

Resposta de Cuba e Uruguai no enfrentamento à pandemia de COVID-19

Response of Cuba and Uruguay in tackling the COVID-19 pandemic

Melsequisete Daniel Vasco (<https://orcid.org/0000-0002-7546-4980>)¹

Camilla Andrade Silva Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0002-0361-6236>)¹

Monique Azevedo Esperidião (<https://orcid.org/0000-0003-1827-3595>)¹

Alcione Brasileiro Oliveira (<https://orcid.org/0000-0003-4426-4254>)¹

Abstract *The present study aims to analyze the response to the COVID-19 pandemic in Uruguay and Cuba in the years 2020 and 2021, systematizing possible lessons. This is a comparative case study, supported by an integrative review, document analysis and secondary data. Both countries can be described as successful cases in fighting COVID-19 in 2020, having suffered, however, a turnaround in the situation in 2021. As highlighted elements in the first phase, the coordination of the response, exercised by the chief government, public health institutions and the academic field, in addition to pre-existing characteristics of their health and social protection systems. The failure in 2021 may be related, in turn, to the misalignment between Uruguayan government authorities and scientific advice, in the relaxation of measures, and the entry of new variants; the reopening of tourism in Cuba; the loosening of social distancing measures and the emergence and spread of new variants in both cases. This year, the disease was contained mainly through rapid immunization in both countries, despite a relative delay in its initiation. Based on the experiences reported, aspects that can help future responses in dealing with health emergencies were discussed.*

Key words *Uruguay, Cuba, COVID-19, Health systems, Surveillance*

Resumo *O presente estudo tem por objetivo analisar a resposta à pandemia de COVID-19 no Uruguai e em Cuba nos anos de 2020 e 2021, sistematizando possíveis lições. Trata-se de um estudo de casos comparado, apoiado em revisão integrativa, análise documental e dados secundários. Ambos os países podem ser descritos como casos de sucesso no enfrentamento à COVID-19 em 2020, tendo sofrido porém uma reviravolta na situação em 2021. Como elementos de destaque na primeira fase, aponta-se a coordenação da resposta, exercida pelo chefe de governo e por instituições de saúde pública e do campo acadêmico, além de características preexistentes em seus sistemas de saúde e proteção social. O insucesso em 2021 pode estar relacionado, por sua vez, ao desalinhamento entre as autoridades do governo uruguaio e a assessoria científica na flexibilização das medidas; à reabertura do turismo em Cuba; à entrada de novas variantes; e ao afrouxamento das medidas de distanciamento social. Nesse ano, a contenção da doença se deu principalmente por meio da imunização rápida nos dois países, apesar de relativo retardo em sua iniciação. A partir das experiências relatadas, discutiu-se aspectos que podem auxiliar respostas futuras no enfrentamento de emergências sanitárias.*

Palavras-chave *Uruguai, Cuba, COVID-19, Sistemas de Saúde, Vigilância*

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama s/n, Canela. 40110-040 Salvador BA Brasil. melsequisete.daniel@ufba.br

Introdução

A pandemia de COVID-19, decretada pela OMS em 11 de março de 2020^{1,2}, agravou desigualdades e fragilidades existentes nos países e continentes, pressionando seus sistemas de saúde e, em particular, as estruturas ligadas à vigilância em saúde. A América Latina, ao longo das sucessivas ondas, mostrou-se bastante afetada pela COVID-19 e a crise sanitária por ela instalada, considerando distintos desfechos, entre casos e mortes, assim como impactos socioeconômicos na população.

Cuba e Uruguai, no entanto, foram logo identificados como países que obtiveram respostas exitosas no enfrentamento inicial da pandemia. No caso de Cuba, destacou-se a importância das reformas no sistema de saúde após a revolução de 1959, com estruturação da atenção primária e fortalecimento na oferta de médicos por habitantes³. No Uruguai, destacaram-se o papel da reforma na saúde de 2007, as políticas de proteção social⁴⁻⁶, boa governança da resposta e a adesão da população às medidas⁷. Em 2021, contudo, há uma perda de controle da situação nos países e a pandemia teve um impacto maior na população, com aumento expressivo de contágio e mortes^{8,9}.

O presente estudo pretende analisar características de governo, sistema de saúde e vigilância em saúde de Cuba e Uruguai, sistematizando os pontos fortes e fracos das duas respostas, tendo em vista descrever o sucesso de países latino-americanos no enfrentamento à pandemia de COVID-19.

Método

Trata-se de uma análise comparada que envolveu distintas estratégias de pesquisa, incluindo análise de publicações científicas; análise documental e levantamento de dados secundários disponíveis em bases internacionais selecionadas. A análise das publicações científicas foi realizada de janeiro de 2020 a maio de 2022 nas bases do Portal de Periódicos Capes (PubMed, Web of Science, Science Direct e Scopus), com a combinação dos termos: “Cuba”/“Uruguai”; “COVID-19”; “health system”; “surveillance”; “national response”. Os descritores foram localizados nos títulos, resumos e palavras-chave por meio da pesquisa avançada de cada plataforma e articulados com o operador booleano AND, sendo incluídos 28 artigos para Uruguai e 48 para Cuba.

A análise documental foi executada nos sites oficiais dos governos de Cuba e do Uruguai, ten-

do incluído 30 documentos. A coleta de dados sobre indicadores socioeconômicos foi feita nas páginas oficiais dos governos, como as do Instituto Nacional de Estatística do Uruguai (<https://www.ine.gub.uy/>), do Ministério da Saúde Pública da República de Cuba (<https://salud.msp.gob.cu/>) e das agências internacionais, como Organização Mundial de Saúde (<https://www.who.int/data/gho>), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (<http://hdr.undp.org/en/data>), Banco Mundial, (<https://data.worldbank.org/>) e Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (<https://data.oecd.org/>).

