



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**ANÁLISE DO SISTEMA DE SAÚDE DO URUGUAI NO ENFRENTAMENTO  
DA PANDEMIA DA COVID-19**

**MELSEQUISETE DANIEL VASCO**

SALVADOR

2022

**MELSEQUISETE DANIEL VASCO**

**ANÁLISE DO SISTEMA DE SAÚDE DO URUGUAI NO ENFRENTAMENTO  
DA PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com área de concentração em Planificação e Gestão em Saúde, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Monique Azevedo Esperidião

**Co-Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Alcione Brasileiro Oliveira

SALVADOR

2022

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

V331a

---

Vasco, Melsequisete Daniel.

Análise do Sistema de Saúde do Uruguai no enfrentamento da  
pandemia da COVID-19 / Melsequisete Daniel Vasco. – Salvador:  
Salvador: M.D. Vasco, 2022.

91 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Monique Azevedo Esperidião.  
Coorientadora: Profa. Dra. Alcione Brasileiro Cunha.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade  
Federal da Bahia.

1. Uruguai. 2. COVID-19. 3. Sistemas de Saúde. 4. Sistema de  
Vigilância em Saúde. 4. Resposta Nacional. I. Título.

CDU 614.4

---



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

MELSEQUISETE DANIEL VASCO

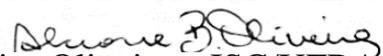
**ANÁLISE DO SISTEMA DE SAÚDE DO URUGUAI NO  
ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19: A DUPLA LIÇÃO  
DE SUCESSO E FRACASSO**

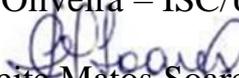
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

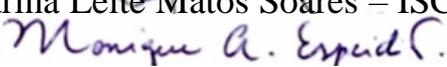
Data de defesa: 04 de abril de 2022.

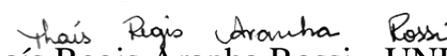
Banca Examinadora:

  
Adelyne Maria Mendes Pereira – ENSP/FIOCRUZ

  
Alcione Brasileiro Oliveira – ISC/UFBA (coorientadora)

  
Catharina Leite Matos Soares – ISC/UFBA

  
Monique Azevedo Esperidião – ISC/UFBA (orientadora)

  
Thaís Regis Aranha Rossi - UNEB

Salvador

2022

**MELSEQUISETE DANIEL VASCO**

**ANÁLISE DO SISTEMA DE SAÚDE DO URUGUAI NO ENFRENTAMENTO DA  
PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com área de concentração em Planificação e Gestão em Saúde, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>ª</sup>. Adelyne Maria Mendes Pereira

(ENSP/FIOCRUZ)

Prof<sup>ª</sup>. Thaís Regis Aranha Rossi

(UNEB)

Prof<sup>ª</sup>. Catharina Matos Soares

(ISC/UFBA)

Prof<sup>ª</sup>. Monique Azevedo Esperidião (Prof<sup>ª</sup>. Orientadora)

(ISC/UFBA)

Prof<sup>ª</sup>. Alcione Brasileiro Oliveira (Prof<sup>ª</sup>. Co-Orientadora)

(ISC/UFBA)

Salvador- Ba

2022

## DEDICATÓRIA

*Os filhos são um presente que o  
SENHOR nos dá, a recompensa é  
uma criança recém-nascida.*

(Salmos 127:03)

Meus pais, Idalina Alberto (mãe) e Daniel Vasco (pai) que, não pouparam do melhor deles, para que em mim se realizassem os grandes sonhos de um jovem homem para o mundo.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, dou graças à Deus, Meu e Nosso mantenedor. Pois d'Ele é a terra e a sua plenitude. Uma vez mais, aos meus pais, eterna gratidão pelas lições de vida para a vida. A minha noiva, Yolanda, imensa gratidão, pela paciência e suporte, o tempo todo.

Às minhas Professoras orientadoras Monique Azevedo Esperidião e Alcione Brasileiro Oliveira, muitíssimo obrigado! Levo comigo e por toda vida, o carinho, paciência e todo o suporte em cada lição.

Aos amigos de perto e de longe (uns que se foram, uns que se mantiveram e os novos que chegaram), muito obrigado! Aos amigos que se tornaram irmãos e cúmplices na causa, em especial o Audêncio Victor, pela presença, pelo suporte e pelas aventuras. Ao Onofre das Flores, vai minha gratidão por todo incentivo, sua experiência foi determinante, para realizar as minhas aventuras, nesta caminhada. Armênio da Roda, meu amigo e grande referência em matérias de Direito, homem, sempre jovem e de enorme coração. Ao Jeremias Donane, pela presença e abertura a debate científico acadêmico. A todos vai o meu muito obrigado.

Me lembro com muita alegria do vovô Khanhapuwa, quando me dizia: “estude mais, até estudares o feitiço, igual ao Eduardo Mondlane, que veio a influenciar muito os movimentos de luta para a libertação do nosso país (Moçambique)”, essas palavras fazem-se tão atuais, em minha mente. Por esse enorme e simbólico encorajamento, minha expressa gratidão.

Não deixaria de expressar, aqui, o meu profundo agradecimento a OBSERVA COVID: Análise de Modelos e Estratégias de Vigilância em Saúde da Pandemia da COVID-19 (2020-2022), em particular o Projeto análise comparada de sistemas de saúde e a resposta a COVID-19 coordenado pelas Professoras Ligia Maria Vieira-da-Silva e Monique Esperidião, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, no qual se vincula o presente estudo, pelo suporte e aprendizado proporcionado. Ao povo da República Federativa do Brasil, pelo acolhimento e, pelo suporte financeiro, durante a minha trajetória, através da bolsa de estudos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior).

Com gratidão. Beijos e abraços!!!

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL – América Latina

ASSE - Administração de Serviços de Saúde do Estado (Uruguai)

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

COVID-19 – Doença do Coronavírus 19 (*Coronavirus Disease*)

EPI – Equipamento de Proteção Individual.

FMI – Fundo Monetário Internacional

FNR – Fundo Nacional de Recurso.

FONASA – Fundo Nacional de Saúde (Uruguai)

GACH - Grupo Assessor Científico Honorário

IAMC - Instituições de Assistência Médica Coletiva (Uruguai)

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INE – Instituto Nacional de Estatística (Uruguai)

JUNASA – Junta Nacional de Saúde.

MSP – Ministério de Saúde Pública (Uruguai)

NHS – Sistema Nacional de Saúde (*National Health System*)

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNUD – Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas

SARS-CoV-2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*)

SI - Índice de Estringência/Rigorosidade (*Stringency Index*)

SINAE - Sistema Nacional de Emergências (Uruguai)

SNIS – Sistema Nacional Integrado de Saúde (Uruguai)

TIC´s – Tecnologias de Informação e Comunicação.

UCI – Unidade de Cuidado Intensivo

Ur – Uruguai

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

VASCO, Melsequisete Daniel. **Análise do Sistema de saúde do Uruguai no enfrentamento da pandemia da COVID-19**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2022

## RESUMO

**Introdução:** No início de dezembro de 2019, foram reportados na megalópole chinesa de Wuhan, primeiros surtos de uma síndrome aguda respiratória, e devido a sua rápida disseminação pelos países e territórios no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Covid-19 como uma de pandemia à 11 de março de 2020. Vários segmentos foram mobilizados, os sistemas de saúde mais demandados. Os sistemas de saúde no mundo, implementaram diferentes respostas, com diferentes desfechos, entre poucos bem sucedidos e muitos casos de insucessos, com certa ausência de instrumentos orientadores abrangentes, para o enfrentamento da Covid-19. Uruguai ao lado de Cuba, destacaram-se, na América latina, com melhor performance no ano de 2020, entretanto, apresentando mudanças significativas de insucesso, no ano seguinte.

**Objetivo:** Analisar a evolução da pandemia da COVID-19 no Uruguai, considerando as características dos sistemas de saúde, de vigilância em saúde.

**Metodologia:** trata-se de um estudo de caso, através da revisão integrativa e análise documental. A busca foi efetuada nas bases-de-dados dentro do portal Capes (PubMed, *Web of Science*, *Science Direct* e Scopus), utilizando a combinação de seguintes termos associados aos descritores do **Medical Subject Headings** (MeSH) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Uruguay AND COVID-19 AND “health system”, seguindo a definição da base correspondente, buscando analisar estudos publicados no período entre janeiro e dezembro de 2020 até janeiro e julho de 2021.

**Resultados:** A experiência do Uruguai é descrita na maioria da literatura acessada como um caso de sucesso no enfrentamento da pandemia, durante o primeiro ano. Marcou a resposta do Uruguai a constituição de uma governança bem-sucedida na articulação entre distintas organizações e agentes sobre a política pública, envolvendo o governo, a ciência e a sociedade em geral, com forte adesão da população às medidas implementadas. Destaca-se, também, as características pré-existentes do sistema de saúde, de proteção social como elementos que favorecem o sucesso da resposta. E para, a fase de insucesso,

inclui-se a postura do Governo, o excesso de confiança da população às autoridades e, o surgimento e rápida propagação de novas variantes na região.

**Palavras-chave:** Uruguai, COVID-19, Sistemas de Saúde, sistema de vigilância em saúde, resposta nacional.

VASCO, Melsequisete Daniel. **Analysis of the Uruguayan Health System in the face of the COVID-19 pandemic.** Dissertation (Master's in Collective Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2022

## ABSTRACT

**Introduction:** In early December 2019, the first outbreaks of an acute respiratory syndrome were reported in the Chinese megalopolis of Wuhan, and due to its rapid spread across countries and territories in the world, the World Health Organization (WHO) declared Covid-19 as a pandemic on 11 March 2020. Several segments have been mobilized, the health systems most in demand. Health systems around the world have implemented different responses, with different outcomes, between a few successful and many unsuccessful cases, with a certain absence of comprehensive guiding instruments to face Covid-19. Uruguay, along with Cuba, stood out in Latin America with the best performance. However, the situation has changed radically since late 2020 and during the analyzed period of 2021 (January and July)

**Objective:** To analyse the evolution of the pandemic of COVID-19 in Uruguay, considering the characteristics of the health, health surveillance systems.

**Methodology:** This is a case study, through integrative review and documentary analysis. The search was conducted in databases within the Capes portal (PubMed, Web of Science, Science Direct and Scopus), using the combination of the following terms associated with the descriptors of Medical Subject Headings (MeSH) and Descriptors in Health Sciences (DeCS): Uruguay AND COVID-19 AND "health system", following the definition of the corresponding base, seeking to analyze studies published between January and December 2020 until January and July 2021.

**Results:** The experience of Uruguay is described in most of the literature accessed as a case of success in facing the pandemic, during the first year. Marked the response of Uruguay the constitution of a successful governance in the articulation between different organizations and agents on public policy, involving government, science and society in general, with strong adherence of the population to the measures implemented. The pre-existing characteristics of the health system and of social protection are also highlighted as elements that favour the success of the response. And for the failure phase, the

government's posture, the population's overconfidence in the authorities and the emergence and rapid spread of new variants in the region are included.

**Key-words:** Uruguay, COVID-19, Health Systems, health surveillance system, national response.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. OBJETIVOS .....	17
3. METODOLOGIA .....	18
3.1. QUADRO TEÓRICO-CONCEITUAL .....	18
3.2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA .....	23
3.3. ANÁLISE DE DADOS: MODELO LÓGICO E MATRIZES DE ESTUDO DE CASO 26	
3.5. Aspectos éticos.....	27
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	28
4.1. MÉTRICA DE BUSCA.....	28
4.2. APRESENTAÇÃO DO PAÍS: URUGUAI .....	29
4.3. RESPOSTA À PANDEMIA NO URUGUAI.....	40
4.4. EVOLUÇÃO DA PANDEMIA NO URUGUAI .....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	73
REFERÊNCIAS .....	76
APÊNDICES .....	85
APÊNDICE I. Estratégia de busca de literatura científica .....	86
APÊNDICE II. Matriz de extração de dados dos artigos .....	88
APÊNDICE III.....	89
APÊNDICE IV. ....	91

## 1. INTRODUÇÃO

No início de dezembro de 2019 foram reportados na megalópole chinesa de Wuhan surtos de uma síndrome aguda respiratória, e devido a sua rápida disseminação pelos países e territórios no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Covid-19 (do inglês *Coronavirus disease 19*) como uma pandemia à 11 de março de 2020 (DA SILVEIRA MOREIRA, 2020; WONG et al., 2020).

Causada pelo novo *Coronavirus-2* da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), capaz de infectar humanos, a OMS classificou a Covid-19 com um quadro clínico caracterizado, principalmente, pela cefaleia, tosse persistente, febre, falta de ar, comprometimento na sensibilidade olfativa e gustativa, diarreia e fadiga, sendo que a maioria dos infectados cursa assintomático, e em número menor os sintomáticos evoluem para quadros graves, com necessidade de cuidados intensivos (NYATANGA, 2020; WONG et al., 2020).

Pouco se sabia sobre essa doença, porém havia sido descrita como tendo um período de incubação até 14 dias, pacientes assintomáticos com um potencial de transmissão, em 80% dos sintomáticos evoluindo como casos leves, apenas 5% evoluem com gravidade, com uma letalidade estimada em 2% (ANAYA et al., 2020; MILANESIO; ESCUDERO; CAEIRO, 2020).

Na sequência, grandes surtos foram se registrando em muitos países, com ênfase maior, para Itália, Espanha, Estados Unidos, Irã, tendo até o dia 14 de abril de 2020, um registro de 210 países e territórios afetados, acima de 1.900.000 casos confirmados, mais de 110.000 mortes, em todo o mundo (WONG et al., 2020).

Neste sentido, vários segmentos da sociedade, a destacar a comunidade científica e poderes públicos foram desafiados a dar a sua contribuição para conter os efeitos dessa nova realidade (NYATANGA, 2020). Sem dúvidas, os sistemas de saúde foram um dos segmentos mais demandado face aos desafios que se apresentavam na medida do avanço da pandemia (LEE et al., 2020). A par dos esforços, para uma efetiva descrição das características e intervenções epidemiológicas desta doença, Cabezas (2020) apontava, também, para o papel crucial das políticas públicas no enfrentamento da pandemia.

Nesse contexto, apesar de sua baixa letalidade (estimada em de 2%) comparado com as outras síndromes respiratórias, apresenta-se como sendo de rápida propagação -

consequentemente, rápido aumento do número de casos - e que pacientes mais graves necessitam, obrigatoriamente, de hospitalização, e em sua maior em unidades de terapia intensiva (UTI's) (LAMBARRI, 2020).

Não obstante essa mobilização, os sistemas de saúde no mundo, implementaram diferentes respostas, determinando, também, diferentes desfechos, entre poucos bem sucedidos e muitos casos de insucessos (WONG et al., 2020). Mesmo com as recomendações técnicas da OMS, verificou-se, sobremaneira, uma ausência de instrumentos orientadores abrangentes e claros, para o enfrentamento da Covid-19 em muitos países (CAPANO et al., 2020). Em sua maioria, virificou-se ineficiência ou medidas *ad hoc*, que no entender de Calvo; Deterding e Ryan (2020), poderão no futuro trazer consequências doradouras e constituir-se em fortes ameaças ao bem-estar.

Calvo; Deterding e Ryan (2020), Capano et al., (2020) enfatizam que, com o avanço da pandemia, aumentavam também, as tensões entre os decisores públicos, com enfoque as autoridades de saúde pública, no intuito de instituir-se mecanismo para conter a propagação da doença.

Nesse cenário, ainda de desconhecimento sobre a pandemia, recorreu-se às medidas não farmacológicas, o distanciamento social e a quarentena foram adotadas como as principais medidas, incluindo restrições de reuniões sociais, serviços de saúde restringindo quase todos os serviços, excepto consultas de urgências e emergência (MALAY, 2020).

Assim, o primeiro caso da Covid-19 na América latina deu-se no Brasil em 25 de fevereiro de 2020 (ACOSTA, 2020) e o primeiro óbito na Argentina, aos 8 de março de 2020 (LITEWKA; HEITMAN, 2020), nesse momento, países como Brasil, México, Colômbia, Peru e Chile, constavam entre os piores surtos na região e no mundo (TAYLOR, 2020), porém o Uruguai ao lado de Cuba se destacavam como das melhores experiências que alguns países asiáticos e europeus (TAYLOR, 2020).

Acosta, (2020) em sua análise sobre correspondências múltiplas entre as medidas de saúde pública adotadas em cada país da região, frente a pandemia aponta sua evolução, considerando a importância das condições sanitárias pré-existentes, demográficas e sociais, e uma baixa capacidade dos sistemas de saúde, bem como às disparidades socioeconômicas (ALEJANDRA et al., 2020).

Face a essa realidade, as respostas implementadas variaram muito em toda região, com uma heterogeneidade na incidência dos casos, com efeitos mais devastadores em países com maiores vulnerabilidades (BURKY, 2020). Essas diferenças podem ser explicadas, ainda, pelas distintas medidas de saúde pública adotadas, por um lado e, por outro, pelo tamanho da população, níveis de pobreza e a estrutura dos sistemas de saúde pré-existentes (ACOSTA, 2020; TAYLOR, 2020).

Portanto, para uma gestão eficaz da pandemia, Garcia et al. (2020) apontavam para a necessidade da adequação da capacidade dos serviços de saúde pública para respostas coordenadas em relação as medidas de restrições obrigatórias e de testagem em larga escala. Porém, chamam-se a atenção posturas ideológicas negacionistas de algumas autoridades como o Presidente da República Federativa do Brasil e do Presidente do México, através de uma oposição deliberada às recomendações científicas, e de subestimação da seriedade e severidade que representavam a pandemia da COVID-19, prejudicam em grande medida para desfechos desastrosos (BURKY, 2020).

