM Pereira foi responsável pela concepção, análise formal e redação do artigo. CV Machado, MB Veny, AMY Juan e SN Recio colaboraram na análise formal, revisão e edição do artigo.

Agradecimento

CV Machado é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. *Our World In Data*. [cited 2021 Maio 03]. Available from: <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395:497-506.
3. China CDC. *The novel coronavirus pneumonia emergency response epidemiology team. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19): China 2020*. China CDC Weekly; 2020.
4. RKI. Robert Koch Institute. *COVID-19*. [cited 2020 Dez 12]. Available from: <https://www.rki.de/>.
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in china: summary of a report of 72 314 cases from the chinese center for disease control and prevention. *JAMA* 2020; 323(13):1239-1242.
6. Lima NVT, Buss PM, Paes-Sousa R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cad Saude Publica* 2020; 36(7):e00177020.
7. Pereira AMMP. Análise de políticas públicas e neoinstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões. In: Guizardi FL, Nespoli G, Cunha MLS, Machado FRS, Lopes MCR., organizadores. *Políticas de Participação e Saúde*. Recife: Editora Universitária UFPE; 2014. p. 143-164.
8. Cingolani L. *The state of state capacity: a review of concepts, evidence and measures*. Maastricht: UNOMERIT; 2013.
9. Evans P. O Estado como problema e solução. *Lua Nova* 1993; 28:107-156.
10. Mahoney J, Rueschemeyer D. *Comparative historical analysis in the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
11. World Bank. *Data*. [cited 2020 Dez 12]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?view=map>.
12. United Nations Development Programme (UNDP). [cited 2020 Dez 12]. Available from: <http://hdr.undp.org/en/countries>.
13. World Inequality Database (WID). [cited 2020 Dez 12]. Available from: <https://wid.world/>.
14. Organisation for Economic Cooperation and Development Statistic (OECD Stat). [cited 2020 Dez 12]. Available from: <https://stats.oecd.org/>.
15. Organisation for Economic Cooperation and Development Statistic (OECD); World Health Organization (WHO). *European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU. Germany: Country Health Profile; 2019*. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/>.
16. World Health Organization (WHO). [cited 2020 Dez 12]. Available from: <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/>.
17. Pereira AMMP, Lima LD, Machado CV, Freire JM. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saude Debate* 2015; 39:11-27.
18. Die Bundesregierung (Federal government). [cited 2020 Dez 12]. Available from: <https://www.bundesregierung.de/>.
19. Bundesgesetz. *Bundesgesetzblatt online*. [cited 2020 Dez 12]. Available from: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27I_2020_52_inhaltsverz%27%5D__1605909126275.
20. Bundesministerium für Gesundheit (Federal Ministry of Health). [cited 2020 Dez 12]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>.
21. Federal Ministry of Finance. *German Stability Programme 2020*. [cited 2020 Dez 12]. Available from: <https://www.bundesfinanzministerium.de/>.
22. *Real Decreto 463/2020*. [acceso 2020 Dez 12]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>.
23. España. Ministerio de Sanidad. [acceso 2020 Dez 12]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/>.
24. Boletín Oficial del Estado. [acceso 2020 Dez 12]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
25. España. *Instituto de Salud Carlos III*. [acceso 2020 Dez 12]. Disponible en: <https://covid19.isciii.es/>.
26. *Real Decreto-Lei 11/2020*. [acceso 2020 Dez 12]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/31/11/con>.
27. *Real Decreto-Lei 15/2020*. [acceso 2020 Dez 12]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/04/21/15/con>.
28. Glossner CL. The making of the german post-war economy. In: Glossner CL, Gregosz D, organizers. *60 years of social market economy: formation, development and perspectives of a peacemaking formula*. Sankt Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung; 2010. p.11-12.
29. Petersen T. Emil Brunner's Ethics and its reception in ordoliberal circles. In: Glossner CL, Gregosz D, organizers. *60 Years of Social Market Economy: Formation, Development and Perspectives of a Peacemaking Formula*. Sankt Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung; 2010. p. 52-55.
30. Streeck W. German capitalism: Does it exist? Can it survive? In: Crouch C, Streeck W, organizers. *political economy of modern capitalism: mapping convergence and diversity*. Londres: SAGE Publications; 1997.
31. Pereira AMM. *Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes* [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2014.

Artigo apresentado em 20/11/2020

Aprovado em 24/05/2021

Versão final apresentada em 26/05/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