Para a categoria características do sistema de saúde foram utilizados os estudos de Marmor e Wendt¹⁰ e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹¹; para a vigilância em saúde, utilizou-se o estudo de Silva e Vieira-da-Silva¹²; e para a tipologia de Estado/governo utilizou-se Esping-Andersen¹³. Os dados foram sistematizados a partir das seguintes categorias: características dos países e dos sistemas de saúde; coordenação da resposta e estratégia principal; preparação da resposta e experiência no enfrentamento de epidemias anteriores; estruturação do sistema de saúde; vigilância e medidas adotadas. Estas últimas foram subdivididas em: controle da propagação e distanciamento, assistência à saúde, política de testagem, vigilância/ rastreamento de casos e contatos e cobertura vacinal.

Resultados

Características dos países e de seus sistemas de saúde

O Uruguai é um país com uma extensão territorial em 176,215 km² e cerca de 3,5 milhões de habitantes, com divisão administrativa em 19 departamentos^{14,15}, mais da metade da população na capital, Montevidéu, e 96,1% da população do país é urbana⁶ e predominantemente idosa¹⁶⁻¹⁸. É um Estado unitário, república presidencialista, regime de democracia representativa^{15,19}. A taxa de pobreza é moderada, de 8,1% em 2018, a de pobreza extrema é de 0,1%¹⁸.

Tem um sistema de saúde denominado Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), cujas características se enquadram melhor no modelo de seguro social, na tipologia proposta por Marmor e Wendt¹⁰. O financiamento é por seguro social, com instalações de propriedade pública ou privada³. O SNIS resulta da reforma de 2007, a partir de três pilares: organizacional, financiamento (uni-

ficação de todas as fontes em um fundo público único, o Fundo Nacional de Saúde, FONASA) e mudanças no modelo de atenção²⁰.

Coexistem o setor público e subsetor privado com e sem fins lucrativos, com a predominância do público na cobertura populacional^{3,21}. As ações no setor público são administradas pelo Ministério de Saúde Pública, numa rede hospitalar pública da Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), com hospital universitário, unidades das Forças Armadas e policiais e unidades municipais³. O subsetor privado com fins lucrativos cobre em torno de 2% da população, operando principalmente por meio de clínicas e hospitais privados³.

O SNIS opera através de um modelo de atenção em uma rede organizada por níveis de cuidados de acordo com as necessidades dos usuários e a complexidade dos benefícios, tendo a APS como pilar definidor das ações de saúde e a vigilância em saúde por meio do sistema público denominada Sistema Nacional de Emergências, o SINAIE²¹.

Cuba é uma Ilha localizada no continente americano, na porção que abrange a América Latina e o Caribe, com uma população estimada em 11.333.484 habitantes em 2019. Segundo dados do Relatório de Desenvolvimento Humano (RDU)²², tem 7,8 milhões de habitantes de 15 a 64 anos, e os dados de 2020 do Banco Mundial comprovam que 68% da população têm essa faixa etária, diferenciando-se do Uruguai, que tem uma população mais idosa²³. A taxa de urbanização da população cubana é de 77,1%²², aproximadamente 8.740.000, e uma densidade demográfica de 109 habitantes por metro quadrado²⁴.

O governo cubano se constitui como uma república socialista a partir da Revolução Cubana liderada por Fidel Castro em 1959. Segundo Campbell (2016)²⁵, deve-se entender a Revolução Cubana como um processo de desenvolvimento humano, que teve vários ganhos ao longo dos anos, um dos exemplos é o aumento da expectativa de vida da população. O governo tem um sistema presidencialista, com o atual presidente Miguel Díaz-Canel Bermúdez tendo sido escolhido pela Assembleia Nacional do Poder Popular. Segundo as tipologias de Esping-Andersen¹³, o governo cubano se aproxima de um *welfare state* universalista que tem como premissa que os direitos sociais devem ser distribuídos de maneira universal e igualitária, um exemplo seria o sistema de saúde cubano.

Segundo a classificação dos sistemas de saúde pela OCDE¹¹, o modelo que mais se aproxima do governo cubano seria o modelo público-inte-

grado, que corresponde a sistemas em que tanto o financiamento como a prestação de serviços são administrados pelo governo. O sistema de saúde cubano foi regulamentado pela Lei 959, de 1961, e pelo Decreto Ministerial de 1962, legitimando o poder do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) como principal órgão governamental de saúde. Em 1970, todas as instituições de saúde privadas foram incorporadas ao MINSAP, que se divide em três níveis: o municipal, mais abrangente e menos especializado, com hospitais pequenos, instituições sociais, maternidades e policlínicas de atenção primária; o provincial, composto pelos escritórios, centros de treinamento de profissionais, hospitais intermunicipais e vigilância epidemiológica; e o nível nacional, composto pelo MINSAP, instituições de ensino e pesquisas, hospitais especializados e indústria médica-farmacêutica, tendo um caráter mais gerenciador e especializado²⁶.

A Tabela 1 apresenta alguns indicadores do contexto socioeconômico e sanitário de Cuba e Uruguai.

Preparação, coordenação da resposta e estratégia principal

Em janeiro de 2020, o governo cubano se posicionou no enfrentamento da pandemia, juntamente com o corpo técnico do MINSAP e conselhos de Defesa Civil de todas as províncias, e designaram o Grupo Nacional de Combate à COVID-19, responsável por elaborar um plano de enfrentamento à pandemia, além de mobilizar recursos técnicos e profissionais necessários para esse enfrentamento²⁷. A estratégia principal utilizada na resposta cubana foi, segundo Mas Bermejo *et al.*⁸ a busca ativa de casa em casa para casos suspeitos e testagem de todos os contatos dos casos. Com uma estrutura de atenção primária e vigilância em saúde consolidada há anos, Cuba teve a capacidade necessária de utilizar essas ferramentas para conter o avanço da pandemia no país.

No Uruguai foi implementado o Plano Nacional de Enfrentamento²⁸, aprovado e promulgado após a notificação dos primeiros casos¹⁵, por meio do Decreto 93, de 13 de março de 2020, em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional da OMS, de 2005. Para a coordenação da resposta, o governo central, através do Conselho de Ministros, designou o Ministério de Saúde Pública como a principal entidade para definição das ações sanitárias de enfrentamento à pandemia¹⁵, sendo o presidente da República o coordenador-chefe de todas as ações²⁹.