No entanto, apontava-se, por um lado que, os sistemas de saúde na América latina, em sua maioria, não se mostravam capacitados para enfrentar crises sanitárias de dimensões como da pandemia da COVID-19 (BURKY, 2020), e para alguns estudiosos, antevê-se cenários em que os sistemas de saúde serão, indubitavelmente, os mais afetados pelas consequências da crise global (LITEWKA; HEITMAN, 2020).

Em relação a vigilância, prevalece o desafio dos países, em aumentar a sua capacidade de testagem, pela descentralização ao nível subnacional para que todos casos COVID-19 possam ser detectados e os contatos rastreados (ANDRUS et al., 2020). Ainda assim, alguns países anteciparam certas medidas para conter a pandemia, como a Argentina que teve um consultivo de amplo alcance e uma estreita coordenação de medidas de bloqueio entre o Governo central, Governadores e Prefeitos, como chave na resposta (GARCIA et al., 2020).

Apesar da introdução de medidas rigorosas de contenção e mitigação, e aumento das capacidades dos sistemas de saúde, condições pré-pandêmicas dos países, prejudicaram a eficácia das respostas à pandemia (ALEJANDRA et al., 2020). Assim, duas questões fundamentais foram levantadas, primeiro o fato da região estar enfrentando de forma generalizada crises na estrutura dos seus sistemas sócio-político e econômicos,

com impactos nos sistemas de saúde, expresso em formas de profundas desigualdades (ALEJANDRA et al., 2020; BURKY, 2020).

Em decorrência das condições pré-existentes em cada país, havia a referência de casos como o Brasil, onde o padrão de propagação da pandemia, foi sendo, fortemente, associado às vulnerabilidades socioeconômicas da população, fato que condicionou a observância plena das medidas impostas pelo governo sobre a pandemia (ROCHA et al., 2021).

Em meio às diversas medidas implementadas entre os países, havia relatos de países considerados como melhores exemplos nas respostas implementadas, como o caso da China (WANG; FLESSA, 2021) que conteve a pandemia logo nos primeiros meses. Apontando-se como possíveis fatores do sucesso da China: i) fatores externos como o clima, a genética e aspectos culturais, ii) robusto sistema de saúde pública e profissionais altamente capacitados, iii) medidas específicas para o controle e combate de surtos (WANG; FLESSA, 2021).

Entretanto, na União Europeia, ainda que, com predomínio de países desenvolvidos, verificou-se enormes dificuldades nas respostas implementadas e desfechos entre os sistemas de saúde dos países, reconhecendo-se assim a necessidade de sistemas de saúde potencializados para melhor responder às crises sanitárias (ARISTODEMOU; BUCHHASS; CLARINGBOULD, 2021).

E, no entender de Aristodemou; Buchhass; Claringbould (2021), as medidas de mitigação implementadas de forma efetiva pelos governos, permitirão a controlar e reduzir a propagação da pandemia. Pois, confinamentos efetivos e *lockdown* locais, podem impactar nos efeitos em outras regiões ou cidades, na medida em que tal, permite o controle do fluxo de pessoas, quer em saídas ou entradas, reduzindo ou eliminando, assim, as cadeias de transmissão.

Ainda entre as experiências internacionais, aponta-se que países que adotaram medidas de contenção e restritivas, precocemente, tendem a demonstrar um bom desempenho na resposta a pandemia (BRAITHWAITE et al., 2021). Nessa perspectiva, países como a Austrália, Corêia do Sul, Islândia e Taiwan, destacavam-se como as melhores experiências, num contexto em que muitos países apresentavam controle ineficiente (BRAITHWAITE et al., 2021).

A pandemia foi evidenciando, também, a persistência de fragilidades a nível dos sistemas de proteção social e de vigilância em saúde, caracterizadas pela falta de

equipamento para testagem e monitoramento da pandemia e ausência de mecanismos claros para a identificação e acompanhamento de grupos sociais de maior risco e vulnerabilidades (EL Bcheraoui et al., 2020).

A preparação dos sistemas de saúde para enfrentar as demandas devia compreender: i) capacidade de absorção, ii) capacidade adaptativa e iii) capacidade transformativa (EL Bcheraoui et al., 2020), orientados em processos inovadores, comunicação clara e transparente, e adaptações em infraestruturas (SHIELDS et al., 2020), características pouco presentes na maioria dos sistemas de saúde no mundo contemporâneo (EL Bcheraoui et al., 2020).

No âmbito da produção de conhecimento e de evidências científicas sobre a pandemia, enquanto, em muitos países e regiões, verificava-se uma maior mobilização entre acadêmicos e cientistas, na América latina, registra-se, verificava-se uma baixa produção e publicação científicas que explicitassem questões da evolução da pandemia, quer seja entre países e dentro de cada país, sobretudo, sistematizando, de forma ampla, aspectos relacionados a preparação dos sistemas de saúde e de vigilância em saúde, as medidas e estratégias implementadas, bem assim, a evolução da pandemia (CAPANO et al., 2020).

Porém, evidências disponíveis, destacavam o Uruguai com o seu melhor controle da propagação da pandemia, sendo por isso, considerado como um caso de sucesso principalmente, durante o primeiro ano da pandemia (MORENO et al., 2020), e no segundo ano da pandemia, notabilizou-se como uma das melhores experiências no âmbito do planejamento das estratégias para a imunização da população. E chama, ainda, a atenção, por um lado, o fato do país não ter implementado medidas rigorosas, primando, entre suas principais estratégias, na conscientização e mais investimento em ações de vigilância em saúde, incluindo a produção local de testes moleculares e o sequenciamento genômico do vírus – vigilância genômica (ELIZONDO et al., 2020b).

E por outro lado, Uruguai é reconhecido como um dos países com maiores índices de democracia (maior índice de confiança popular em seus políticos), longas tradições em políticas de proteção social e subvenção a privatizações (ARAN; LACA, 2011a; GONZÁLEZ; TRIUNFO, 2020). Cabe destacar, também, o seu crescimento econômico nos últimos anos, e a recente reforma do seu sistema de saúde em 2008 sob o respaldo do Governo do partido “*Frente Amplio*” (governa da esquerda), que deu maior enfoque no “*redimensionar o Estado*” (CHASQUETTI, 2008), com a implantação do Sistema Nacional Integrado de Saúde, que além da centralidade na APS, se mobiliza, ainda que

segmentado, em direção a universalização (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011) no acesso e em cobertura dos serviços de saúde, para toda a população, em relação as demais experiências na região (GOMEZ-CAMPONOVO; ACHKAR, 2020).

Além das características descritas, que lhe são peculiares, a seleção do Uruguai para o estudo de caso, foi também, pelo fato da necessidade de inclusão (dentro do Projeto maior “Análise Comparada de Sistemas de Saúde”) de países latino-americanos, que enfrentam em comum processos socioeconômicos a nível da região (LUZURIAGA, 2016), com ênfase às crises políticas, sociais e de Estado ao longo da história (OCTAVIO, 1987) e as imposições pelos organismos multilaterais para a adesão aos preceitos do neoliberalismo (BEATRIZ MONTAGNOLLI, 2019; REGINA et al., 2019), com um desgaste dos modelos de vários serviços de administração pública, incluindo o setor da saúde, principalmente, pela acentuada restrição ao consumo dos serviços, orientados, fortemente, nos mecanismos de mercado (NÓBREGA; BARROS, 2020).

Assim, o presente trabalho objetivou desenvolver um estudo de caso de sistema de saúde no enfrentamento da pandemia, com o intuito de responder às seguintes perguntas de pesquisa: i) Como o sistema de saúde do Uruguai se preparou para o enfrentamento da pandemia da COVID-19? ii) Qual a relação entre a evolução da pandemia da COVID-19, o desenho dos serviços de vigilância em saúde e as características do sistema de saúde em Uruguai? iii) Quais as possíveis lições, se pode encontrar como referência para os demais sistemas de saúde no mundo, a partir das particularidades e especificidades do sistema em Uruguai?

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

- Analisar a evolução da pandemia da COVID-19 no Uruguai, considerando as características dos sistemas de saúde e de vigilância em saúde.

### **Objetivos específicos**

- Descrever as características socioeconômicas, do Estado/Governo, dos sistemas de saúde e do modelo de vigilância em saúde no Uruguai.
- Analisar a resposta à pandemia da COVID-19 no Uruguai, considerando as dimensões que envolvem à coordenação da resposta; principais medidas adotadas; estruturas mobilizadas excepcionalmente e vacinação.
- Analisar aspectos da evolução da pandemia, considerando seus efeitos na mortalidade.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. QUADRO TEÓRICO-CONCEITUAL**

No campo das políticas de saúde, a noção de sistemas de saúde é complexa e polissêmica, exigindo uma explicitação conceitual. A OMS (2012) concebe sistema de saúde como uma combinação de recursos, organização, financiamento e gestão tendo em vista a oferecer serviços de saúde para uma determinada população.

Ademais, um sistema de saúde compreende um conjunto de diversos componentes inter-relacionados, setorial ou intersetorial que impactam na saúde da população (OMS, 2012) através de um conjunto de instituições, ações e programas sociais que contemplam entes privados e públicos, em um esquema de financiamento dos serviços de saúde em um país (BACELAR; ARAÚJO, 2017).

Portanto, a ênfase de um sistema de saúde consiste em melhorar e proteger a saúde das pessoas, salvaguardando, principalmente, os interesses dos mais pobres, reduzindo assim, as desigualdades sociais (ARAÚJO, 2014). E, em se considerando saúde como produto das interações sociais, assim, os modelos econômicos dos países assumem um papel crucial, na concepção dos seus sistemas de saúde (NUNES, 2010; SCHÜTTE; ACEVEDO; FLAHAULT, 2018).

Entre as várias tipologias de sistemas de saúde, destaca-se, aqui, a proposta que considera sistemas de saúde em i) sistema de saúde público de acesso universal, ii) sistema de saúde de seguro social e iii) o sistema de saúde privado (BISPO JÚNIOR; MESSIAS, 2005), cuja ênfase é, essencialmente, sobre o papel do Estado enquanto regulador e ou provedor de serviços, e o nível de exigência para o custeio à partir do bolso dos usuários.

Para uma maior objetivação da pesquisa, foram definidas três principais categorias de análise, para nortear a validação das evidências científicas de interesse, na literatura científica disponível. Essas categorias foram: i) Características do Sistema de saúde do país, ii) Características e arranjos da vigilância em saúde do país e iii) características do Estado/Governo do país.

**Quadro 1.** Referencial teórico das Categorias de análise

<b>Categoria</b>	<b>Referencial adotado</b>
Caraterísticas do Sistema de saúde do país	Theodore Marmor e Claus Wendt: (2012): Quadros conceituais para comparar políticas de saúde.
Caraterísticas e arranjos da vigilância em saúde do país	Gerluce Alves Pontes da Silva e Ligia Maria Vieira-da-Silva (2008): Vigilância em saúde: propostas de ferramenta para avaliar arranjos tecnológicos em sistemas locais de saúde.
Caraterísticas do Estado/Governo do país	Gosta Esping-Andersen: As três economias políticas do <i>Welfare State</i> (1991)

Fonte: elaboração própria do autor.

**Tipologia de sistema de saúde de Theodore Marmor e Claus Wendt (2012)**

Para a categoria de sistema de saúde, tomaremos por referência o trabalho de Marmor e Wendt que apresentam seguinte tipologia básica no arranjo dos serviços de saúde: i) Um modelo nacional de serviço de saúde (do inglês NHS, National Health Service) com cobertura universal, financiamento de impostos e propriedade pública da prestação de cuidados de saúde (por exemplo, Suécia, Grã-Bretanha), ii) Um modelo de seguro social com cobertura universal, financiamento do seguro social e propriedade pública ou privada de instalações para provisão (por exemplo, Alemanha), iii) Um modelo de seguro privado com cobertura privada, financiamento e propriedade de instalações para provisão (por exemplo, os Estados Unidos) (MARMOR; WENDT, 2012).

Nesse trabalho, oito critérios são propostos, a serem considerados para a classificação de modelos de organização dos serviços de saúde: i) despesas totais com a saúde, ii) a mistura público-privada de financiamento da saúde, iii) pagamento privado de bolso, iv) prestação de cuidados de saúde ambulatoriais, v) prestação de cuidados de saúde hospitalares, vi) direito à saúde, vii) remuneração dos médicos, e viii) acesso dos pacientes aos prestadores de serviços de saúde (MARMOR; WENDT, 2012).

Baseado nos oito critérios, Wendt (2008) identifica três modelos de organização de serviços de saúde: i) "serviço de saúde tipo orientado para a provisão" caracterizado por um alto número de provedores de saúde e livre acesso dos pacientes à assistência

médica médicos (Áustria, Bélgica, França, Alemanha e Luxemburgo); ii) uma "cobertura universal - tipo de acesso controlado" em que a saúde é um direito de cidadania e de acesso igual à saúde é mais importante do que a liberdade de escolha (Dinamarca, Grã-Bretanha, Suécia, Itália e Irlanda); e iii) um "baixo orçamento - tipo de acesso restrito" com acesso limitado recursos financeiros para a saúde e nos quais os pacientes o acesso à saúde é restrito por altos co-pagamentos e o regulamento de que os pacientes estejam em um clínico geral por períodos prolongados (Finlândia, Portugal, e Espanha) (MARMOR; WENDT, 2012).

### **Vigilância em saúde (Silva e Vieira-da-Silva, 2008)**

Na literatura científica, há distintas propostas conceituais e metodológicas, para a categoria da vigilância em saúde. Por vigilância em saúde, compreende-se como sendo os processos usados para a coleta, manejo, análise, interpretação de informações de interesse a saúde, sejam em forma de doenças ou agravos (FILHO; BARRETO, 2019), operando, exclusivamente, através de uma rede ou agências públicas, fato pelo qual se designa, formalmente, por Vigilância de Saúde Pública ou Sistema de Vigilância em Saúde Pública (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2008).

Sua importância é dada pelo fato de se constituir em uma base fundamental para guiar aos decisores de saúde pública para a gestão de programas de prevenção ou controle de doenças e os demais determinantes de saúde (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2008). E, perante a emergência de problemas de saúde pública, espera-se a rápida implementação da vigilância para uma resposta atempada, que resulte eficiente e eficaz dos seus resultados (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2008).

No presente estudo, foi considerado como referencial sobre a vigilância em saúde, os trabalhos de Gerluce Alves Pontes da Silva e Ligia Maria Vieira-da-Silva (2008): “Vigilância em saúde: proposta de ferramenta para avaliar arranjos tecnológicos em sistemas locais de saúde” (DA SILVA; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Da Silva; Vieira-da-Silva, (2008) consideram vigilância em saúde, enquanto parte do conceito vigilância sanitária (do inglês *health surveillance*), como sendo “relacionada a um modelo de saúde focado no controle de causas e riscos e direcionado a problemas de saúde administrados continuamente em um determinado território,

combinando ações destinadas a superar a dicotomia entre as práticas coletivas e individuais” (DA SILVA; VIEIRA-DA-SILVA, 2008). No seu trabalho, as autoras chamam a atenção das variações nas expressões e significados atribuídos para o conceito vigilância a saúde a depender do contexto e abordagem teórica que se considere, sendo que no Brasil predominam as formas de *surveillance in health* (vigilância em saúde) ou *surveillance of health* (vigilância da saúde).

### **Caraterísticas de Estado/Governo de Gosta Esping-Andersen (1991)**

Para o presente estudo, adotou-se como principal referencial a proposta de Esping-Andersen, que considera seguintes caraterísticas de Estado ou de Governo: capitalista do tipo social-democrata, capitalista do tipo anglo-saxão, capitalista do tipo da Europa continental e socialista (ESPING-ANDERSEN, 1991). Esta tipologia é dada a partir das diversas abordagens metodológicas da economia política e o enquadramento do conceito do *welfare state*, suas variações e relação com a configuração de políticas sociais presentes num dado Estado ou Governo.

Objetivamente, o regime social-democrata caracteriza-se como sendo aquele com uma abordagem do *welfare state* cuja centralidade focaliza-se na promoção da igualdade com melhores padrões de qualidade, além da simples satisfação das necessidades básicas. Opera, geralmente, por via de programas *desmercadorizantes* e universalistas, sem, no entanto, desvalorizar a questão de expectativas diferenciadas na coletividade. É uma fusão entre o serviço social e o trabalho, ou seja, minimizar os problemas sociais e maximizar os rendimentos, com maior número de pessoas com acesso ao trabalho e mínimo possível de dependentes de transferências (ESPING-ANDERSEN, 1991).

No regime das nações anglo-saxônicas verifica-se uma certa manutenção do *welfare state* residual, com uma persistência do mercado sobre o Estado. Implementa-se um *welfare state* com critérios na classe trabalhadora e a pobres, ficando a previdência privada e benefícios ocupacionais para as classes médias. Ao passo que, no regime da Europa Continental, verifica-se um cenário de alguma lealdade da classe média à preservação tanto de programas de previdência social segregacionista, com base em critérios ocupacionais, quanto das forças políticas que os geram (ESPING-ANDERSEN, 1991).

A sua vez, existe, também, o chamado regime denominado como “capitalismo do Estado” da China, também questionado como socialismo do mercado. A chamada “economia planejada” ou “planejamento estatal”, cuja operação gira em torno da dicotomia planificação (do Estado) e o mercado. Aqui, há ao mesmo tempo, uma percepção de vestígios das questões da coletivização e centralização da economia (próprias do socialismo) no contexto do *welfare state*.