Tabela 1. Indicadores selecionados do contexto socioeconômico e sanitário. Cuba e Uruguai, entre 2017 e 2021.

Indicadores	País	
	Cuba	Uruguai
Indicadores socioeconômicos e sanitário		
População do país (2021)	11.317.498	3.485.152
Taxa de alfabetização por adulto (%)	100	98,7
PIB (US\$ bilhões)	103,35	53,63
Taxa de desemprego (2021) (%)	2,6 (2020)	10,4
PIB per capita (US\$) nos últimos (2020)	9.477,9 (2020)	15.418,8
Esperança de vida ao nascer (por anos para mulheres e homens) em 2020	78 (80,8 e 76,8)	78 (82 e 74)
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) em 2020	4,8	5
Despesas com saúde (% do PIB)	11,7	10

Fonte: Banco Mundial [acessado 2022 jul 14]. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator>.

Não existem relatos de grandes epidemias em Cuba, mas após a epidemia do ebola em 2013, o governo, juntamente com a Vigilância Epidemiológica, estabeleceu um comitê de alerta para possíveis epidemias, que foi acionado logo no início da pandemia para estruturar medidas de contenção³⁰. O Ministério da Saúde Pública também promoveu capacitação para todos os profissionais de saúde que trabalhavam na assistência, para que pudessem identificar casos suspeitos e fazer orientações^{7,31-33}.

Para o combate de epidemias graves ou ameaças de invasão de doenças infectocontagiosas, existia previamente no Uruguai o Regulamento Nacional de Emergências Sanitárias (número 2º do artigo 2º da Lei nº 9.202), que orienta a adoção de medidas adequadas para manter o país livre de doenças ou reduzir os danos por meio de intervenções das forças públicas^{15,34}.

Para a condução da resposta no Uruguai, foi constituído um comitê denominado Grupo Assessor Científico Honorário (GACH), constituído por cientistas de diferentes áreas de conhecimento, dentro da Direção-Geral da Saúde do MSP, e o presidente da República foi designado coordenador-chefe das ações do Plano Nacional para enfrentamento da pandemia²⁹.

Estruturação do sistema de saúde, vigilância e assistência à saúde no controle da pandemia

Galbán-García *et al.*³⁵ destacam que o distanciamento social em Cuba ocorreu de maneira maciça em toda a população com o fechamento de serviços não essenciais. Foram propagadas pelo governo orientações a respeito do distanciamento e da higienização, e essas informações eram

fortalecidas pela atenção primária em visitas domiciliares. Casos confirmados eram imediatamente isolados e monitorados pela equipe de vigilância em saúde. No Uruguai, para a adesão da população às medidas, adotou-se a estratégia designada “liberdade responsável”, por meio da conscientização e de apelos à solidariedade coletiva no enfrentamento da crise sanitária³⁶.

O governo cubano elaborou um protocolo padrão de combate a pandemia para todo o país, norteando as ações dos profissionais nos cuidados com a população⁷. Esse protocolo fornece um fluxograma hierárquico de atendimento, iniciado pela comunidade através de ações da atenção primária e da Vigilância Epidemiológica, com triagem e testagem de casos suspeitos, encaminhados para centros de isolamento. Houve a criação de centros de isolamento de viajantes para quarentena, com o acompanhamento deles pela atenção primária³⁷.

A atenção primária se dividiu para a realização de uma pesquisa de porta em porta para identificação de suspeitos, educação em saúde sobre os cuidados de higienização e apoio psicológico por meio de teleconsultas. Vários autores ressaltam as ações da atenção primária antes, durante e após a contaminação do indivíduo pelo novo coronavírus como características marcantes da resposta cubana à pandemia^{7,35}.

A atenção hospitalar contribuiu com salas para isolamento de casos leves e salas de vigilância intensiva para casos de alto risco, além de oferta de apoio psicológico, abertura de leitos de UTI e criação de protocolos hospitalares específicos³⁸. O papel da assistência farmacêutica também é tido como um diferencial da resposta cubana, com a abertura de laboratórios para fabricação e análise de testes e criação de medica-

mentos. Desde o início da pandemia, o governo investiu recursos para a fabricação de vacinas nacionais, que vieram a ser aplicadas em junho de 2021. A criação de insumos e vacinas próprias fez com que o país pudesse ter melhores condições de distribuição rápida para a população³⁷.

No Uruguai, no entender de Giovanella *et al.*³⁹, houve inicialmente maior centralidade no componente hospitalar, em detrimento das ações de APS mais abrangentes. Porém, aponta-se que a APS é definidora e pilar na estrutura do SNIS²¹, com enfoque preventivo, de promoção da saúde e fortalecimento do primeiro nível.

Ainda que tardiamente, equipes multiprofissionais da APS foram mobilizadas para integrar as ações de enfrentamento da pandemia⁴⁰. O envolvimento da APS é associado à maior adesão às medidas e à campanha de vacinação contra COVID-19, por meio de uma boa organização e acessibilidade aos pontos de vacinação⁴¹.

Profissionais de saúde de todos os níveis foram capacitados a redobrar a atenção aos usuários nos estabelecimentos, para que suspeitos fossem testados, e caso confirmados, assistidos por profissionais da linha de frente²⁹. A oferta de serviços foi aumentada, com ênfase nos leitos UTI⁶, de 19 leitos por 100.000 habitantes antes da pandemia para 24 leitos por 100.000 habitantes dois meses após seu início.

Um ano depois, a disponibilidade em todo país passou de 872 leitos de UTI para 946 operacionais, sendo instalados mais 71 respiradores agudos para atender às demandas de cuidados intermediários para pacientes da COVID-19⁴¹. Houve aumento de profissionais de saúde afetos às UTIs em 50%, cerca de 900 enfermeiros/as e 300 médicos/as treinados/as para trabalhar nessas unidades⁴¹.

Os testes de reação em cadeia de polimerase (RT-PCR) foram realizados em Cuba de acordo com a identificação de casos suspeitos pelas equipes de vigilância e de atenção primária a partir de pesquisas domiciliares. O aumento da aplicação desses testes, segundo Linares *et al.*²⁷, ocorreram de forma gradual, conforme o aumento dos casos da doença no país, e também foram aplicados testes rápidos em populações mais vulneráveis.