Porém, diferentemente, do modelo puramente, socialista, neste regime (da China moderna), verifica-se tendência a uma abertura e liberalização da economia, com o surgimento de um setor privado mais fortalecido e uma maior descentralização dos poderes locais. Existe, por um lado, uma forte atuação do Estado na economia, e por um lado, há a sensação de uma intervenção estatal menos sentida no dia-a-dia na vida das pessoas. Ainda, assim, não se pode assumir, esse regime, como uma economia, propriamente, de mercado (NASCIMENTO MUCHALAK et al., 2019).

E, por Governo, aqui, define-se como sendo as formas pelas quais os Estados se organizam para exercerem o poder, administrando os interesses de todos os membros, visando produzir e proporcionar equitativamente os benefícios na coletividade (BOBBIO, 1981). Cabe ressaltar que, de forma geral, os governos podem ser classificados de várias formas, partindo-se, comumente da proposta clássica de Aristóteles, qual considera formas puras de governos (Monarquias, Aristocracias e Democracias) e formas impuras (Tirania, Oligarquia e Demagogia), à partir do número dos que governam e como retornam os benefícios a cada cidadão (BOBBIO, 1981; GALLO, 2013).

A partir da base apresentada, as tipologias vão variando e sofrendo adaptações, na medida dos avanços e transformações sociais em diversas realidades, daí que nem toda a forma de governo será útil em qualquer contexto. Entretanto, mais do que atribuir nome às formas de governo, esta categoria é empregue em sentido de compreender como se dão as relações de poder, na perspectiva de “uma análise do governo de um, de poucos ou da maioria”, ou seja, “quem governa” (GALLO, 2013), o que vem, assim, a definir o sistema político de um país, nação ou Estado.

### 3.2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso, envolvendo a análise de sistemas de saúde e de vigilância em saúde, no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Uruguai por meio de revisão integrativa de literatura científica, complementando-se com a consulta e análise documental e sistematização de informações em bases de dados secundários, no período de janeiro e dezembro de 2020 até janeiro e julho de 2021. A análise feita considerou duas fases da resposta do Uruguai, durante o período de estudo, primeiro ano exitoso e o segundo ano de fracasso. O presente estudo está integrado ao projeto maior<sup>1</sup>, intitulado por “Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia da covid-19 (2020-2022)”.

A seleção do Uruguai é em decorrência de: i) país ter sido bem-sucedido, durante o primeiro ano da pandemia; ii) necessidade de inclusão (entre os países selecionados no projeto maior) de países latino-americanos, sobretudo, enfrentando mudanças nos processos socioeconômicos marcados pelos ideários do neoliberalismo e mudanças na estrutura de políticas sociais, com acentuadas desigualdades sociais entre os países (LUZURIAGA; BAHIA, 2016); iii) considerando as características do seu sistema de saúde, (BEATRIZ MONTAGNOLLI, 2019), tendencialmente, menos segmentado e fragmentado, entre as experiências da região e do mundo, iv) não foram encontrados estudos, na literatura científica que aprofundam a análise das respostas do país, considerando as características do Governo/Estado, do sistema de saúde e de vigilância em saúde.

Durante a busca, considerou-se a literatura científica publicada entre janeiro e dezembro de 2020 até janeiro a julho de 2021, a fim de analisar as medidas implementadas e a evolução da pandemia, caracterizado como o período da primeira onda e seus recrudescimentos, que não chegou a se constituir uma segunda onda. Foi executada a estratégia de busca na literatura científica até setembro de 2021, nas bases-de-dados,

---

<sup>1</sup> (CNPq (CHAMADA MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N° 07/2020)), coordenado pela Professora Ligia Maria Vieira da Silva e pela Professora Monique Azevedo Esperidião, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Brasil.

dentro do portal Capes (PubMed, *Web of Science*, *Science Direct* e Scopus), utilizando a combinação<sup>2</sup> de seguintes termos associados aos descritores do Medical Subject Headings (MeSH) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Covid-19, *Health system* ou *surveillance* ou *national response* e Country/país (Uruguay), seguindo a definição da base correspondente (APÊNDICE I). Foi incluído, também, o descritor “*welfare state*”, para ampliar a busca e permitir identificação de estudos sobre o estado do bem estar social no país, sobretudo, entre as medidas destinadas ao enfrentamento da pandemia.

Foram definidos seguintes critérios de inclusão: i) artigos disponíveis na íntegra que referenciavam e ou analisavam medidas de enfrentamento da pandemia da COVID-19 no país, publicados no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2020 e janeiro e julho de 2021, em português, inglês, espanhol e francês (ii) artigos que tratavam de características dos modelos de vigilância ou características do sistema de saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19.

Como critérios de exclusão: (i) artigos que abordavam o país, mas não explicitam as respostas ou estratégias de enfrentamento da pandemia, (ii) artigos que não consideravam as medidas de enfrentamento da pandemia como seu foco principal no seu desenho metodológico ou escopo de análise, (iii) artigos publicados em idioma diferente do inglês, francês, espanhol e português.

A seleção de artigos iniciou-se com a concatenação das bases de dados dos estudos achados nas diferentes plataformas e analisados a partir dos softwares gerenciadores bibliográficos Mendeley e Rayyan<sup>3</sup>, para a verificação de duplicatas e validação de potenciais artigos para leitura na íntegra e sua posterior inclusão na amostra final. Após

---

<sup>2</sup> Estratégia de busca

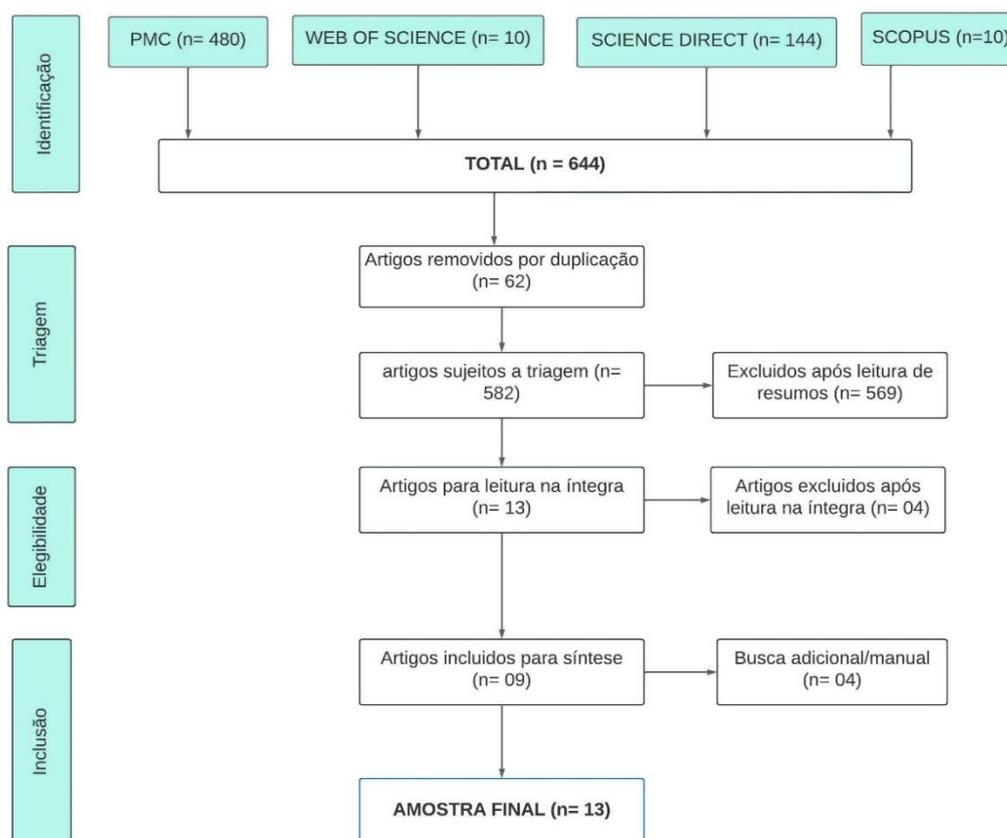
- (i) Uruguay AND COVID-19 AND “health system”;
- (ii) Uruguay AND COVID-19 AND surveillance;
- (iii) Uruguay AND COVID-19 AND “national response”;
- (iv) Uruguay AND COVID-19 AND “welfare state”

<sup>3</sup> Disponível em: <https://www.rayyan.ai/>. Acesso em: setembro de 2021

a seleção dos potenciais artigos da revisão integrativa, seguiu-se a leitura na íntegra, extração dos achados, para a sumarização das evidências, e por fim a construção do texto síntese.

Da busca de literatura científica, nas bases de dados selecionadas, foram identificados, inicialmente, 644 estudos para a leitura prévia de títulos e dos resumos, treze (13) artigos para leitura na íntegra, tendo sido incluídos na amostra nove (09) artigos (fig. 1). Após a leitura dos textos selecionados, foi executada uma busca manual, a partir das referências identificadas como relevantes nos estudos analisados, e quatro (04) potenciais artigos foram adicionados na amostra, considerando os objetivos de estudo e os critérios de inclusão, passando a totalizar em treze (13) artigos, na amostra final. Para complementar os dados, na análise, executou-se a busca de documentos oficiais do país, com referências a resposta para o enfrentamento da pandemia, tendo sido identificados e analisados, para a produção de evidências, no total 29 documentos (APÊNDICE IV).

**Figura 1.** Estrutura de gerenciamento bibliográfico de busca de literatura científica.



Fonte: elaboração própria do autor.

Nessa fase, a busca foi efetuada, principalmente, a partir das plataformas oficiais do país (portal de governo e portal do Ministério da Saúde, nas páginas da web). O país disponibilizou o acesso público e livre de plataformas oficiais de informação em saúde. Entre os documentos identificados compreendiam os decretos, boletins informativos e epidemiológicos, estratégias de testagem e Planos Estratégicos Nacionais de Vacinação, disponíveis pelos portais dos seus Ministerios de Saúde (Ministerio de salud Publica do Uruguai: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home> ).

A coleta de dados sobre indicadores socioeconômicos, foi realizada nas páginas web oficiais de Governos do país como o Intituto Nacional de Estatística do Uruguai (<https://www.ine.gub.uy/>) e das agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) (<https://www.who.int/data/gho>), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (<http://hdr.undp.org/en/data>), o Banco Mundial, (<https://data.worldbank.org/>) e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico - OCDE (<https://data.oecd.org/>).

### 3.3. ANÁLISE DE DADOS: MODELO LÓGICO E MATRIZES DE ESTUDO DE CASO

Para valorar a pertinência das intervenções implementadas para o enfrentamento da pandemia nos países, foi construído, no projeto de pesquisa maior, um modelo lógico estabelecendo os níveis de interações das estruturas governamental e dos sistemas de saúde (componentes da intervenção), para lograr êxitos, traduzidos na contenção da evolução da pandemia, bem assim reduzir os números de casos e óbitos (objetivos e efeitos almejados).

Assim, a otimização da relação desses componentes (ações de governo e um sistema de saúde bem implementado), potencializa as chances para a adoção e implementação de medidas efetivas, para o enfrentamento da pandemia. Portanto, conceitualmente, um modelo lógico compreende uma representação visual, que permite estabelecer as interações e inter-relações entre componentes de uma intervenção para atingir metas ou resultados previamente estabelecidos (BROUSSELLE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011).

Para o estudo de caso, uma matriz foi elaborada para auxiliar na análise de dados, considerando as seguintes dimensões principais: i) Identificação do país e indicadores demográficos, ii) Indicadores selecionados de saúde, iii) Características do Estado/Governo, iv) Sistema de Saúde, v) Respostas à epidemia de Covid19, vi) Evolução da epidemia no país, vii) Estratégias de flexibilização – critérios de abertura.

Com base na literatura disponível sobre os países e o enfrentamento da pandemia, foram identificados distintos graus para classificação da resposta, conforme sua adequação a uma situação considerada como bem-sucedida (conforme modelo lógico e a experiência concreta de países exitosos), sendo destacados os graus de “inadequada”, “parcialmente adequada” e “adequada”, conforme pontuação obtida. Essa matriz comparativa foi construída e validada pelos pesquisadores envolvidos no Projeto CNPq, em duas rodadas, conforme a técnica de consenso Delphi, com adaptações a situação da pesquisa *on line*.

### **3.5. Aspectos éticos**

O estudo não envolveu abordagem com sujeitos, pois é uma revisão integrativa de literatura e análise documental, dispensou-se a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, para sua realização. No entanto, pode-se registrar que o projeto maior ao qual se integra este estudo, teve a aprovação sob o número de aprovação do parecer CEP/ISC/UFBA: 4.586.652.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1.MÉTRICA DE BUSCA

O presente estudo teve como objetivo principal analisar a resposta do sistema de saúde do Uruguai no enfrentamento da pandemia da COVID-19, considerando as características dos sistemas de saúde e de vigilância em saúde, bem assim as características do Governo/estado, através de revisão integrativa<sup>4</sup>.

Da leitura na íntegra dos artigos selecionados e direcionada às perguntas norteadoras da pesquisa, verificou-se a ocorrência de seguintes dimensões agrupadas: i) vigilância de casos e óbitos (ELIZONDO et al., 2020b; MIR et al., 2021; PANZERA et al., 2021); ii) respostas do governo e a gestão dos serviços de saúde (BUQUET, 2021; BURIAN; NILSON, 2021; GONZALEZ-BUSTAMANTE, 2021; NISHIOKA, 2021; SILVA-AYCAGUER; PONZO-GOMEZ, 2021; TAYLOR, 2021) que se estende às categorias de políticas de proteção social e medidas excepcionais de compensação econômica (DE ROSA et al., 2020; LANZILOTTA; MERLO; MORDECKI, 2020; BURIAN; NILSON, 2021); e iii) atenção primária a saúde no enfrentamento da pandemia (GIOVANELLA et al., 2020).

Entre os estudos, verificou-se a predominância da dimensão de respostas do Governo e a gestão dos serviços de saúde com um total de nove (09) estudos, seguindo a vigilância de casos e óbitos com três (03) registros, e a questão da atenção primária a saúde teve a menor ocorrência, com apenas um (01) artigo identificado.

Reconhecendo que os estudos selecionados não responderiam à totalidade das questões e categorias propostas no modelo lógico e as matrizes de estudo de caso e do grau de adequação das medidas, incorporou a fase de análise documental, bem assim, a consulta de outras fontes de interesse, a destacar as medias de comunicação local e internacional. Para fins de análise, foram selecionados um total de 29 documentos do país,

---

<sup>4</sup>. Uma revisão integrativa é um método de revisão específica que resume a literatura empírica ou teórica passada para forneces uma compreensão mais abrangente de um fenômeno ou problema de saúde particular (WHITTEMORE; KNAF, 2005)

entre Decretos, Normas, Boletins epidemiológicos e o Plano Nacional de Vacinação anti-COVID e seus estudos de eficácia (APÊNDICE IV).

#### 4.2. APRESENTAÇÃO DO PAÍS: URUGUAI

##### 4.2.1. Características gerais do país e do Governo/Estado

*Quadro 2. Identificação do País (Uruguai)*

<b>Identificação do país (Uruguai)</b>		
<b>Principais indicadores sociodemográficos</b>	População	3,5 milhões de habitantes (INE, 2020b)
	Taxa de alfabetização	98,7% (INE, 2020b)
	Pobreza moderada	8,1% (INE, 2020b)
	Pobreza extrema	0,1% (INE, 2020b)
	PIB	US\$ 613.231 Biliões (BANCO MUNDIAL, 2021)
	PIB per capita	U\$ 21.870 (BANCO MUNDIAL, 2021)
<b>Indicadores selecionados de saúde</b>	Esperança de vida ao nascer	Geral: 77,91 anos Mulheres: 81,5 anos Homens: 74,1 anos (BANCO MUNDIAL, 2021)
	Taxa de mortalidade infantil	6,2/1000 nascidos (BANCO MUNDIAL, 2021)
	Principais causas de adoecimento e de morte	Doenças crônicas não transmissíveis
	Gastos com a saúde	10% do PIB (70% proveniente de despesas públicas) (GONZÁLEZ; TRIUNFO, 2020).
	Regime do Governo	Democrático (CEPAL, 2022)

<b>Caraterísticas do Governo/Estado</b>	Forma de Governo	República unitária (CEPAL, 2022)
	Sistema de Governo	Presidencialista/parlamentar (CEPAL, 2022)

Fonte: elaboração própria do autor.

O Uruguai localiza-se na costa atlântica da América do sul, em uma extensão territorial de 176,215 km<sup>2</sup>. É um país com cerca de 3,5 milhões de habitantes. Faz fronteira a oeste com a Argentina e uma longa fronteira a nordeste com o Brasil (GOMEZ-CAMPONOVO; ACHKAR, 2020). Sua divisão administrativa compreende dezanove (19) Departamentos (URUGUAI, 2018), com mais da metade da população na capital, Montevideu, e no geral 96.1% da população é urbana, e a idade média geral é estimada em 35.8 anos (MORENO et al., 2020).

A população do Uruguai é, predominantemente idosa, caracterizada por uma rigorosa redução da taxa de mortalidade, nos últimos anos, e a esperança de vida estimada em 77,9 anos (74.1 para homens e 81.5 para mulheres) (PNUD, 2021), com a taxa bruta de natalidade estimada em 14.50 nascidos vivos/1.000 habitantes e a mortalidade em cerca de 9.3 óbitos/1.000 habitantes, e a taxa de mortalidade infantil em 6,2/1000 habitantes. A taxa média de crescimento anual da população estima-se em 0.348, a taxa de fertilidade total em torno de 1.99 filhos por mulher (considerada como inferior aos índices de reposição populacional) (OPAS, 2012; INE, 2020a).

Considerado como país de renda média, situa-se entre as três principais economias da região (VAITSMAN, 2019). Sua economia continuou crescendo entre 2017 e 2018, a meio a recessões no Brasil e na Argentina, duas maiores potencias econômicas na América latina. Em 2017 seu PIB per capita (PPC) estimado em US\$ 21.870 (INE, 2020a). Com uma das mais equitativas distribuições de renda a nível do continente (VAITSMAN, 2019). Até abril de 2019, o Uruguai se posicionava entre os primeiros lugares na região em diversos indicadores de bem-estar, como o IDH, Índice de oportunidade humana e o Índice de liberdade econômica (INE, 2020a); com uma taxa de crescimento econômico positivo em média 4.1%, associados a fatores como o

fortalecimento do contrato social e abertura econômica, o que permitiu o país controlar, nos últimos anos as taxas de pobreza BANCO MUNDIAL (2020).

A taxa da pobreza moderada caindo de 32.5% para 8.1% em 2018, a pobreza extrema de 2.5% para 0.1%, sendo que os 40% dos mais pobres, conheceram um aumento mais rápido de sua renda que os níveis de toda a população (INE, 2020a). Na educação, o país apresenta uma das mais elevadas taxas de alfabetização, entre indivíduos adultos de 15 anos ou mais, em torno de 98,7%, e uma taxa de matrícula no ensino superior estimada em 63% (PNUD, 2021).

Uruguai classifica-se como um Estado unitário, com uma República representativa presidencialista de regime democrático, onde o Presidente é, em simultâneo, o Chefe de Estado e do Governo (URUGUAI, 2018). O atual governo em Uruguai é liderado por uma coalizão de partidos de centro-direita e de direita, que se autodenomina "multicolorido" (BURIAN; NILSON, 2021). Coexistem três poderes, o Executivo, o Legislativo e o Judiciário), atuando sob o princípio de separação e interdependência de poderes.

#### **4.2.2. Características do sistema de saúde do Uruguai**

Uruguai é um país com uma longa tradição de proteção social, notadamente, através da educação pública e saúde (GONZÁLEZ; TRIUNFO, 2020). Na saúde, o gasto estima-se em 10% do PIB, dos quais 70% provêm de despesas públicas (GONZÁLEZ; TRIUNFO, 2020).

O marco histórico recente na reforma do setor da saúde<sup>5</sup> no Uruguai, foi em 2007 (quando pela primeira vez na história do país, uma coalizão de esquerda assumiu o

---

<sup>5</sup> Em um caminho sinuoso, para a construção dos diversos componentes do SNIS, inicialmente, em 2005, o MSP criou o Conselho Consultivo para a implementação do SNIS, integrando como principais atores: câmaras de prestadores, associações de profissionais e trabalhadores, organizações de usuários, Universidade da República (UdelaR), Congressos Intendentes... Nesse espaço, o governo discute as orientações partidárias e estabelece o consenso social básico para início da implantação da reforma

governo, desde 2004), assinalada pela criação através da *Lei 18.211* de dezembro de 2007 (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011; VAITSMAN, 2019) do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) (GONZÁLEZ; TRIUNFO, 2020). Esse fato, levou Chasquetti (2008) a considerar 2007 como o “ano uruguaio”, no contexto das reformas do setor público em geral (com assinalável crescimento entre vários indicadores socioeconômicos) e da saúde em particular.

A reforma que deu origem o SNIS tem a centralidade em três principais pilares: i) organizacional que inclui a revisão do estatuto dos trabalhadores da saúde, inovações nas estruturas de governança do SNIS e a descentralização da ASSE, ii) financiamento, cuja marca destaca-se a unificação dos fundos para a saúde, provenientes das diversas fontes em um Fundo Nacional de Saúde (FONASA) e a criação do seguro nacional de saúde com uma cobertura populacional mais abrangente, iii) mudanças no modelo de atenção que entre outras inovações assinala-se a valorização da APS e as ações do nível primário da atenção como norteadoras da estrutura do SNIS (ARAN; LACA, 2011a; VAITSMAN, 2019).

No Uruguai, o setor da saúde, bem como as demais áreas do conjunto das reformas sociais, orientam-se pelos pressupostos do *Welfare State* do tipo social-democrata (ESPING-ANDERSEN, 1991), considerando-se a equidade como um dos meios para a redução das “desigualdades socialmente injustas”, através de medidas de subvenção estatal ao subsetor privado, por forma a garantir a cobertura universal dos serviços públicos (MITJAVILA; FERNANDEZ; MOREIRA, 2002).

Por outro lado, a ênfase da reforma sanitária uruguaia, surge como resultado da mobilização dos países da região para a ideia da universalização do acesso a saúde, inspirados pela declaração da Alma-Ata, com a meta “*saúde para todos...*” - com apelo para a máxima superação da coparticipação financeira dos usuários e redução das desigualdades (BÁSCOLO; HOUGHTON; RIEGO, 2018).

Nesse contexto, há que sinalizar o fato de os países da região terem avançado em diferentes caminhos (BÁSCOLO; HOUGHTON; RIEGO, 2018). Entretanto, no que se refere ao sistema de saúde, Uruguai, bem como os demais países membros da

---

do sistema de saúde. Seguiu a concepção de instrumentos jurídicos, para discussão e aprovação no Parlamento (VAITSMAN, 2019).

Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) aderiu a Resolução *CD53/5. R14* sobre “*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*” (BÁSCOLO; HOUGHTON; RIEGO, 2018).

Estas características permitem que se considere o sistema de saúde uruguaio como sendo “altamente institucionalizado, historicamente consolidado e bastante complexo”, com estrutura e funcionamento bastante diferenciado dos outros países da região, ainda que o Estado não seja o principal provedor dos serviços de saúde, cobrindo em torno de 40% da população (VAITSMAN, 2019).

Em relação ao modelo de atenção, o SNIS opera através de uma estrutura definida como rede de cuidados. Essas redes são organizadas por níveis de cuidado de acordo com as necessidades dos usuários e a complexidade dos benefícios (VAITSMAN, 2019).

Assim, cabe destacar que, coabitam na estrutura e cobertura do SNIS, o sistema público e o subsetor privado (com e sem fins lucrativos), com a predominância do público enquanto provedor e ou regulador. Nesse contexto, para a oferta dos serviços de saúde, existem as Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC) como o principal provedor de serviços, em sua maioria em unidades de atenção próprias. As IAMC compreendem um conjunto de associações de profissionais privados sem fins lucrativos que financiados pelo seguros sociais, garantem a oferta de uma atenção integrada a cerca de 56% de uruguaios (ARAN; LACA, 2011a; VAITSMAN, 2019).

No seu arranjo, as ações no setor público são administradas através do Ministério de Saúde Pública (MSP) e a partir de uma rede hospitalar pública da Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), hospital universitário, as unidades de atenção das forças armadas e policiais, e as unidades municipais (ARAN; LACA, 2011a). Em relação ao subsetor privado com fins lucrativos, aponta-se que este cobre em torno de 2% da população, operando principalmente através de clínicas e hospitais privados, cujo acesso é condicionado aos pagamentos pelos próprios usuários ou através de seguros privados (ARAN; LACA, 2011a).

Ainda, em relação aos arranjos dos serviços de saúde, existe uma cobertura em torno de 42 médicos e 12 enfermeiros a cada 10.000 habitantes (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011). A disponibilidade de leitos UTI, antes da pandemia era de 19

leitos UTI por 100.000 habitantes, tendo se elevado para 24 leitos<sup>6</sup> por 100.000 habitantes, dois meses depois (MORENO et al., 2020). Estima-se que apenas 1,6% da população que não tenha um seguro integral de saúde (GOMEZ-CAMPONOVO; ACHKAR, 2020).

Desse modo, a criação do fundo público único e obrigatório (FONASA), a partir das contribuições do Estado através dos impostos gerais, de empregados e de empregadores e os beneficiários do SNIS<sup>7</sup> (NOGUEIRA et al., 2016), permitiu a implantação de um modelo de integralidade e complementaridade, na atuação dos intervenientes (público e privado), por forma a se alcançar a equidade no acesso ao sistema de saúde (NOGUEIRA et al., 2016).

Nesse contexto, entre os avanços associados à reforma estatal e sanitária em Uruguai, citam-se a cobertura quase universal da imunização, a elevação da expectativa de vida o (VAITSMAN, 2019), a redução de níveis de mortalidade, somando-se também, os altos níveis da alfabetização da população e taxas de abastecimento de água potável (MITJAVILA; FERNANDEZ; MOREIRA, 2002). Com esses avanços, aponta-se que, o país está experienciado transições demográfica e epidemiológica, com um rápido envelhecimento da população e declínio na taxa de fecundidade e consequente queda na taxa de natalidade, predominando assim, as doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e neoplasias, associados a obesidade-excessiva, alcoolismo, hipertensão arterial e o tabagismo (VAITSMAN, 2019).

Essas características tornam o Uruguai em um caso particular, entre as reformas a nos países latino-americanos, nos quais predominam expressivamente, os princípios do

---

<sup>6</sup> Este número posicionou o país entre países com o maior número de leitos de UTI (aproximadamente 30 leitos por 100.000 como Alemanha e Áustria), e acima de países como França, Espanha ou Itália com 11, 10 e 9 leitos por 100.000 habitantes, respectivamente” (MORENO et al., 2020).

<sup>7</sup> "Com o SNIS, é constituído um Seguro Nacional de Saúde cujos objetivos incluem garantir o acesso universal, fornecer assistência médica abrangente a toda a população, alcançar níveis homogêneos de acessibilidade e qualidade, e alcançar justiça distributiva no financiamento dos gastos com saúde para garantir a equidade, solidariedade e sustentabilidade do sistema" (NOGUEIRA et al., 2016).

neoliberalismo, com apelos a mínima intervenção estatal (NOGUEIRA et al., 2016). Chasqueti (2008) assinala como fator determinante para essas reformas, o papel do governo do partido socialdemocrata, a “*Frente Ampla*” (com diversas expressões da esquerda nacional), cuja ênfase foi no “*redimensionar o Estado*” (VAITSMAN, 2019; BURIAN; NILSON, 2021)

A primeira fonte é proveniente dos fundos públicos (contribuições obrigatórias dos trabalhadores, empresas do setor formal da economia, as contribuições obrigatórias dos trabalhadores do setor público e os impostos gerais). A segunda, dos fundos privados, canalizados ao FONASA que cobre, sobretudo as intervenções de alta complexidade e de alto custo, com 56% dos uruguaios assistidos por provedores privados sem fins lucrativos e na sua maioria em suas próprias unidades (ARAN; LACA, 2011a).

### **Organização e financiamento de prestadores de serviços públicos e privados, e participação social**

Os prestadores de serviços e cuidados de saúde no Uruguai estão organizados uns como prestadores públicos e outros como prestadores privados integrados ao SNIS, que mediante a aprovação pelo MSP incluindo o financiamento, passam a assistir à população. Assim, a Junta Nacional de Saúde (JUNASA) é responsável pela administração do seguro nacional de saúde. E por via da JUNASA o FONASA executa o pagamento e financiamento tanto de saúde pública quanto os privados integrados ao SNIS, em função às necessidades de cada usuário, dentro das metas de desempenho para os prestadores. Esta modalidade constitui o primeiro circuito de financiamento de prestadores de serviços de saúde, onde se inclui a ASSE, IAMC<sup>8</sup> e os seguros privados (destinados a segmento social de maior renda) (ARAN; LACA, 2011; SISTEMA DE SALUD DE URUGUAY, 2011).

---

<sup>8</sup> As IAMC estão agrupadas em associações de instituições de saúde privadas, sem fins lucrativos, como a Federação Médica do Interior (FEMI), a União da Mutualidade do Uruguai (UMU) e a Plenária da IAMC. O ASSE e o IAMC recebem pagamentos per capita do FONASA de acordo com o risco da população coberta e as metas de assistência estabelecidas pelo MSP (ARAN; LACA, 2011b; GUILHERMINO, 2021)

Já no segundo circuito, destaca-se o Fundo Nacional de Recurso (FNR), cujo financiamento destina-se para custear os usuários para o acesso a benefícios de baixa prevalência e de alto custo. Não obstante, esta modalidade garante a cobertura a todos os habitantes do país, desde que comprovada as suas necessidades e suas indicações para esse nível de atenção (VAITSMAN, 2019). Aqui incluem-se as intervenções de alta complexidade e de alto custo, ofertadas pelos Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), em uma rede de clínicas especializadas entre públicas ou privadas (GUILHERMINO, 2021)

Esses dois grandes circuitos constituem uma das maiores inovações no SNIS, através dos fundos unificados das fontes de proveniência dos recursos. Além de ser um meio de para promover a equidade na saúde, é também, considerado como um mecanismo para a promoção da justiça distributiva, através da redistribuição de renda, pois compreende-se esta como a única resposta efetiva para atuar sobre problemas de seleção adversa (antigo problema de segmentação da área de saúde). Com isso, estima-se, atualmente, em mais de 70% da população com cobertura do FONASA, e os demais vinculados aos serviços públicos administrados pela ASSE (VAITSMAN, 2019).

Nesse contexto, avanços são descritos, nomeadamente o financiamento público em 2012 para mais do dobro de 2005; 75% de gastos com a saúde provenientes de fontes públicas; porcentagem do PIB em gastos com a saúde aumentado, bem assim a média anual per capita em 60%; gastos médios por usuário no setor público próximos ao de prestadores privados integrais; aumento em mais de 70% de remunerações dos trabalhadores de saúde (VAITSMAN, 2019).

A operacionalização das propostas compõe-se no Plano Integral de Atendimento à Saúde (PIAS), cuja aplicação é universal e como direito para toda a população, através de ações prioritárias como a definição de: modalidades de assistência, profissionais e técnicos, procedimentos diagnósticos, procedimentos terapêuticos e de reabilitação, saúde bucal, medicamentos e vacinas e transporte de saúde. Assim, entre os três pilares principais da reforma do sistema de saúde, o financiamento é considerado o que vem se consolidando nos anos da implementação do SNIS no Uruguai, particularmente, pelo sistema de capitas ajustado parcialmente por variáveis demográficas, embora não seja suficiente para um atendimento de acordo com as reais necessidades.

Não obstante, os avanços alcançados através do novo SNIS, não se pode classificar o modelo do sistema de saúde uruguaio como um sistema de modelo universal. Portanto, a existência da abertura para a livre escolha dos usuários entre o segmento público e privado, ainda, abrem espaço a segmentação no oferta e a fragmentação do sistema, pois estes cenários geram a concorrência, que em última instancia colocam em causa a equidade (VAITSMAN, 2019; GUILHERMINO, 2021)

Cabe destaca, também, como característica marcante do SNIS, a participação social. Embora heterogênea em graus de formalidade e institucionalização, aponta-se para uma alto envolvimento e valorização dos diferentes atores sociais em relação ao Estado, que atuam em várias frentes para influenciar as ações em diversas arenas políticas (VAITSMAN, 2019).

A participação social marca também a virada no modelo de atenção. Assim, a APS é definida como o pilar fundamental do modelo de atenção, ao mesmo tempo em que o Estado tem o maior dever para a geração e garantia das condições de vida e de saúde da população. (VAITSMAN, 2019). Ainda, aponta-se que existem duas formas principais de organização da participação dos atores sociais: i) em áreas específicas de políticas de saúde<sup>9</sup> e ii) participação de organizações da sociedade civil em diferentes iniciativas específicas.

**Quadro 3.** Características dos Principais componentes do SNIS do Uruguai

<b>Caraterísticas do sistema de saúde do Uruguai</b>	
<b>Dimensão</b>	<b>Descrição</b>
<b>Modelo adotado</b>	Modelo de Cuidado Integrado, com APS como estratégia para a reorganização do sistema de saúde. Oferta de serviços através de Redes de cuidados de saúde. Tipologia de assistência social (seguro social), tendencialmente, orientado ao modelo de um sistema (quase) universal.
<b>Infraestrutura</b>	Setor pública: ASSE, IAMC e Instituto de Medicina Altamente Especializada (IMAE) através de hospitais das clínicas, unidades das

<sup>9</sup>Nesta categoria incluem-se: a Comissão Nacional de Aids; Comissão Honorária para a Saúde cardiovascular; Comissão Honorária de combate a Câncer; Comissão de Bioética e Qualidade Integral de Saúde; Comissão Honoraria de Reprodução humana assistida.

	Forças Armadas e Polícia, hospital universitário. Assistência integral, com ênfase em ações do nível primário de atenção. Subsetor privada: consultórios, clínicas e hospitais privados. maioritariamente, de média a alta complexidade.
<b>Arranjos institucionais e organizacionais dos serviços de saúde</b>	Prestadores públicos e privados sem fins lucrativos integrados ao SNIS – assistem a toda a população. Prestadores do subsetor privado com fins lucrativos para população com seguro privado ou particular (não mais de 2%).
<b>Financiamento</b>	Proveniência: impostos gerais, contribuições de trabalhadores, Contribuições de empregadores e domicílios/particulares. Gestão e administração: MSP como dirigente, através da Junta Nacional de Saúde (JUNASA), órgão descentralizado do MSP e do Fundo Nacional de Saúde (FONASA) credenciam, regulam, financiam e monitoram os prestadores.

Fonte: elaboração própria do autor, a partir de Aran; Laca (2011b); Vaitsman (2019); Guilhermino (2021).

### **Vigilância em Saúde e ações da APS no Uruguai**

Em achados analisados, neste estudo, não são explicitados detalhadamente, os mecanismos e a estrutura dos sistemas e serviços de vigilância em saúde, bem assim, da organização e oferta da APS. Porém, aponta-se que, a APS é definidora e pilar na estrutura do SNIS (VAITSMAN, 2019), com enfoque preventivo, de promoção da saúde e fortalecimento do primeiro nível (MINISTERÍO DE SAÚDE PÚBLICA DO URUGUAY, 2011) destacando-se o SINAIE, como a principal agência pública, responsável pelas ações de vigilância em saúde (ARAN; LACA, 2011a).