No Uruguai, para ampliar a capacidade de detecção de casos, passou-se a incluir nos programas de saúde integral e no Catálogo de Serviços o procedimento de diagnóstico por PCR-RT da SARS-CoV2, solicitado pelo médico responsável do caso suspeito¹⁵. A capacidade de testagem no país⁶ foi reforçada com a produção local de testes moleculares^{6,9}.

Durante o ano de 2020, a estratégia de testagem foi focalizada em indivíduos provenientes de zonas de risco, nos pontos de entrada do país, ou mediante a solicitação de um clínico. Com o avanço da situação epidemiológica, a estratégia tornou-se mais ampla, para além de pessoas com sintomas sugestivos de COVID²⁹, e passou a haver a obrigatoriedade de testagem para pessoas provenientes de áreas de alto risco dentro do país a partir de finais de 2020 e em 2021^{9,29}.

O rastreamento de casos e contatos foi relatado por diversos autores como sendo uma das estratégias bem-sucedidas do governo cubano na pandemia. Segundo Wylie³³, esse rastreamento era efetuado por um sistema de avaliação contínua e avaliação de risco (CARE) da pesquisa domiciliar da atenção primária. Os estudantes de medicina também auxiliaram nessa busca ativa³⁵, além disso, foi criado um aplicativo em que o indivíduo poderia fazer sua autoavaliação sobre possíveis sintomas e acionar a atenção primária para uma visita domiciliar. Lineares *et al.*²⁷ ressaltam que as atividades de rastreamento de casos de porta em porta foram possíveis devido ao fato de o governo cubano ter fortalecido as ações da vigilância epidemiológica do país. Essa ação rápida do governo permitiu a identificação precoce de casos, o isolamento, o acompanhamento e a recuperação dos mesmos.

Moreno *et al.*⁶ apontam uma vigilância robusta por meio de detecção, isolamento, testagem de casos suspeitos e rastreio de contatos para quebrar as cadeias de transmissão. Contatos e casos confirmados assintomáticos ou sintomáticos leves eram monitorados em domicílio por profissionais de saúde ou via linhas telefônicas⁴². Promoveu-se também a vigilância genômica para monitorar o surgimento de novas variantes do vírus no país^{43,44}.

Ainda no âmbito da vigilância, a partir de 13 de dezembro de 2020, recomendou-se a redução do tempo de espera do diagnóstico de COVID para 48 horas e a população foi instada a reduzir o número de contatos, a manter ambientes ventilados e com a distância física sustentada, a usar máscaras faciais adequadamente e a lavar as mãos com frequência^{8,29}.

Cobertura vacinal e evolução da pandemia

Em comparação com os demais países da América Latina, a vacinação em Cuba se iniciou posteriormente. O MINSAP decidiu, em 9 de julho de 2021, conceder a autorização de uso emergencial (AUE) à vacina cubana ABDALA

50 µg e, em 20 de agosto de 2021, decidiu conceder a mesma autorização às vacinas cubanas SOBERANA 02 e SOBERANA Plus. A demora para o início da vacinação se deu pela decisão do governo de utilizar somente vacinas fabricadas no próprio país. As vacinas foram distribuídas de forma maciça para a população acima de dois anos e teve uma rápida aceitação, o que fez com que Cuba fosse o primeiro país das Américas a atingir 70% de vacinados segundo dados da Our World in Data⁴⁵.

O Plano Nacional de Vacinação do Uruguai foi iniciado com buscas no mercado internacional de vacinas disponíveis⁸. Em outubro de 2020, foi disponibilizado investimento estimado em US\$ 25 milhões³⁴ para a aquisição de 1,5 milhão de doses. O país aderiu ao mecanismo COVAX, da OPAS/OMS, para compras e distribuição das vacinas, garantindo sua gratuidade e universalidade⁴⁶.

O Uruguai começou tardiamente a imunização de sua população (1º de março de 2021), porém se notabilizou em poucos dias como uma experiência organizada e bem-sucedida. Dessa forma, em 25 de maio de 2021, alcançou-se 45,8% da população com pelo menos uma dose⁴¹, e em 30 de junho de 2021, 63,8% da população com ao menos uma dose. Já em 28 de julho de 2021, autorizou-se a administração da terceira dose, inicialmente para pessoas de maior risco. Entre os fatores associados ao sucesso da campanha, destacam-se o planejamento robusto e a maior adesão da população à campanha de vacinação⁴¹. A Tabela 2 apresenta de forma comparada alguns indicadores sanitários dos países.

Cuba teve seu primeiro caso confirmado no dia 11 de março de 2020. Com as medidas de contenção sendo praticadas, a disseminação da doença ocorreu de forma lenta no país. Segundo Linares *et al.*²⁷, as medidas de isolamento foram

sendo aplicadas com o aumento de casos no país, o indicador da Oxford, *stringency index* (SI), em 2020 chegou a ter 100% no mês de junho e esteve entre 60% a 80% nos outros meses entre março e outubro de 2020. Em novembro e dezembro esse número caiu para aproximadamente 56%.

A maioria dos autores encontrados relatam o sucesso das estratégias cubanas no combate à pandemia de COVID-19 em 2020 no controle dos casos, não relatando sobrecarga do sistema de saúde^{7,33,35,46}. Em relação à 2021, os dados encontrados em *sites* oficiais do governo cubano e da OMS mostram um aumento exponencial de casos e de óbitos no país. As mídias internacionais também reforçam essas informações e relatam que nesse período houve falta de insumos, superlotação de hospitais e sobrecarga do sistema de saúde, porém não foi possível encontrar na literatura artigos que pudessem confirmar e discutir a situação da COVID em Cuba nesse período. Após o início da vacinação em Cuba foi possível acompanhar a queda das curvas de contágio e morte pela doença nos *sites* oficiais do governo, de forma que o país voltou a ter números mais baixos no final de 2021. De janeiro a março de 2022, ocorreu um novo aumento nas curvas de contágio, mas com pouca duração.