Ainda, a nível da atenção primária, são criadas equipes multiprofissionais, compreendendo desde médicos de família ou generalistas, enfermeiros, parteiras, pediatras e ginecologistas visitantes, que constituem as equipes básicas de saúde (GUILHERMINO, 2021). Nessa estrutura da APS, agentes comunitários, no Uruguai, não são contemplados como integrantes oficiais das equipes multiprofissionais (GIOVANELLA et al., 2020).

Em relação à pandemia da COVID-19, evidências indicam que, no Uruguai, o envolvimento das ações da APS nas estratégias para o enfrentamento, foi tardio (BURIAN; NILSON, 2021; LAURIOLA et al., 2021). Entretanto, verificou-se a conformidade das ações de vigilância na pandemia, com as recomendações internacionais. Nesse contexto, foram desenvolvidas e implementadas intervenções centradas na detecção de casos para isolamento, identificação de contatos diretos, para seguimento e quarentena (GIOVANELLA et al., 2020).

Na medida do avanço da situação epidemiológica, algumas intervenções foram ampliadas, como no caso da obrigatoriedade de testagem a todas pessoas vindas de regiões do país mais afetadas, num dado período (MSP, 2020a). Também, foram fortalecidas as equipas desde o nível dos serviços básicos (cuidados primários) aos mais especializados, para maior atenção aos usuários que visitassem as unidades de saúde, para fins de detecção de casos.

Para os casos confirmados, os sintomáticos graves a severos eram assistidos em unidades de saúde, sob cuidado de equipes multidisciplinares, enquanto os assintomáticos ou de leves sintomas, juntamente com os contatos identificados, eram monitorados a partir do domicílio. Para estrangeiros ou os sem teto, eram direcionados para algumas instancias hoteleiras que, não estavam operando os serviços, e outros seguiam para instalações das Forças Armadas, habilitadas para o efeito (URUGUAI, 2020a).

Implicitamente, evidências apontam o sucesso da campanha de vacinação contra COVID-1, no país, e sua associação ao papel da APS, pois verificou-se uma maior adesão da população aos pontos de vacinação. Igualmente, cita-se uma melhor organização e acessibilidade dos pontos de vacinação, que incluía sistemas de alerta aos usuários sobre a dinâmica dos pontos para próximas doses (MSP, 2021a).

#### 4.3. RESPOSTA À PANDEMIA NO URUGUAI

A resposta do Uruguai à pandemia durante o período analisado, permite ser descrita em duas grandes fases (BURIAN; NILSON, 2021). A primeira considerada como de “rápida reação” e exitosa ao longo do primeiro ano (2020), descrita na maioria dos estudos publicados, analisando o Uruguai. A segunda fase, ainda que, menos estudada, colocou também, o Uruguai em destaque, mas desta vez pela negativa e fracasso entre os principais indicadores e efeitos da evolução da pandemia (NISHIOKA, 2021; TAYLOR, 2021).

Diante o cenário descrito, na análise feita durante o presente estudo, teve-se o cuidado para explicitar a evolução da pandemia, ponderando as peculiaridades que caracterizaram cada uma das duas fases. Porém, maior ênfase foi dada no aprofundamento da fase considerada exitosa do país, por um lado pela produção suficiente apontando para esse quadro, e por outro lado, como uma necessidade de se compartilhar essa rara experiência. No quadro abaixo (quadro 4), apresenta-se o cenário e as evidências que marcaram a resposta do país à pandemia, durante o primeiro ano.

Não obstante, compreendeu-se, a necessidade de, também, analisar e explicitar fatores que tornaram Uruguai de sucesso ao insucesso, durante o segundo ano (NISHIOKA, 2021). Cabe sinalizar que, essa etapa não é apresentada em profundidade, neste estudo. Primeiro, pela insuficiente produção científica apontando com evidências mais elaboradas sobre readequações nas estratégias de resposta do país face às variações no quadro epidemiológico. Segundo, pela dinâmica própria da pandemia e extensão da mesma além do período do recorte do presente estudado.

**Quadro 4.** Síntese da resposta exitosa à pandemia da COVID-19 no Uruguai, no ano de 2020

<b>Síntese das principais medidas de resposta à Pandemia da COVID-19 no Uruguai</b>		
<b>Coordenação</b>	Estrutura de coordenação	<p>Ministério de Saúde Pública, através da Direção Geral da Saúde estuda, avalia a situação epidemiológica, define as principais medidas sanitárias e propõe ao executivo (URUGUAI, 2020b).</p> <p>Governo central, através do Conselho de Ministros aprova, promulga e garante a divulgação e cumprimento das medidas.</p> <p>Presidente da República é chefe-coordenador das ações intersetoriais e interministeriais (URUGUAI, 2020b).</p> <p>A comunidade científica é consultada. Evidências científicas são consideradas na tomada de decisões de enfrentamento da pandemia (BURIAN; NILSON, 2021; NISHIOKA, 2021).</p>
	Plano Nacional de enfrentamento à pandemia	<p>Elaborado e promulgado, oficialmente após primeiros casos no país.</p> <p>Conformidade com o Regulamento Sanitário da OMS (2005).</p> <p>Princípios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consensualidade, responsabilidade coletiva e transparência.</li> <li>Valorização da voz da ciência na tomada da maioria das medidas.</li> <li>Busca de equilíbrio entre a saúde e a economia (URUGUAI, 2020b).</li> </ul>
	Capacitação dos profissionais de saúde e Recursos antes e depois das medidas	<p>Mobilização de profissionais aposentados para serviços essenciais, em áreas de baixíssimo risco a COVID-19 (MSP, 2021b).</p> <p>Enquadramento de estudantes finalistas no plano de resposta a pandemia.</p> <p>Leitos UTI aumentados, durante a pandemia.</p> <p>Habilitação de leitos gerais em UTI's.</p> <p>Convocação de especialistas em doenças infecciosas e em medicina interna para cuidado de casos, principalmente, em UTI's (MSP, 2021b).</p>

<b>Síntese das principais medidas de resposta à Pandemia da COVID-19 no Uruguai</b>		
<b>Medidas de resposta adotadas</b>	Estratégia de comunicação de risco	<p>Sensibilização baseada no princípio de “liberdade responsável” e solidariedade, sem medidas rígidas (TAYLOR, 2021).</p> <p>Recurso aos principais órgãos de comunicação social do país, para a socialização das principais mensagens (URUGUAI, 2020b).</p> <p>O MSP, através do SINAIE, coleta os dados de interesse à pandemia, atualiza boletins epidemiológicos, monitora casos e contatos diretos (MSP, 2020b).</p> <p>Massificação do uso de tecnologias de informação e comunicação: medias sociais e aplicativos para monitorar casos (MSP, 2021c).</p>
	Distanciamento social	<p>De cumprimento voluntário, dentro das normas em vigência:</p> <p>Medidas judiciais seriam acionadas, em situações de negligência expressa.</p> <p>Indivíduos em situação de rua acolhidos em lares de instituições destinadas a ação social (BURIAN; NILSON, 2021).</p> <p>Estrangeiro sem domicílio acolhidos em espaços destinado para essa finalidade, incluindo hospedagens em hotéis ou estabelecimento das Forças Armadas e de defesa (NISHIOKA, 2021).</p>
	Estratégia de testagem	<p>Principalmente centrado em suspeitos com ou sem sintomas, e em viajantes provenientes de “zonas de risco” (MSP, 2020a).</p> <p>Com avanço, testes eram realizados em usuários de serviços essenciais, seja em consultas gerais ou de seguimento, caso de doenças crônicas.</p> <p>Profissionais de saúde ou cidadãos em geral circulando em estabelecimentos de saúde.</p> <p>Equipas em unidades de saúde, fronteiras secas e estabelecimentos portuários e em aeroportos (MSP, 2020b).</p>

<b>Síntese das principais medidas de resposta à Pandemia da COVID-19 no Uruguai</b>		
	Medidas de saúde em pontos de entrada do país	Apresentação de teste das últimas 48 a 72 horas. Suspeitos orientados ao isolamento: Se nacional, em domicílio sob supervisão por profissionais de saúde ou dispositivos eletrônicos (aplicativos) (MSP, 2020c).
	Vigilância genômica	Cooperação com instituições de pesquisa de países vizinho, com ênfase do Brasil com que partilha extensa fronteira. Realizada em instituições de pesquisa, no país (ELIZONDO et al., 2020a).
	Atenção de casos	Casos com sintomas leves, em isolamento domiciliar, sob acompanhamento de profissionais de saúde ou monitoramento através de mensagens de texto ou outras redes sociais (ELIZONDO et al., 2020a). Casos graves/severos acompanhados em unidades hospitalares públicos ou privados, específicos a casos COVID (URUGUAI, 2020a).
	Políticas compensatórias	Extensão do período do seguro de desemprego, durante a pandemia. Medidas de compensação econômica a população em geral. Medidas de suavização do impacto econômico para as micro, pequenas e médias empresas, como através de créditos bancários sem ou com juros mais baixos. Ações prioritárias para proteção de grupos mais vulneráveis, como atribuição de cartões de refeição (DE ROSA et al., 2020).
<b>Vacinação</b>	Plana Nacional de vacinação	Adesão ao Mecanismo COVAX (OPAS/OMS). Definição de grupos prioritários. Programa Nacional de Vacinação principal responsável para a imunização da população. Acesso universal e gratuito da vacinação, respeitando a voluntariedade. Experiências anteriores do Esquema Nacional de vacinação, integradas no plano COVID (MSP, 2021a, 2021f).

<b>Síntese das principais medidas de resposta à Pandemia da COVID-19 no Uruguai</b>		
	Data de primeira vacina	1º de março de 2021
	Outros	Realização, periodicamente, de estudos de efetividade da vacina, na população. Até 28 de julho de 2021, mais de 50% com duas doses, autoriza-se a administração da terceira dose (MSP, 2021d).

Fonte: elaboração própria do autor (adaptado de Vieira-da-Silva, Esperidião et al. Análise Comparada de Sistemas de Saúde. Relatório parcial da pesquisa. ISC/UFBa. Março de 2022)

### 4.3.1. Coordenação e direção da resposta

Durante o primeiro ano da pandemia no Uruguai, o Executivo mobilizou-se, para traçar um Plano nacional de enfrentamento, que nortearia as medidas de resposta (GONZÁLEZ-BUSTAMANTE, 2021). Assim, o Governo central, através do Conselho de Ministros, designou o Ministério da Saúde Pública, para a principal entidade na definição e coordenação das ações sanitárias de enfrentamento da pandemia, no âmbito das suas atribuições constitucionais<sup>10</sup> (URUGUAI, 2020b).

Foi, também, constituído o Comitê de Expertises Científicos na Gestão da Crise, que se reuniria de forma imediata e funcionaria dentro da orbita da Direção Geral da Saúde do Ministério de Saúde Pública, e o Presidente da República passa a Coordenador-chefe de todas as ações do Plano nacional para enfrentamento da pandemia no país (MSP, 2020d).

Não há referências da existência de um plano concreto de preparação do país, antes da chegada da pandemia. O Plano nacional de enfrentamento da pandemia analisado, foi aprovado e promulgado, logo após a notificação do primeiro caso, de onde foram definidas as ações norteadoras para a contenção, mitigação e controle da propagação da pandemia (URUGUAI, 2020b).

Entretanto, a resposta do Uruguai à pandemia da COVID-19 caracterizou-se ao longo do decurso, como de “uma integração quase perfeita entre saúde, ciência, governo e sociedade” (TAYLOR, 2021), cuja marca consistiu na criação do destacado Grupo Assessor Científico Honorário (GACH) constituído por um coletivo de 55 cientistas de diferentes áreas de conhecimento (NISHIOKA, 2021).

O Plano Nacional para o enfrentamento da pandemia (através do Decreto 93/2020 de 13 de março de 2020) obedeceu ao marco constitucional do país, sobre crises e emergências sanitárias: “...que é considerado essencial nesta situação adotar - no âmbito

---

<sup>10</sup> “...em caso de epidemia ou grave ameaça de invasão de doenças infectocontagiosas, o Ministério da Saúde Pública adotará imediatamente medidas conducentes a manter o país livre de doenças ou a reduzir os danos da infecção, e poderá ordenar a intervenção das forças públicas para assegurar o fiel cumprimento das medidas ditadas” (número 2º do artigo 2º da Lei nº 9.202)

das disposições dos artigos 1º e 2º da Lei nº 9.202 de 12 de janeiro de 1934 - medidas preventivas para manter a saúde da população”. E, também, foi em conformidade ao Regulamento Sanitário Internacional da OMS<sup>11</sup> (2005) que em situações como a da pandemia da COVID-19, recomenda-se aos países a “manter uma forte vigilância para detectar, isolar, testar e tratar todos os casos a fim de quebrar as cadeias de transmissão” (URUGUAI, 2020b). Um estudo da OECD (2020) sobre COVID-19 na América Latina e no Caribe: Uma visão geral das respostas governamentais à crise, aponta, também, a pertinência da estratégia de rápida reação, como no caso do Uruguai.

Em relação a capacidade instalada em equipamentos e insumos médicos, foi aprovada uma normativa, dando a abertura, de forma excepcional, para a produção local, bem assim, uma maior flexibilização dos procedimentos jurídicos, fiscais e administrativos para a importação desses equipamentos: “Flexibilização dos procedimentos para fabrico, importação e comercialização de insumos médicos, durante a pandemia, que compreende roupa hospitalar, mascarar e respiradores N95, termômetros infravermelhos, luvas de uso médico, oxímetros, esfregaços, equipamentos de ventilação mecânica e monitores multiparamétricos” (MSP, 2020b).

#### **4.3.2. Medidas de resposta à pandemia da Covid-19**

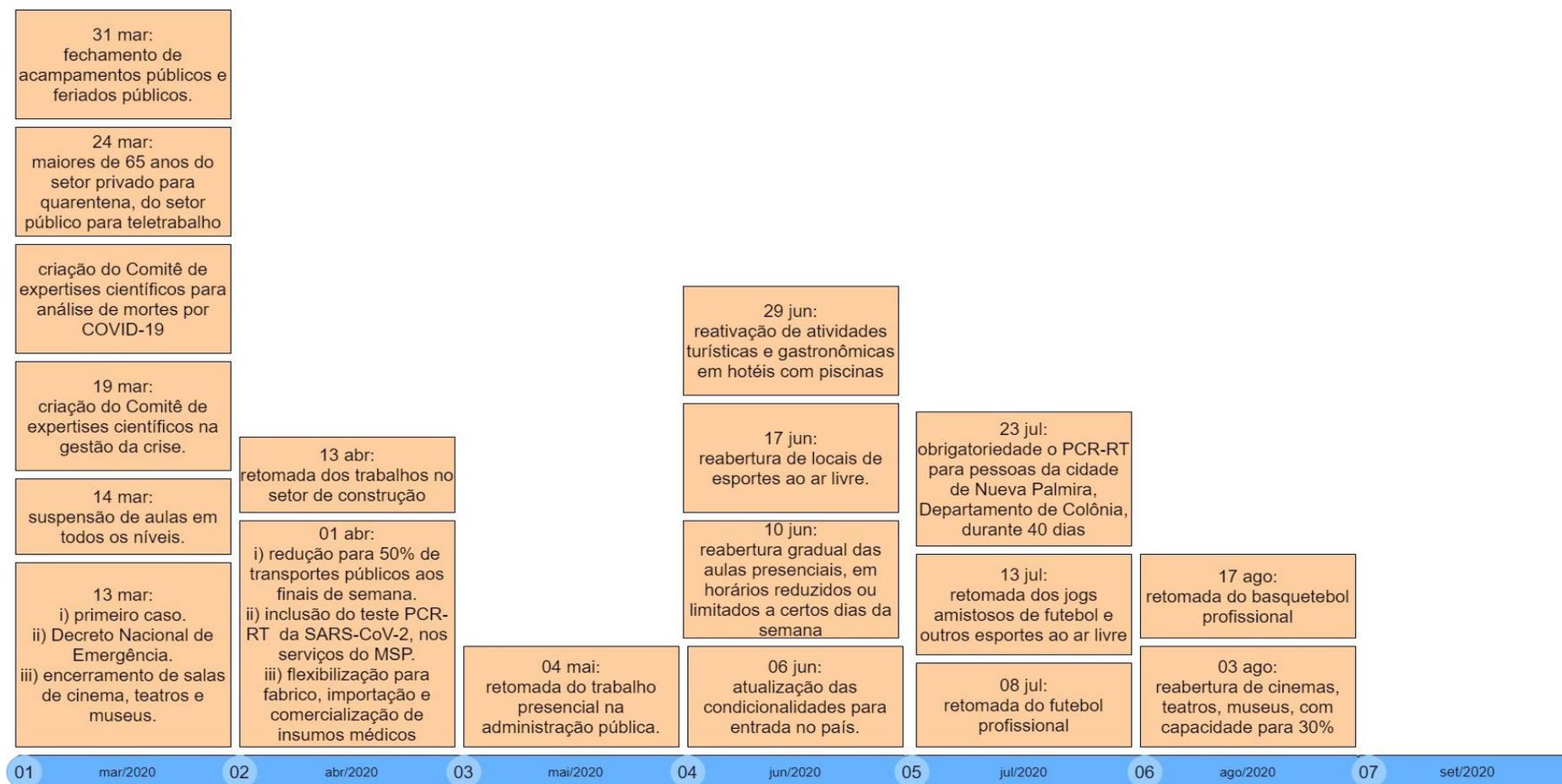
A primeira notificação de casos da COVID-19 deu-se em 13 de março de 2020, com quatro caso confirmados e o primeiro óbito em 28 de março de 2020, tratou-se do ex-Ministro do Tribunal eleitoral, de 71 anos de idade. Seguiu-se o rastreamento de contatos diretos com esses casos, para fins de estudos sanitários (URUGUAI, 2020b). Ao final de sete (7) dias, o país alcançou o centésimo caso (até o dia 18 de março haviam 79 casos, sem registro para o dia 19 de março, e 110 caso no dia 20 de março de 2020) (OUR WORLD IN DATA, 2021).