A evolução da pandemia no Uruguai pode ser descrita em dois principais momentos: como experiência bem-sucedida durante 2020⁸; e perdendo o controle da situação a partir de dezembro de 2020 e durante 2021, chegando a liderar o índice mundial de óbitos por milhão de habitantes por COVID-19 em 13 de maio de 2021 (14,23 óbitos por milhão)^{47,48}.

Na segunda fase da pandemia, com predominância da nova variante (Gama: P.1 e P.2), o país conheceu um súbito aumento no número de casos e óbitos⁴⁴. São apontados como prováveis fatores o desalinhamento na coordenação

Tabela 2. Indicadores sanitários e evolução da pandemia em Cuba e Uruguai.

Indicadores	País	
	Cuba	Uruguai
Cobertura vacinal (até 11/07/2022)	Parcial (%)	6,27
	Completa (%)	88,62
	Total vacinados (%)	94,89
Testes realizados por 1000 pessoas (04/07/2021)	468,01	814,50
Casos cumulativos (jun/2022)	1.11 milhão	957.629
Óbitos cumulativos (jun/2022)	8.529	7.373
Casos cumulativos/milhão (jun/2022)	98.254,48	279.496,89
Óbitos cumulativos/milhão (jun/2022)	757,70	2.119,51

Fonte: Our World in data [acessado 2022 jul 14]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>.

da resposta entre as medidas implementadas pelo governo e as recomendações da Comissão Científica, e a falta de diálogo no sistema político na transição e entrada do novo ano³⁶, com a relutância do presidente da República frente às recomendações da Comissão Científica para a adoção de medidas mais rigorosas em decorrência da abrupta mudança no quadro epidemiológico. Verificou-se maior flexibilização das medidas em nome da liberdade individual e da recuperação econômica, principalmente no setor de turismo⁸.

A Figura 1 mostra, como já falado, que os valores do *stringency index* em Cuba chegaram a 100% no mês de junho e esteve entre 60% a 80% de março a outubro de 2020, período em que se observa estabilidade no registro de mortes e de casos novos no país, com valores de 129 e 6.887, respectivamente. Em novembro e dezembro, em que pese a redução do índice de rigidez, chegando a aproximadamente 56%, verifica-se um aumento exponencial nos indicadores de morbimortalidade pela COVID-19, concentrando 42,03% dos casos e 12,25% dos óbitos registrados entre março e dezembro, alcançando a marca de 18 mortes e 4.986 casos novos nesses dois meses, aumentando a média de casos diários (Figura 1). É interessante observar pelo gráfico que, mesmo com elevados valores de óbito e casos novos em

2021, o país conseguiu assegurar a manutenção das medidas de contenção próximas a 75% até o final de 2021.

A Figura 1 mostra que a manutenção de valores altos nas curvas do índice de rigidez estão associadas a longos períodos de baixos indicadores de efeitos da pandemia em Cuba. O contrário se verifica com a sua redução, ocasionando elevados números de casos e óbitos por COVID-19. O país apresenta, na maior parte do período, o índice com valores acima de 60%, com maiores medidas de restrição em 2020, quando chegou a alcançar 100%, e menor em 2022, quando o índice se manteve abaixo de 50%.

Quanto à situação verificada no Uruguai, observa-se em 2020 que o SI variou entre 25% e 54%, tendo o melhor desempenho no início de 2021, quando esteve próximo a 90% no mês de março. Em 2022 o país registrou os maiores picos de casos confirmados e óbitos em janeiro, totalizando 362.398 novos casos e 5.783 mortes entre janeiro e julho de 2021 (Figura 2).

Em ambos os países, observa-se que no final do ano de 2021, apesar do aumento exponencial do número de casos devido à chegada da ômicron, passa a ocorrer uma redução progressiva das medidas de rigidez, sendo inferior a 40% em Cuba, menor que 25% no Uruguai.

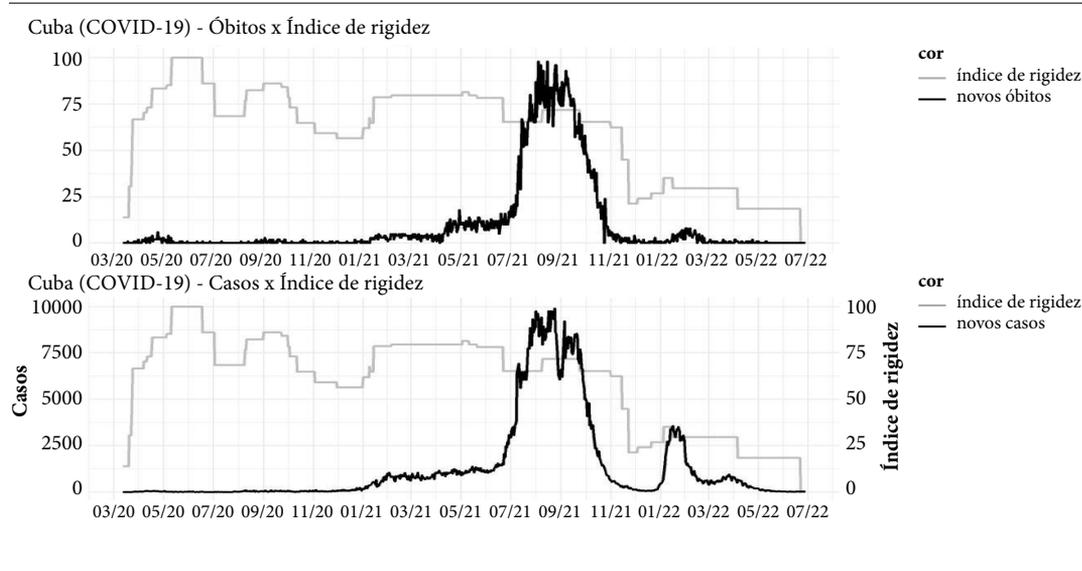


Figura 1. Relação das curvas do Índice de rigidez e o comportamento de óbitos e casos por COVID-19 em Cuba.

Fonte: Our World in data [acessado 2022 jul 14]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus#coronavirus-country-profiles>.