---

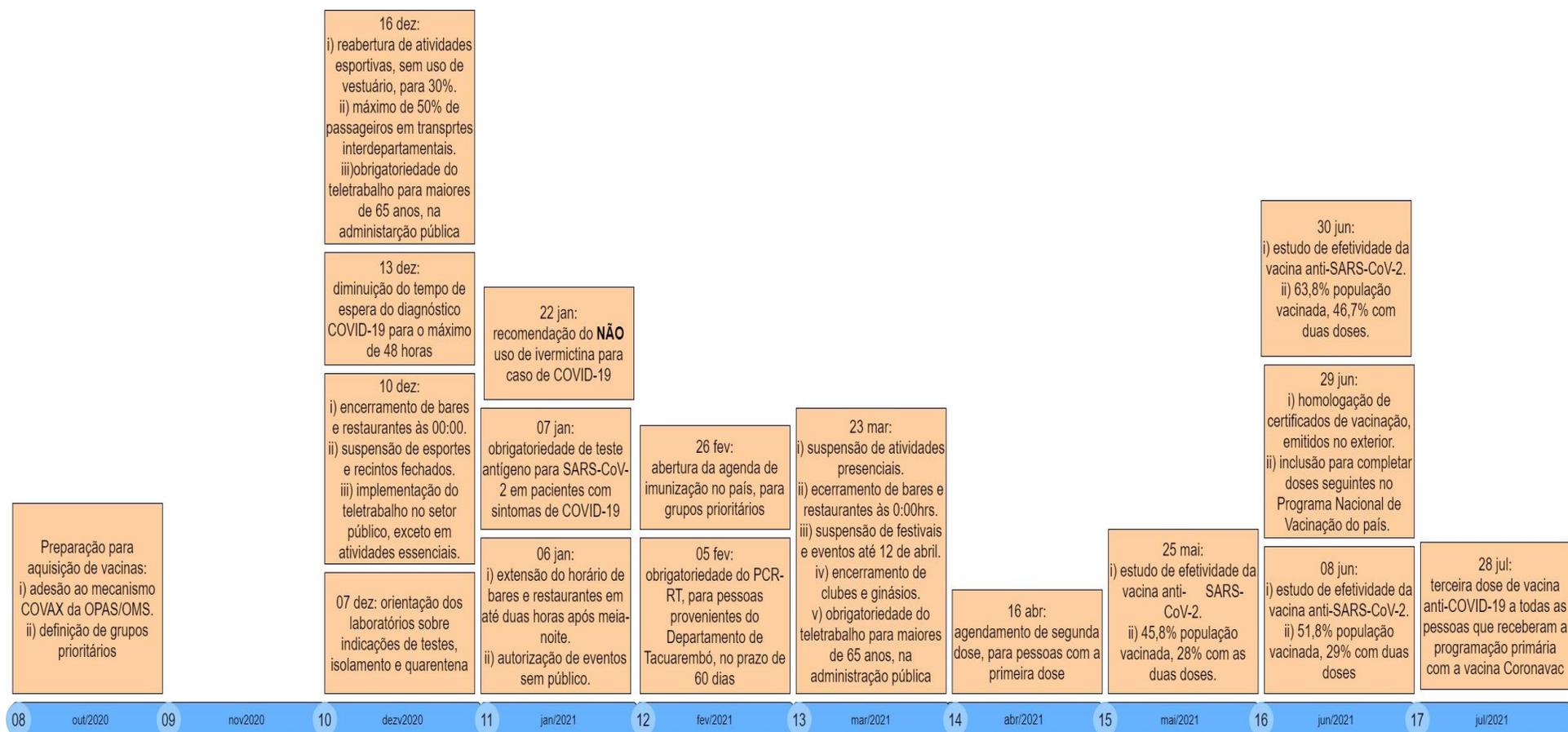
<sup>11</sup> “...de acordo com o acima exposto e com as disposições do artigo 44 da Constituição da República, do artigo 43 do Regulamento Sanitário Internacional (2005) da Organização Mundial da Saúde, da Lei nº 9.202 de 12 de janeiro de 1934, do Decreto nº 574/974 de 12 de julho de 1974, e de outros regulamentos concordantes e aplicáveis sobre o assunto”

Como primeira medida de reposta a pandemia, a presidência da República promulgou o Decreto nº 93/020 de declaração de estado de emergência nacional (MORENO et al., 2020; URUGUAI, 2020b), em conformidade com as disposições dos artigos 1º e 2º da Lei nº 9.202 de 12 de janeiro de 1934 sobre medidas preventivas para a manutenção da saúde da população no país, e em observância do Regulamento Internacional Sanitário da OMS (2005). Na figura abaixo (fig. 02), apresentam-se os principais eventos que constituem a linha de tempo, explicitando as evidências que demonstram as medidas e estratégias de enfrentamento, adotadas e implementadas no país, durante o período de execução do presente estudo.

**Figura 2.** Linha do tempo das medidas implementadas no Uruguai



Fonte: Elaboração própria do autor, a partir de Uruguai, (2020b); Burian; Nilson, (2021); Taylor, (2021).



Fonte: Elaboração própria do autor, a partir de Uruguai, (2020b); Burian; Nilson, (2021); Taylor, (2021).

(Continuação)

Entre as principais medidas da estratégia de enfrentamento, durante o primeiro ano da pandemia, destacam-se as não farmacológicas, uma vigilância robusta para detecção, isolamento, testagem e tratamento de casos, rastreamento de contatos, para quebrar as cadeias de transmissão (MORENO et al., 2020). Para o cumprimento das medidas adotadas na população, foram implementadas num âmbito da designada “liberdade responsável”, numa forte base de conscientização e apelo a solidariedade coletiva (BUQUET, 2021).

Portanto, ênfase foi dada no maior investimento para a elevação da capacidade de testagem no país (MORENO et al., 2020), rastreamento de contatos, e do isolamento das pessoas infectadas (NISHIOKA, 2021). E, para a coordenação, maximizou-se esforços conjuntos entre o Governo (desde o nível central ao local), as autoridades da saúde e a comunidade científica (NISHIOKA, 2021). Esse fato, permitiu ao país avançar para a produção local de testes moleculares para o diagnóstico (MORENO et al., 2020; NISHIOKA, 2021).

Uma característica peculiar, contrariamente ao que se verificou na maioria dos países no mundo, consistiu no fato do país não ter optado em medidas severas. O governo apostou na sensibilização da população para uma consciência pessoal e coletiva, para um confinamento voluntário, bem assim a observância das demais medidas (CARLI, 2020; MORENO et al., 2020). E, para tornar consensual, transparente e democráticas as medidas, foram definidos e socializados os principais conceitos e critérios, como foi para o isolamento social (art. 8 do Decreto nr. 93/020):

“As pessoas deverão permanecer em isolamento por pelo menos catorze dias, sob supervisão e seguindo as instruções do médico assistente ou da autoridade sanitária, se: a) tenham contraído COVID-19; b) apresentem febre, e um ou mais sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta ou angústia respiratória) e, além disso, nos últimos quinze dias, tenham permanecido temporariamente ou permanentemente em “áreas de alto risco”; c) pessoas que tenham estado em contato direto com casos confirmados de COVID-19; d) pessoas que tenham entrado na República Oriental do Uruguai após terem transitado ou permanecido em áreas de alto risco”.

No âmbito da explicitação e comunicação de risco no país, foram considerados como principais conceitos: i) contato direto – quem tenha tido encontro físico, em uma

distância que não ultrapassa a um metro com uma pessoa ou mais com teste positivo para COVID-19, inclui também contato com material de uso frequente, como talheres, telefone, de limpeza, computadores e alimentos; ii) “zonas de alto risco” – já identificadas e reconhecidas pela OMS, a partir dos reportes diários, aos longo do primeiro semestre da pandemia, compreendiam a Espanha, a Itália, a França, Alemanha, China, Coréia do Sul, Japão e Irã; iii) “permanecer isolado” – condição em que a pessoa deve permanecer em domicílio, na medida do possível em compartimento individual, para eliminar ou reduzir as possibilidades de transmissão, mediante orientações médicas. E, também, abrangem a separação nos internamentos hospitalares em “áreas COVID-19” de “enfermarias não COVID” (URUGUAI, 2020b).

No seguimento das medidas de vigilância, prevenção e controle de riscos e danos adotadas, entre as ações de vigilância, que consistiam na testagem para detecção de casos, isolamento de casos com sintomas leves e hospitalização de casos graves, contatos rastreados para quarentena, foi também criada uma Comissão de Expertises para análise das mortes por COVID-19.

À essa comissão, cabiam as seguintes atribuições: i) Contribuir para a vigilância de todas as mortes por COVID-19; ii) Identificar variáveis epidemiológicas e clínicas que possam contribuir para a detecção de fatores de risco para a mortalidade; iii) Ter um registro e uma análise confiável das mortes durante a pandemia; iv) Aconselhar sobre diretrizes, instrumentos legais e critérios éticos que concretizem estratégias para a redução de mortes; v) Mobilizar e integrar os diversos setores da sociedade ligados ao problema, a fim de monitorar e reduzir as mortes (MSP, 2020e).

A estratégia de comunicação de risco, baseava-se em evidências científicas e na evolução situação epidemiológica. O Sistema Nacional de Emergências (SINAE) como entidade principal de vigilância em saúde é, também, o principal órgão para a produção e divulgação dos conteúdos, com suporte e aprovação, na maioria das vezes, do comitê científico. E, para a massificação das mensagens, por forma a evitar as fake News e/ou alarmismos, foram usados os canais televisivos, disponibilizadas linhas telefônicas, mídias sociais e introdução de aplicativos on-line para o monitoramento e acesso do público (URUGUAI, 2020b).

Conforme a evolução da situação epidemiológica, foi implementado um distanciamento social voluntário, dentro do quadro definido como de “liberdade

responsável” e solidariedade, dado que não era de cumprimento obrigatório, mas na base da conscientização da situação da crise sanitária global (BUQUET, 2021; BURIAN; NILSON, 2021).

Ao longo do primeiro ano, Uruguai consolidou sua estratégia de resposta na capacidade de testagem de casos desde a instalação da capacidade para a produção local de testes moleculares para diagnóstico, no país (URUGUAI, 2020b). Durante o ano de 2020, a estratégia de testagem era focalizada a indivíduos provenientes de zonas de risco, ou mediante a solicitação por um médico. Com o avanço da situação epidemiológica, a estratégia tornou-se mais ampla para além de pessoas com sintomas sugestivos a COVID (MSP, 2020a), passou a obrigatoriedade de testagem para pessoas provenientes de áreas de alto risco dentro do país, a partir de finais de 2020 e decurso do primeiro semestre de 2021 (MSP, 2020a; NISHIOKA, 2021).

Para ampliar a capacidade de detecção de casos, passou-se a incluir nos Programas de Saúde Integral e no Catálogo de serviços definido pelo Ministério da Saúde Pública, o procedimento de diagnóstico por PCR-RT da SARS-CoV2 (COVID-19), a ser solicitado pelo médico tratante do caso suspeito (URUGUAI, 2020a).

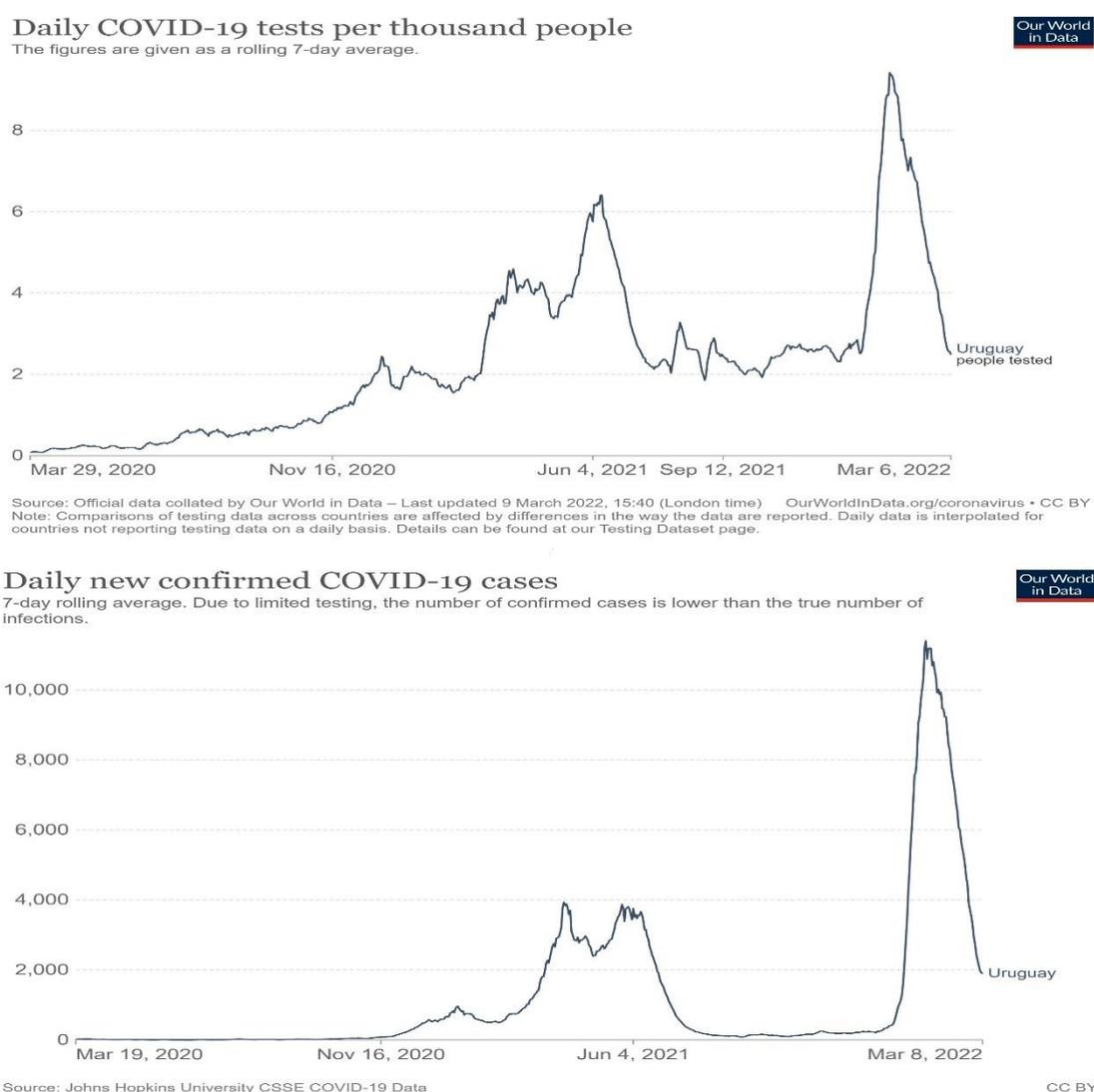
Os laboratórios integrados ao SNSI, foram instruídos sobre os critérios para testagem, isolamento e quarentena. Compreendia a testagem por RT-PCR para suspeitos com seguintes sintomas: renite, odinofagia, tosse, dificuldades respiratórias, anosmia, ageusia. Seguiriam ao isolamento pessoas com resultado positivo de RT-PCR e, para quarentena todos os contatos de casos confirmados, por forma a limitar contato com outras pessoas durante o período recomendado (7 dias) (URUGUAI, 2020a). O seguimento de casos e de contatos diretos dava-se, na sua maioria através do monitoramento, com a disponibilização ao público de linhas telefônicas<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> (Serviço de Informação de Coronavírus: 08001919), redes sociais (Novo canal de comunicação para consultas: Whatsapp 098999999, Novo canal de comunicação: Messenger@MSPUruguay), aplicativos COVID-19 (App Coronavirus UY) (Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/coronavirus>>, acesso em: fevereiro de 2022).

Sobre a capacidade instalada para a testagem, a depender da situação epidemiológica em cada Departamento do país, os mecanismos foram se diversificando. Houve, situações que exigiam testes obrigatórios para o vírus SARS-CoV2 pela técnica PCR-RT, a título de exemplo, em pessoas provenientes da cidade de Nueva Palmira, Departamento de Colônia, a partir de 10 de novembro de 2020 e por um período de 40 dias (MSP, 2020a), e a obrigatoriedade de realização do teste PCR-RT, para pessoas provenientes do Departamento de Tacuarembó, no prazo de 60 dias.

**Figura 3.** Relação da testagem e evolução de casos diários



Fonte: OUR WORLD IN DATA (2021) (disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/uruguay>)

Ainda, no âmbito da vigilância em saúde, a 13 de dezembro de 2020, recomendou-se a redução do tempo de espera do diagnóstico COVID-19 para o máximo de 48 horas e, ao mesmo tempo, a população foi, reiteradamente, instada a reduzir ao mínimo o número de contatos, a manter ambientes ventilados, a manter uma distância física sustentada, a usar máscaras faciais adequadamente e a lavar as mãos com frequência (MSP, 2020c). O país estava experienciando os primeiros registros altos, tanto de casos quanto de óbitos (BURIAN; NILSON, 2021)

Em relação a atenção aos casos, no Uruguai, a maior aposta consistiu na centralidade e aprimoramento dos serviços hospitalares, em detrimento da APS. Ainda que, se constitua em uma estratégia principal no modelo de atenção do SNIS, o envolvimento da APS no contexto da pandemia, só se fez sentir após o primeiro mês da pandemia, e não há detalhamentos do desdobramento das ações e estrutura de sua implementação (GIOVANELLA et al., 2020).