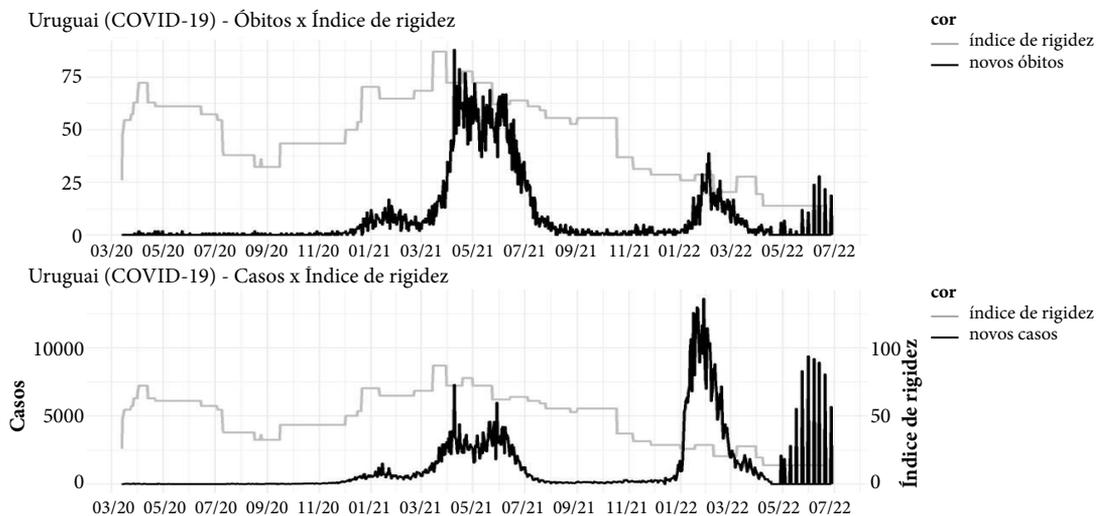


Figura 2. Relação das curvas do Índice de rigidez e o comportamento de óbitos e casos por COVID-19 no Uruguai.

Fonte: Our World in data [acessado 2022 jul 14]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus#coronavirus-country-profiles>.

Discussão

Ainda que não acumulem experiências prévias no enfrentamento de pandemias anteriores, tal qual Coreia do Sul⁵¹, Cuba e Uruguai destacam-se na organização de uma rápida resposta liderada por seus chefes de governo, com clara comunicação para a população, e no caso de Cuba, sendo aplicada de forma equitativa em todo o território¹⁷.

Para a contenção da propagação da doença, destacam-se as medidas não farmacológicas, incluindo o distanciamento social e o confinamento voluntário⁶. Essas medidas foram propagadas tanto pelos chefes dos governos cubano e uruguaio como pelas instituições de saúde local, tendo uma adesão significativa da população dos dois países, refletindo-se em um menor número de casos em 2020. Martins *et al.*⁵² ressaltam a importância do incentivo por parte dos governantes para medidas de distanciamento social, por meio da mídia e campanhas sociais, a fim de que haja maior adesão da população, como ocorreu nos países deste estudo.

As medidas relacionadas à testagem de casos de COVID nos dois países foram parecidas no sentido de ter sido feita apenas quando havia suspeita de contaminação, e não de maneira aleatória e em massa como no caso da Coreia do Sul⁵¹.

Apesar disso, foi possível observar que houve um bom rastreamento de casos feito pela vigilância epidemiológica desses países, permitindo que os testes fossem melhor aproveitados e evitando gastos desnecessários, além do fato de que cada um deles investiu na fabricação de testes locais e na testagem de indivíduos com fatores de risco da doença.

Sobre a assistência à saúde no Uruguai e em Cuba foi possível verificar o protagonismo das equipes de atenção primária e de vigilância epidemiológica na identificação de casos suspeitos, no rastreamento de contatos, no acompanhamento de casos isolados por meio de teleatendimentos e visitas domiciliares, na triagem de pacientes para hospitais de referência e em ações de educação em saúde. Todas essas ações foram realizadas com êxito devido ao fortalecimento desses órgãos pelos governos, por meio do reconhecimento de sua importância e do investimento financeiro para a manutenção e expansão das mesmas. Alguns autores estudados identificaram a importância que a atenção primária cubana teve com seu programa de médicos de família no desfecho final da pandemia no país^{7,35,38}.

Em uma análise entre os países da região, Silva-Ayçaguer e Ponzo-Gómez⁴⁹ apontam Cuba e Uruguai como as melhores experiências na região no enfrentamento da pandemia durante o primei-

ro ano. No entender desses autores, as características sociodemográficas favoráveis e dos sistemas de saúde foram fatores determinantes do sucesso.

A virada abrupta da segunda fase, verificada nos dois países em 2021, precisa ser melhor compreendida. Autores^{49,50} atribuem ao afrouxamento das medidas de distanciamento social, ao retorno do turismo e à propagação da variante delta na ilha de Cuba, bem como ao excesso de otimismo por parte do governo uruguaio pelos resultados positivos alcançados durante o primeiro ano. Sobre este último aspecto, Silva-Ayçaguer e Ponzo-Gómez⁴⁹ afirmam que atitudes triunfalistas adotadas por autoridades governamentais podem gerar excesso de confiança, resultando em desfechos drásticos.

Para concluir, pode-se sintetizar algumas lições das respostas dos dois países à pandemia: o empenho dos governos para apresentar uma resposta rápida de ação coordenada nacionalmente e alinhada ao discurso científico; a confiança da população nos seus governantes e a adesão às medidas, sobretudo no distanciamento social; o fortalecimento das instituições de saúde públicas; e o protagonismo exercido pela atenção primária, em colaboração com a vigilância em saúde, na detecção, testagem e isolamento de casos de COVID-19 como parte das reformas ocorridas ao longo da estruturação dos sistemas de saúde desses países. O caso cubano enfatiza ainda a soberania nacional na produção e no provimento de vacinas em todo o país.