Assim, as pessoas com sintomas compatíveis com a COVID-19 deveriam comunicar imediatamente, a partir do seu domicílio ao seu provedor de saúde e, caso não o tivessem, deviam encaminhar à ASSE, para obter orientações necessárias conforme com a situação informada pelo cidadão (URUGUAI, 2020b).

Em relação a proteção social, o Uruguai é reconhecido como um caso de referência (DE ROSA et al., 2020; BURIAN; NILSON, 2021). Durante a pandemia duas grandes dimensões foram consideradas, uma sobre medidas compensatórias para a população em geral e a segunda sobre suavização dos impactos econômicos sobre as micro, pequenas e médias empresas (LANZILOTTA; MERLO; MORDECKI, 2020).

Na proteção social a população em geral, foram identificados grupos de maior vulnerabilidade para se beneficiar de medidas como transferências de renda e ou subsídios nas taxas de serviços básicos (água, luz e internet), incluindo acolhimento em domicílios para isolamento (DE ROSA et al., 2020). Para as micro, pequenas e médias empresas, implementou-se desde isenção de taxas fiscais, bem assim linhas de crédito bancário sem ou com baixíssimas taxas de juro (LANZILOTTA; MERLO; MORDECKI, 2020). Aos trabalhadores impedidos de manter seus vínculos durante a pandemia, foi aprovado a prorrogação do tempo de vigência de seus seguros de desemprego, além do previsto na lei (BURIAN; NILSON, 2021).

É o entendimento, no presente estudo, de que as medidas de proteção social, quer sejam as pré-pandêmicas quanto as implementadas durante, foram determinantes para o efetivo cumprimento da permanência em domicílio da maioria da população, por longo tempo, no primeiro ano, favorecendo a contenção da propagação do vírus. Essa maior proteção social (Uruguai investe em torno de 17,7% em gasto social, contra 13,5% da média da CEPAL (2021) para América latina) reflete-se, por um lado, em uma oferta de serviços públicos, com ênfase na saúde, de maior qualidade (BURIAN; NILSON, 2021).

Achados similares aos alcançados no presente estudo, são apresentados no estudo de Rossi et al., (2022). Os autores apontam entre outras razões de sucesso da Coreia de Sul a capacidade pré-existente, a testagem massiva e uso de tecnologias de informação para rastreio, através do que se designa vigilância digital, bem assim, tomada de decisões baseadas em evidências científicas. Essas características são, também descritas pelos artigos consultados para o presente estudo (BUQUET, 2021; BURIAN; NILSON, 2021; TAYLOR, 2021).

Entretanto, com o registo inesperado de um aumento de casos de infecções e óbitos no país na transição de 2020 e durante longo período do primeiro semestre de 2021, foram implementadas, excepcionalmente, medidas restritivas, nas seguintes fases: i) dezembro de 2020 - suspensão de entrada no país, presencialidade laboral e atividades públicas e sociais; ii) 16 e 23 de março de 2021 - suspensão da atividades presenciais no setor de educação, com implementação do subsídio por doença aos trabalhadores do setor privado maiores de 65 anos, reinstalação do imposto de emergência sanitária COVID-19 por 19 meses, proibição de aglomerações, encerramento de clubes, ginásios, e práticas de desporto amador, encerramento de *free shops* nas fronteiras e suspensão de espetáculos públicos (BURIAN; NILSON, 2021).

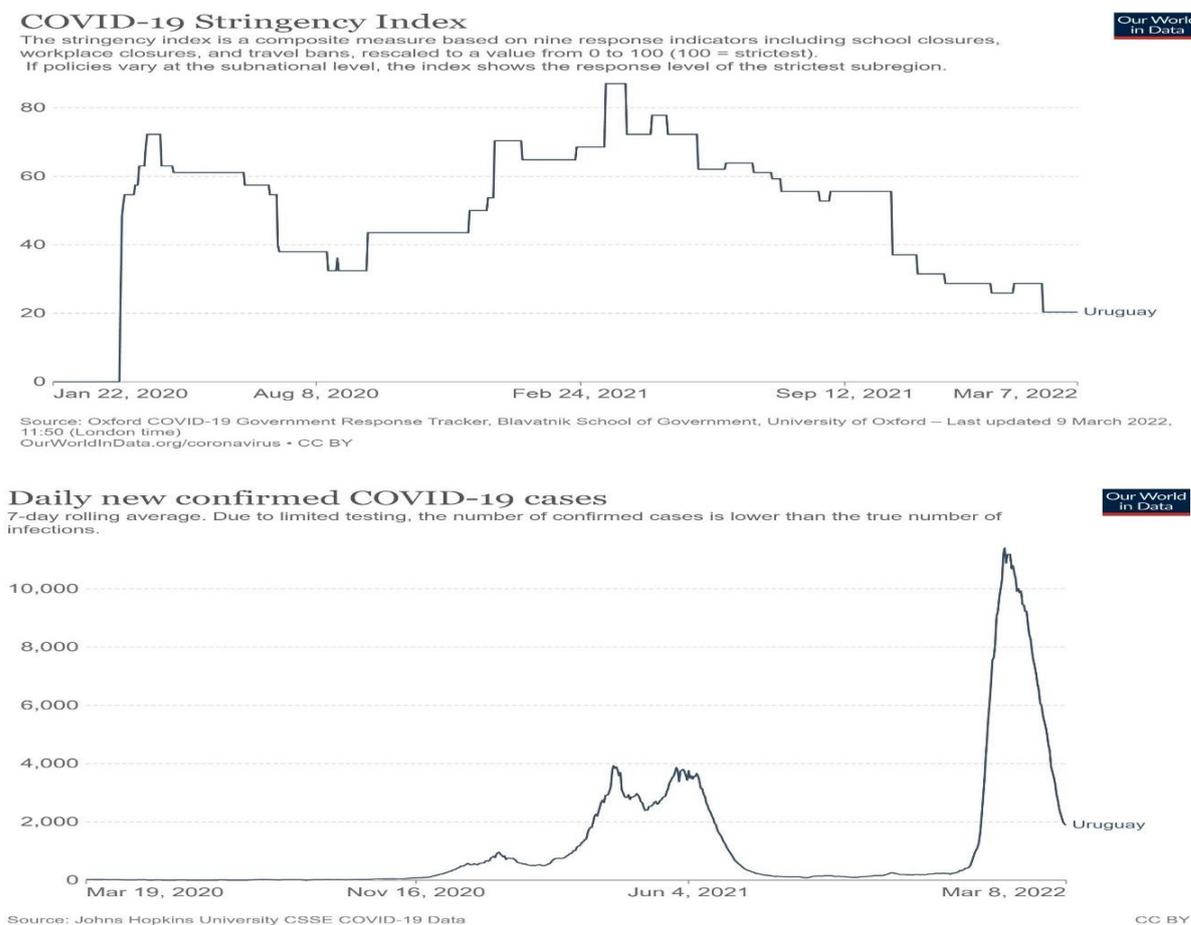
Assim, inicia-se uma fase de descontrole da situação epidemiológica na experiência do Uruguai no enfrentamento à pandemia, denominada também, de “segunda pandemia” (NISHIOKA, 2021). Cientistas uruguaiois, apontam um desajuste entre o que devia ser feito e o que se estava fazendo. A comissão científica propôs medidas mais endurecidas a altura da situação epidemiológica do país e do “verão da América latina”, com o brotar de novas variantes, com destaque a gama (P.1 brasileira de Manaus no Amazonas) (MIR et al., 2021). Cabe, aqui, enfatizar que a variante gama, trata-se de uma das mais letais e de rápida transmissão, comparada às anteriores variantes. Passou a predominar, em quase toda América latina. No Uruguai, um controle cerrado era pontual.

Porém, verificou-se a manutenção do fluxo, principalmente, na fronteira seca com o Brasil (ELIZONDO et al., 2020a)

Em lugar de mais aperto para a contenção da pandemia, o Governo manteve o caráter mais facultativo para o cumprimento das medidas. Era esperado mais rigidez nas medidas do distanciamento social e instituição de quarentena nacional ou em zonas de maior risco.

Entretanto, a flexibilização das medidas e a manutenção da abertura de fronteiras com o Brasil, país que já registava elevadas taxas na região e no mundo, prejudicou o desempenho do país, principalmente, na entrada de 2021.

**Figura 4.** Relação das medidas rígidas implementadas e a evolução do registro de caso



Fonte: OUR WORLD IN DATA (2021) (disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/uruguay>)

Entre as evidências, possíveis, para a explicar prováveis fatores da virada do cenário no Uruguai , levanta-se, também, o questionamento sobre a chegada tardia de vacinas e início tardio da campanha de imunização, como parte do fracasso da resposta do Governo, durante o segundo ano da pandemia (TAYLOR, 2021). E, há outra linha de críticos que questionam o excesso de confiança da população às autoridades, mesmo quando já não baseavam as medidas nas recomendações do GACH, ao persistir em estratégias de mitigação (BUQUET, 2021) ao invés de medidas para a contenção, ao privilegiar a reabertura econômica (NISHIOKA, 2021).

**Quadro 5.** Síntese de possíveis fatores do fracasso na evolução da pandemia em 2021

<b>Fatores do insucesso na “segunda pandemia” no Uruguai</b>	
<b>Indicador/dimensão</b>	<b>Descrição</b>
<b>Papel do Governo</b>	Persistência em medidas de mitigação em lugar de contenção.  Desligamento da assessoria científica do GACH.
<b>População</b>	Excesso de confiança às autoridades, com negligência às medidas como o distanciamento social.
<b>Contexto epidemiológico (AL)</b>	Surgimento e circulação de novas variantes com ênfase à Gama (P.1, brasileira de Manaus do Amazonas).
<b>Vacina</b>	Início tardio da campanha de vacinação.  Excessivo otimismo da população na vacina, desvalorizando a importância das demais medidas não farmacológicas.

Fonte: elaboração própria do autor, a partir de: (BURIAN; NILSON, 2021; OUR WORLD IN DATA, 2021; TAYLOR, 2021).

#### **4.3.3. Relação entre recursos antes e depois das medidas adotadas**

Um ano depois, até 28 de março de 2021, havia disponíveis em todo país, 872 leitos UTI’s operacionais, e foram incorporados equipamentos, aumentando o número

para 946 leitos. Foram, também, instalados mais 71 respiradores agudos, em todo o país, como uma nova forma para atender as demandas de cuidados intermediários para pacientes da COVID-19, gerenciados pelas unidades de terapia intensiva de cada hospital e, no caso de hospitais sem tal unidade, ficaria para os intensivistas (MSP, 2021b).

Houve aumento de profissionais de saúde, afetos às UTI's em 50%, com um aumento de 321 leitos, 900 enfermeiras e 300 médicos treinados para trabalhar nessas unidades (MSP, 2021b). Apesar do estresse, pela maior pressão, o país atravessou esse período, sem colapso do sistema de saúde. Esse fato demonstra uma conformidade da preparação do sistema de saúde do Uruguai, ao conjunto de dezesseis (16) recomendações para o fortalecimento para o enfrentamento da pandemia (OPAS, 2020).

Para a atenção de casos e de óbitos por COVID-19, foram atualizadas em março de 2021, as recomendações sobre o manejo de cadáveres suspeitos ou confirmados por COVID-19, objetivando atualizar as diretrizes sobre a gestão de corpos mortos em instituições e lares no contexto da pandemia da COVID-19 (MSP, 2021c).

#### **4.3.4. Vacinação**

Para a criação de um plano nacional de vacinação contra a COVID-19, antecederam-se buscas de mais informações sobre as vacinas já disponíveis para uso em humanos (BURIAN; NILSON, 2021). Em outubro de 2020, o país começou se preparando, em investimento estimado em US\$ 25 milhões (OECD, 2020) para a aquisição de 1,5 milhões de doses das vacinas. Assim, Uruguai aderiu mecanismo COVAX da OPAS/OMS, para compras e distribuição das vacinas na população (URUGUAY, 2021).

A preparação compreendia, entre os aspectos, a definição de critérios para grupos prioritários, a serem contemplados, na primeira fase da campanha. O Programa Nacional de Vacinação do MSP ficou o principal responsável por garantir o acesso universal e gratuito à vacina, em populações priorizadas, a partir de experiências anteriores das demais vacinas incluídas no Esquema Nacional.

Ao mesmo tempo, estavam sendo feitos trabalhos na logística de armazenamento, distribuição e administração da vacina, até finais de fevereiro de 2021. A definição dos grupos alvo da primeira etapa da vacinação foi avaliada pelo grupo consultivo, de acordo com a realidade epidemiológica nacional e as recomendações internacionais. Ficou

definido que, a adesão à vacinação seria de caráter voluntário, respeitando-se os princípios da autonomia, mas com apelos a responsabilidade social e solidariedade (URUGUAI, 2020b).

Entretanto, Uruguai iniciou, tardiamente, com a campanha de imunização de sua população (1º de março de 2021) entre os países da região. Porém, notabilizou-se em poucos dias, como sendo uma das mais organizadas e bem-sucedidas, entre as experiências. Cabe mencionar que, até 17 de março de 2021, o MSP informou dos progressos satisfatórios no plano de vacinação que visava imunizar um máximo de 2.836.000 pessoas (população total acima de 18 anos de idade) (MSP, 2021f).

Dessa forma, a 25 de maio de 2021, já tinham sido alcançados 45,8% da população com pelo menos uma dose, e 28% com as duas doses (MSP, 2021d), e a 30 de junho de 2021, 63,8% da população com pelo menos uma dose e 46,7% com as duas doses (MSP, 2021a). Já em 28 de julho, autoriza-se, a administração da terceira dose, inicialmente, para pessoas de maior risco (MSP, 2021e). Entre os fatores associadas ao sucesso da campanha, destacam-se o planejamento robusto e a maior adesão da população a campanha de vacinação.

Um aspecto a destacar no plano de imunização em Uruguai, foi a maior aposta numa estratégia de comunicação e mobilização das pessoas para facilitar o acesso às listas e encaminhamento para o agendamento e localização dos postos de vacinação. As pessoas eram comunicadas, pontualmente, mediante as Tecnologias de Informação e Comunicação das alterações seja dos postos ou do imunizante de uma fase para outra (URUGUAI, 2021). As recomendações da OPAS/OMS aos países, incluem, a digitalização dos sistemas de saúde (OPAS, 2020). Nesse critério, Burian; Nilson, (2021), fazem a referência do Uruguai, como uma das melhores experiências, entre os países da região. E no entender desses autores, esse fato, desempenhou um papel relevante, durante a pandemia.

De toda a forma, cabe chamar, aqui, a atenção, para o fato de que a imunização em si, enquanto uma das intervenções, não traz resultados definitivos. Sua efetividade depende em parte do restante dos elementos do plano de enfrentamento. Dessa forma, é que se verificou uma persistência da primeira onda (dezembro de 2020 até julho de 2021). Autores apontam para uma situação de relaxamento da população (NISHIOKA, 2021)

em relação a observância das demais medidas, com expectativa de que a vacina assegure toda a proteção (TAYLOR, 2021).

#### 4.4. EVOLUÇÃO DA PANDEMIA NO URUGUAI

A evolução da pandemia da COVID-19, dentro do período analisado neste estudo, pode ser descrita em dois principais momentos: i) Uruguai como umas experiências bem sucedidas no controle da propagação da pandemia (internacionalmente) durante o ano de 2020, (BURIAN; NILSON, 2021), com os cumulativos de 19.100 casos de COVID-19 e 180 mortes, na data 31 de dezembro (NISHIOKA, 2021); ii) Uruguai perdendo o controle da situação, a partir de dezembro de 2020, que seguiu até junho de 2021, chegando a liderar o índice mundial de óbitos por milhão de habitantes por COVID-19, a 13 de maio de 2021 (14,23 óbitos por milhão) (CONTEÚDO, 2021; OMS, 2021).

Com esses cenários, no entender de Luis Satdjian (secretário do Ministério da Saúde), o país experienciou “duas pandemias”: i) uma (que não chegou ao nível de uma onda, dado às baixíssimas taxas) bem controlada, até novembro de 2020, e ii) uma (início de uma notória primeira onda) que dá os primeiros sinais desde dezembro de 2020 e até, praticamente, o decurso do primeiro semestre de 2021, com picos em abril/maio de 2021 (CONTEÚDO, 2021).

Na segunda fase da pandemia, com predominância da variante brasileira de Manaus, o país conheceu um súbito aumento no número de casos e óbitos. Aponta-se, também, entre prováveis fatores um desalinhamento, nesse momento, 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 ano (BUQUET, 2021). Houve, entre poucas vezes, a relutância do Presidente da República frente às recomendações da comissão científica para um aperto nas medidas, em decorrência da abrupta mudança no quadro epidemiológico. Mas, viu-se manutenção de medidas de cumprimento voluntário, em nome da liberdade individual e pela recuperação econômica, principalmente, no setor de turismo.