Colaboradores

MD Vasco contribuiu na concepção do projeto de pesquisa, na coleta, análise e interpretação de dados e na redação do manuscrito. CAS Ribeiro colaborou na coleta, análise e interpretação de dados e na redação do manuscrito. MA Esperidião contribuiu na concepção do projeto de pesquisa, na análise e interpretação de dados e na revisão crítica do conteúdo. AB Oliveira atuou na concepção do projeto de pesquisa e na revisão do manuscrito.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ401744/2020-5.

Referências

- Beldarraín CE, Gillies-Lekakis SA. La pandemia de COVID-19, estudio de casos: Australia, Nueva Zelândia y Cuba. *Rev Haban Cienc Med* 2020; 19(6):e3657.
- Prieto BF, Sordo GI, De La Caridad Valera González V, López RFS, Valdés HIG. Caracterización de los alumnos ingresados en el municipio durante la pandemia de COVID-19 nicipio el 10 de octubre. *Rev Haban de Cienc Med* 2021; 20(1):e3725.
- Osa JA. Um olhar para a saúde pública cubana. *Estud Avançados* 2021; 25(72):89-96.
- González C, Triunfo P. Horizontal inequity in the use and access to health care in Uruguay. *Int J Equity Health* 2020; 19(1):127.
- Aran D, Laca H. Sistema de salud de Uruguay. *Salud Publica Mexico* 2011; 53(2):265-274.
- Moreno P, Moratorio GA, Iraola G, Fajardo A, Aldunate F, Pereira M, Perbolianachis P, Costabile A, Lopez-Tort F, Simon D, Salazar C, Ferres I, Diaz-Viraque F, Abin A, Bresque M, Fabregat M, Maidana M, Rivera B, Cruces M, Rodriguez J, Scavone P, Alegretti M, Nabon A, Gagliano G, Rosa R, Henderson E, Bidegain E, Zarantonelli L, Piattoni C, Greif G, Francia M, Robello C, Duran R, Brito G, Bonnacarrere V, Sierra M, Colina R, Marin M, Cristina J, Erlich R, Paganini F, Cohen H, Radi R, Barbeito L, Badano J, Pritsch O, Fernandez C, Arim R, Batthyany C. An effective COVID-19 response in South America: the Uruguayan Conundrum. *medrxiv* 2020. Doi: <https://doi.org/10.1101/2020.07.24.20161802>.
- Burian CL, Nilson DH. COVID-19, políticas em Uruguay: del desempeño excepcional al escenario crítico. *Analisis Carolina* 2021; 15:1-44.
- Mas Bermejo P, Sánchez Valdés L, Somarriba López L, Valdivia Onega NC, Vidal Ledo MJ, Alfonso Sánchez I, Seuc Jo A, Almeida Cruz Y, Morales Ojeda R. Equidad y respuesta del Sistema Nacional de Salud de Cuba ante la COVID-19. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:e138.
- Nishioka S de A. O controle da pandemia de COVID-19 no Uruguai: sucesso inicial, tropeço no caminho, vacinação efetiva [Internet]. 2021. [acessado 2022 out 13]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/markdown/423>
- Marmor T, Wendt C. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Policy* 2012; 107:1:11-20.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Sistemas de saúde: lições da experiência da reforma. Diretoria de Emprego, trabalho e assuntos sociais - OCDE. dez 2003; 9: 1-98.
- Silva GAP, Vieira-da-Silva LM. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cad Saude Publica* 2008; 24(11):2463-2475.
- Esping-Andersen G. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova* 1991; 24:85-116.
- Gomez-Camponovo M, Achkar M. Environmental health compromised by a new epidemic. The case of Uruguay, COVID-19. *Rev UIS* 2020; 52(3):327-33.2
- Uruguai, Poder Legislativo. Constitución de la República Oriental [Internet]. 2018. [acessado 2022 jul 10]. Disponível em: <https://parlamento.gub.uy/documentos/syeyes/constitucion>
- Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano – PNUD [Internet]. 2021. [acessado 2022 jul 10]. Disponível em: <https://hdr.undp.org/en/countries/profiles/URY>
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Saúde nas Américas, edição 2012 – volume Regional: URUGUAI*. Washington: OPAS; 2012.
- Instituto Nacional de Estadística. Demografía e Estadísticas Sociales [Internet]. 2020. [acessado 2022 jul 10]. Disponível em: <https://www.ine.gub.uy/>
- Banco Mundial. Índice de Gini – Uruguay [Internet]. [acessado 2022 jul 10]. Disponível em: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=UY>
- Nogueira VMR, Fagundes HS, Alonso CB, Cerchiaro EO, Centeno JH, Jacquier NM, Agüero SM, García MDC. Políticas de saúde nos países do mercosul: um retorno à universalidade? *Rev Polit Publicas* 2016; 19(1):145-156.
- Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ. *Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade*. Rio de Janeiro: Cebes; 2019.
- Organização das Nações Unidas (ONU). Cuba (CUB): Relatório de Desenvolvimento Humano. Atualizações de dados em 15 de dezembro de 2020 [Internet]. 2020. [acessado 2022 jul 10]. Disponível em: <https://hdr.undp.org/en/countries/profiles/CUB>
- The World Bank. Population ages 15-64 (% of total population) [Internet]. 2019. [cited 2022 jul 10]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.1564.TO.ZS?view=chart>
- The World Bank. Population ages 15-64 (% of total population) [Internet]. 2018. [acessado 2022 jul 10]. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL?view=chart>
- Campbell, AL. Updating Cuba's economic model: socialism, human development, markets and capitalism. *Socialism and Democracy* 2016; 30 (1):1-29.
- Dias JO. O sistema de saúde cubano em análise comparativa de dados: um meio para avaliar o seu funcionamento. *Rev Dizer* 2018; 3(1):110-135.
- Linares EP, Posada CAL. Comportamento epidemiológico de COVID-19 na fase inicial da pandemia em Cuba. *Medwave* 2021; 21(1):e8111.
- González-Bustamante B. Evolution and early government responses to COVID-19 in South America. *World Dev* 2021; 137:105180.
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública. INFORME: Estudio de eficacia de la vacuna contra el SRAS-CoV-2. [Internet]. [acceso 2022 jul 10]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>
- Samuels F. Cuba's response to COVID-19: what underlies its apparent success? *Bull Latin Am Res* 2020; 39(1):62-66.

31. Barrabeitg GL. Análisis de algunos comportamientos nocivos de la población cubana frente a la COVID-19. *Rev Haban de Cienc Med* 2020; 19(6):e3709.
32. Beldarraín Chaple E, Gillies-Lekakis S. A pandemia COVID-19, estudos de caso: Austrália, Nova Zelândia e Cuba. *Rev Haban Cienc Med* 2020; 19(6):e3657.
33. Wylie LL. Cuba's response to COVID-19: lessons for the future. *J Tourism Futures* 2020; 7(3):356-363.
34. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). COVID-19 in Latin America and the Caribbean: an overview of government responses to the crisis [Internet]. 2020. [cited 2022 jul 7]. Available from: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-in-latin-america-and-the-caribbean-an-overview-of-government-responses-to-the-crisis-0a2dee41/>
35. Galbán-García E, Más-Bermejo P. COVID-19 in Cuba: assessing the national response. *MEDICC Rev* 2020; 22(4):29-34.
36. Buquet DB. Uruguay y la libertad responsable ante la pandemia [Internet]. 2021. [acceso 2021 jun 21]. Disponible en: <https://latinoamerica21.com/es/uruguay-y-la-libertad-responsable-ante-la-pandemia/>
37. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19 (versión 1.6). Ministério da Saúde Pública [Internet]. 2020. [acceso 2022 jul 7]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/coronavirus/COVID-19/minsap-estrategia-e-indicaciones/>
38. Morejón-Giraldoni A, Rivera-Rosa E, Díaz-Mesa M, Pérez-Cruz Y, Morales-Bolaño G, Sardiñas-Méndez Y, Rivera MO, Mena JCS. Acciones de vigilancia y control ante la notificación de casos confirmados a la COVID-19. Aguada de Pasajeros, Cienfuegos. *Medisur* 2020;18(4):721-725.
39. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parara-Lezcano M, Ríos G, Iturrieta D, Almeida PF, Feo O. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica? *Trab Educ Saude* 2020; 19:e00310142.
40. Lauriola P, Martín-Olmedo P, Leonardi GS, Bouldand Catherine, Verheij R, Duckers MLA, van Tongeren M, Laghi F, van den Hazel P, Gokdemir O, Segredo E, Etzel RA, Abelsohn A, Bianchi F, Romizi R, Miserotti G, Romizi F, Bortolotti P, Vinci E, Giustetto G, Santamaria M, Serafini A, Pegoraro S, Agius R, Zeka A. On the importance of primary and community healthcare in relation to global health and environmental threats: lessons from the COVID-19 crisis. *BMJ Glob Health* 2021; 6(3):e004111.
41. Cuba. Ministerio de la Salud Pública. Actualización de la estrategia para el desarrollo de las vacunas cubanas [Internet]. 2021. [acceso 2022 jul 10]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/actualizacion-de-la-vacunacion-en-el-marco-de-los-estudios-de-los-candidatos-vacunales-cubanos-y-la-intervencion-sanitaria/>
42. Uruguay. Presidencia de la República. Decreto 93/020 Decreto de Emergencia Sanitaria [Internet]. 2020. [acceso jul 10]. Disponible em: <https://www.gub.uy/oficina-nacional-servicio-civil/institucional/normativa/decreto-93020-decreto-emergencia-sanitaria>
43. Elizondo V, Harkins GW, Mabvakure B, Smidt S, Zappile P, Marier C, Maurano MT, Perez V, Mazza N, Beloso C, Ifran S, Fernandez M, Santini A, Perez V, Estevez V, Nin M, Manrique G, Perez L, Ross F, Boschi S, Zubillaga MN, Balleste R, Dellicour S, Hegguy A, Duerr R. SARS-CoV-2 Genomic Characterization and Clinical Manifestation of the COVID-19 Outbreak in Uruguay. *Emerg Microbes Infect* 2020; 10(1):51-65.
44. Panzera Y, Goñi N, Calleros L, Ramos N, Frasbasile S, Marandino A, et al. Genome Sequences of SARS-CoV-2 P.1 (Variant of Concern) and P.2 (Variant of Interest) Identified in Uruguay. *Microbiol Resour Anounc* 2021; 10(21):e0041021.
45. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Giattino CAC. Coronavirus Pandemic (COVID-19) [Internet]. 2020. [acceso 2022 jul 10]. Disponible em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
46. Pedraza-Alejo D, Almeida-Morales M, Hernández-Sánchez J, Hidalgo-Cruz B, González-Gil A, García-Méndez I. Acciones de vigilancia y control ante un caso de COVID-19 en el Policlínico José Luis Chaviano de Cienfuegos, Cuba. *Medisur* 2020; 18(3):465-468.
47. Uruguai tem o maior índice mundial de mortes por COVID-19. 2021 [Internet]. *Exame* 2021. [acessado 2022 jul 10]. Disponível em: <https://exame.com/mundo/uruguai-tem-o-maior-indice-mundial-de-mortes-por-COVID-19/>
48. World Health Organization (WHO). Uruguay Situation [Internet]. 2021 [cited 2022 jul 10]. Available from: <https://covid19.who.int/region/amro/country/uy>
49. Silva-Aycaguer LC, Ponzo-Gomez J. A year in the COVID-19 epidemic: Cuba and Uruguay in the Latin American context. *MEDICC Rev* 2021; 23(3-4):65-73.
50. Taylor L. Why Uruguay lost control of COVID. *Nature* 2021; 595(7865):21.
51. Rossi TRA, Soares CLM, Silva GA, Paim JS, Vieira-da-Silva LM. A resposta da Coreia do Sul à pandemia de COVID-19: lições aprendidas e recomendações a gestores. *Cad Saude Publica* 2022; 38(1):e00118621.
52. Martins TCF, Guimarães RM. Distanciamento social durante a pandemia da COVID-19 e a crise do Estado federativo: um ensaio do contexto brasileiro. *Saude Debate* 2022; 46(1):265-280.

Artigo apresentado em 19/07/2022

Aprovado em 17/03/2023

Versão final apresentada em 19/03/2023

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