A 17/12/2020, foram feitos 8695 testes, com 547 novos casos, dos quais 357 na capital, Montevideo. Assim, o país totalizava 537.278 testes feitos, 11.436 casos positivos, com 7406 recuperados (URUGUAY, 2020). Havia, igualmente, o registo de três novos óbitos, 3925 casos ativos, dos quais 44 em cuidados intensivos (URUGUAY,

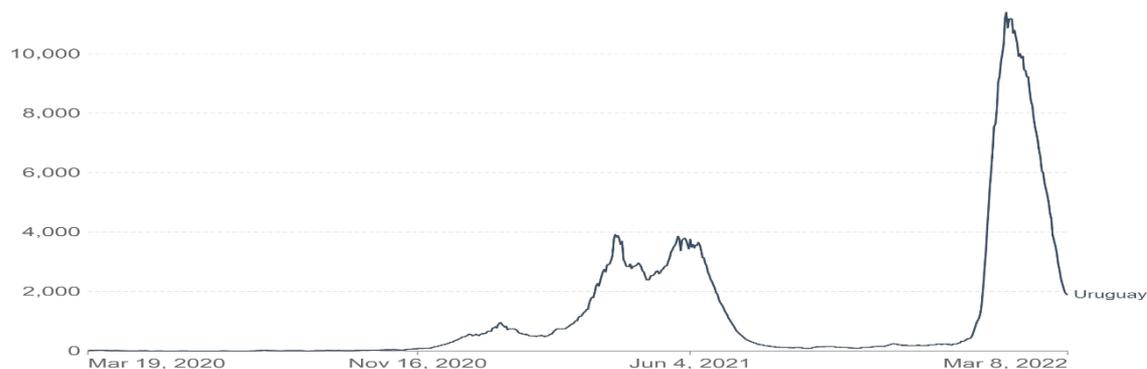
2020). Entre os profissionais de saúde, o registo era de 887 casos positivos, com 658 recuperados, 226 ativos e 3 óbitos (URUGUAY, 2020).

Em 20/12/2020, nos dados do Sistema Nacional de Emergências (SINAE), havia

**Figura 5. Relação da evolução diária de caos e óbitos**

#### Daily new confirmed COVID-19 cases

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

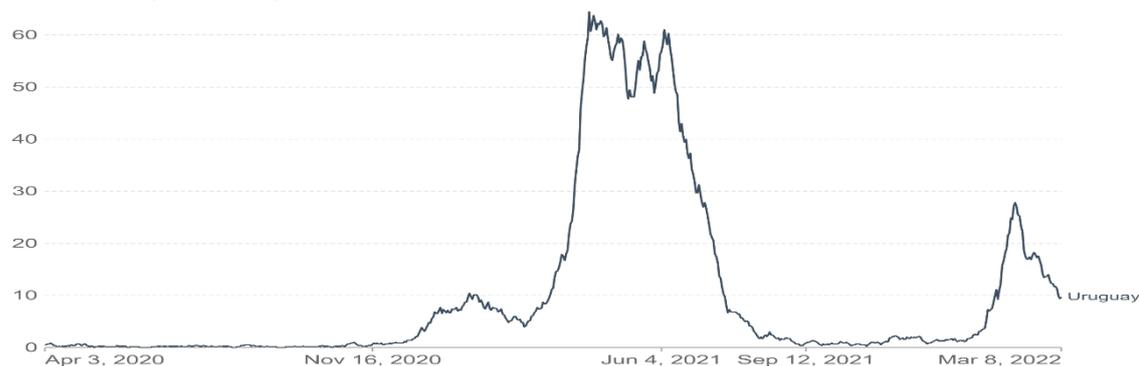


Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

#### Daily new confirmed COVID-19 deaths

For some countries the number of confirmed deaths is much lower than the true number of deaths. This is because of limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

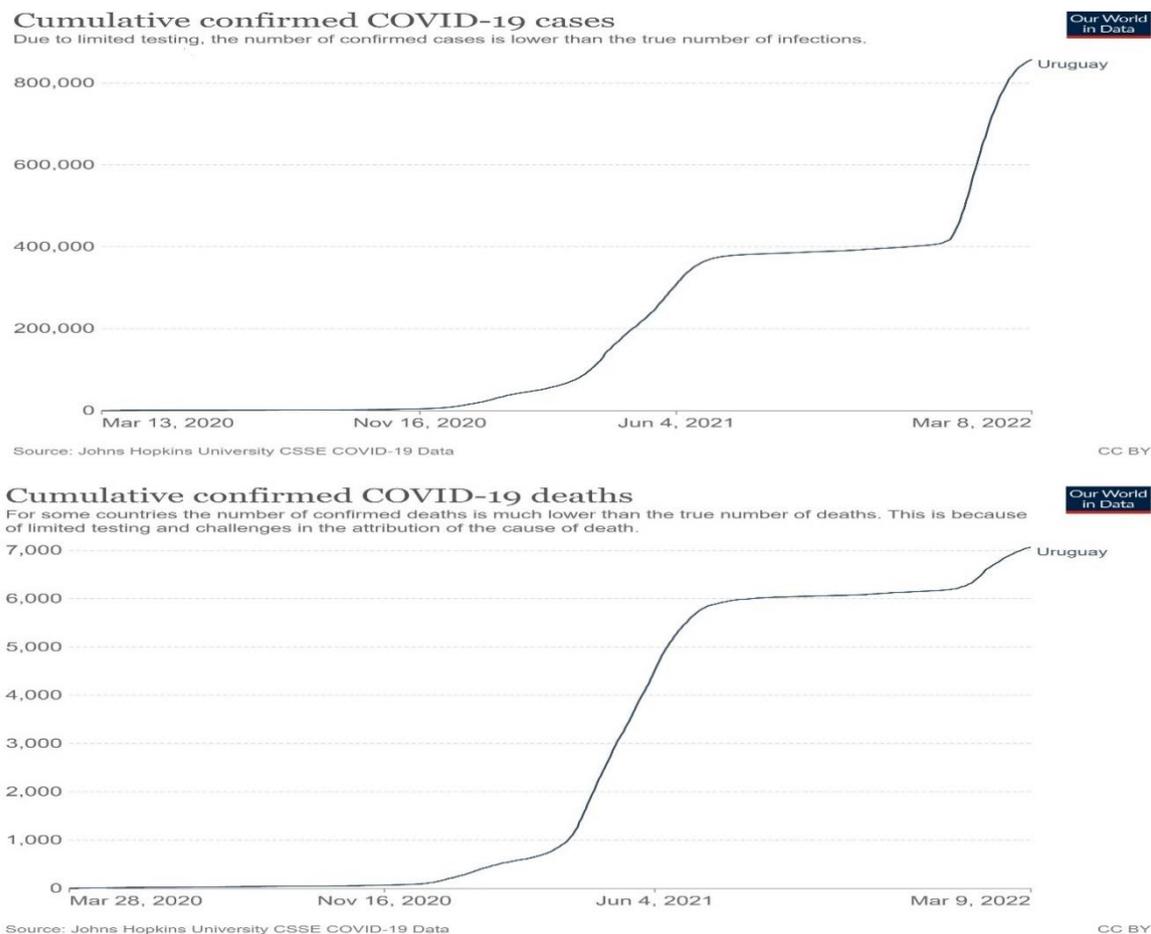
Fonte: OUR WORLD IN DATA (2021) (disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/uruguay>)

o cumulativo de 13.048 casos confirmados (OUR WORLD IN DATA, 2021), 497 casos novos, 4.602 infecções ativas, 8.327 recuperados, 119 óbitos, 55 em cuidados intensivos, e entre profissionais de saúde, um total de 953, 733 recuperados casos e 271 ativos, e 3 óbitos (SINAE, 2021).

Em relação a atenção dos casos, até finais de novembro de 2020, apenas 2.226 casos necessitaram de internamentos hospitalares, 576 de cuidados intensivos em UTI's.

Esses dados permitem assinalar-se que, Uruguai, como das poucas exceções, conteve a pandemia, durante um ano sem o colapso no seu sistema de saúde (BURIAN; NILSON, 2021).

**Figura 6.** *Evolução de casos confirmados e óbitos cumulativos*



Fonte: OUR WORLD IN DATA (2021) (disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/uruguay>)

**Quadro 6.** Comparativo do grau de adequação entre os indicadores nas duas fases da pandemia no Uruguai.

<b>1º caso confirmado</b>		13 de março/2020			
<b>1º óbito</b>		28 de março de 2020			
<b>Primeira fase</b> (janeiro e novembro/2020)		<b>Grau de adequação</b>			<b>Pontos atribuídos</b>
		<b>Inadequada 0-3,3</b>	<b>Parcialmente adequada 3,3- 6,6</b>	<b>Adequada 6,6-10</b>	
<b>Indicador/dimensão</b>	<b>Evidência</b>				
Coordenação	Presidente da República coordenador-chefe. Decisões aprovadas no parlamento. Comissão científica é consultada (URUGUAI, 2020b).			9,5	9,5
Estratégia principal	Contenção da propagação: vigilância de casos e contatos diretos; Medidas não farmacológicas; Testagem ampla e produção local de testes moleculares (ELIZONDO et al., 2020a; GONZALEZ-BUSTAMANTE, 2021).			9,0	9,0
Plano de preparação (Regulamento Sanitário Internacional)	Plano elaborado e implementado após o primeiro caso. Conformidade com o RIS da OMS de 2005 e o regulamento nacional para crises sanitárias.		5,5		5,5
Comunicação de risco	Clara, transparente e consensual. Baseado em evidencias científicas.			10	10

		Divulgação ampla de mensagens educativas e epidemiológicas (URUGUAI, 2020b; SILVA-AYÇAGUER; PONZO-GÓMEZ, 2021).				
	Distanciamento físico (Stringency Index- SI)	O mais alto de 72% entre 23 de março e 12 de abril de 2020 (OUR WORLD IN DATA, 2021).		6,0		6,0
	Tempestividade	Alinhamento com a evolução da situação epidemiológica e com base em pareceres da comissão científica (NISHIOKA, 2021).			8,5	8,5
	Grau de adesão às medidas	Maior adesão às medidas implementadas, bem como as de permanência ao domicílio (maior confiança da população em seus políticos e maior proteção social) (BURIAN; NILSON, 2021)			10	10
	Mobilidade da população	Manteve-se menor mobilidade, verificada para áreas de serviços essenciais, manutenção do fica em casa (BURIAN; NILSON, 2021)		6,6		6,6
	Política de testagem	Principalmente, para casos suspeitos/com sintomas sugestivos a COVID-19 ou contatos diretos com casos confirmados, com isolamento dos confirmados e quarentena de contatos diretos (URUGUAI, 2020a).			8,0	8,0
	Vigilância/ Rastreamento de casos e contatos	Medidas de controle nos pontos de entrada do país. Seguimento de casos em unidades de saúde ou por telefone e ou outros meios.			9,0	9,0

		Todos os contatos diretos identificados e rastreados para quarentena voluntária (MIR et al., 2021).				
	Mecanismos de avaliação de risco e de monitoramento para adoção de medidas de controle ou flexibilização	Mediante a situação epidemiológica nacional, por Departamento ou outra divisão local (NISHIOKA, 2021).			10	10
	Assistência à saúde	Assistência integral (público/privado). APS em pontos de entrada (serviços básicos/essenciais). Reestruturação na oferta de leitos UTI para readequar as necessidades COVID-19.			9,0	9,0
	Estruturas e agentes mobilizados excepcionalmente	Convocação de profissionais de saúde aposentados e habilitação estudantes finalistas de medicina, para serviços essenciais não COVID. Habilitação de internista e especialista em doenças infecciosas para casos COVID graves/severos.		5,5		5,5
	Efeitos na mortalidade	Maior taxa de letalidade 2020: 3,16% (18/07/2020) Óbitos por casos confirmados: 174 e 18.480 Excesso de mortalidade: 6% (dez/20). Maior registo óbitos/milhão: 1,8 (31/12/2020). (OUR WORLD IN DATA, 2021)			10	10

	Taxa de desemprego	Maior durante a pandemia 2020-2021: 10,6% 2017-201: 7,93% (BANCO MUNDIAL, 2021)		6,6		6,6
	Índice de Gini	2017-2019: 39,63 2020-2021: 27,95 (BANCO MUNDIAL, 2021)			8,0	8,0
	<b>SUB TOTAL (MÉDIA)</b>			6,04	9,28	
	<b>TOTAL (MÉDIA)</b>					<b>8,2</b>
<b>Segunda fase</b>  (janeiro e julho/2021)	Coordenação	Desalinhamento entre medidas do Governo e as recomendações da comissão científica.		5,0		5,0
	Estratégia principal	Mitigação e não na contenção da pandemia (BURIAN; NILSON, 2021).			7,0	7,0
	Plano de preparação (Regulamento Sanitário Internacional)	Manutenção do plano inicial, sem readequação a evolução da situação epidemiológica			7,0	7,0
	Comunicação de risco	Massificação do uso de TIC's e aplicativos de media social.			7,5	7,5
	Distanciamento físico (Stringency Index- SI)	Maior rigor implementado: 87,4 (20/03/2021).			8,0	8,0
	Tempestividade	Medidas desajustadas a situação epidemiológica.		3,3		3,3
	Grau de adesão às medidas	Maior, mas não efetivo, com relatos de manifestação de “cansaço pandêmico”.		3,3		3,3

Mobilidade da população	Aumento da mobilidade, com a flexibilização e reaberturas de varia atividades, com ênfase aos esportes e o turismo		4,0		4,0
Cobertura vacinal	Início tardio. Até 31/07/2021 – 64,3% com todas as doses prescritas pelo protótipo inicial de vacinação (BURIAN; NILSON, 2021)			9,0	9,0
Política de testagem	Testes de antígenos para SRA-CoV-2 em pacientes que apresentem sintomas compatíveis com a COVID-19, que estejam dentro dos primeiros cinco dias a partir da data de início dos sintomas (MSP, 2021b)			8,0	8,0
Vigilância/ Rastreamento de casos e contatos	Relaxamento nos pontos de entrada do país, com destaque à fronteira seca com o Brasil. Isolamento domiciliar de casos assintomáticos e contatos, monitorando, em sua maioria por teleconsulta ou SMS, e por algumas visitas de equipes de saúde (BURIAN; NILSON, 2021; TAYLOR, 2021).		5,0		5,0
Mecanismos de avaliação de risco e de monitoramento para adoção de medidas de controle ou flexibilização	Situação epidemiológica pouco considerada, com maior abertura a atividades laborais, ao turismo e a esportes coletivos de maiores aglomerações (BUQUET, 2021).		4,5		4,5

	Assistência à saúde	Habilitação de unidades COVID, para a rotina geral.			7,0	7,0
	Efeitos na mortalidade	Maior taxa de letalidade: 1,56% (31/07/2021). Óbitos cumulativos por casos confirmados: 5.959 e 381.364 Maior registo óbitos/milhão: 18,48 (15/04/2021) (OUR WORLD IN DATA, 2021)	3,0			3,0
	Taxa de desemprego	Maior durante a pandemia 2020-2021: 10,6% 2017-201: 7,93% (BANCO MUNDIAL, 2021)		6,6		6,6
	Índice de Gini	2017-2019: 39,63 2020-2021: 27,95 (BANCO MUNDIAL, 2021)			8,0	8,0
	SUB TOTAL (MÉDIA)		3,0	4,33	7,5	
	<b>TOTAL (MÉDIA)</b>					<b>6,01</b>

Fonte: elaboração própria do autor (adaptado de Vieira-da-Silva, Esperidião et al. Análise Comparada de Sistemas de Saúde. Relatório parcial da pesquisa. ISC/UFBa. Março de 2022).

**Quadro 7.**Comparativo de outros indicadores de interesse na variação entre as duas fases da pandemia

Indicador	Fases da pandemia	
	Primeira fase	Segunda fase
Maior média diária de novos casos	44,84 casos/milhão (30/11/2020)	1126,25/milhão por hab. (10/04/2021)
Maior média diária de novos óbitos	0,25 óbitos/milhão de hab. (31/12/2020) (OUR WORLD IN DATA, 2021)	17,79 óbitos/milhão de hab. (17/04/2021) (OUR WORLD IN DATA, 2021)
Taxa de letalidade	1,31% (30/11/2020) (OUR WORLD IN DATA, 2021)	1,57% (31/07/2021) (OUR WORLD IN DATA, 2021)
Taxa de positividade	3,38% (30/11/2020) (OUR WORLD IN DATA, 2021)	27,01% (10/04/2021) (OUR WORLD IN DATA, 2021)
Variante predominante	Original (ELIZONDO et al., 2020b)	Brasileira (Gama: P.1 e P.2) (PANZERA et al., 2021)
Incidência cumulativa	5857 casos confirmados (30/11/2020) (OUR WORLD IN DATA, 2021)	381.364 casos confirmados (30/07/2021) (OUR WORLD IN DATA, 2021)
Efeitos na mortalidade	Excesso de mortalidade: 6% (dez/20) Óbitos cumulativos 77 (30/11/2020) (OUR WORLD IN DATA, 2021)	Excesso de mortalidade: 3% (jul/21) Óbitos cumulativos: 5.953 (jul/21) (OUR WORLD IN DATA, 2021)

Fonte: elaboração própria do autor.

Por forma a objetivar a evolução da pandemia no Uruguai, apresenta-se de forma comparada os indicadores de análise de interesse para o enfrentamento da COVID-19. Os achados permitem afirmar-se que, verificou-se a evolução da pandemia no país, ao longo do período estudado, compreende duas etapas, totalmente, distintas. Para a primeira fase o grau de adequação teve a média global de 8,2 contra a média da segunda fase de 6,01. Objetivamente, a primeira fase mostrou-se de melhor adequação (6,6 -10) e a segunda fase em 6,01, situando na faixa de parcialmente adequado (3,3-6,6).

Estes resultados corroboram com os achados no estudo de Burian; Nilson, (2021), onde destaca-se a experiência do Uruguai como um modelo, excepcionalmente, exitoso durante o primeiro ano (2020) e um segundo ano (2021) de drásticas mudanças no cenário do país.

De igual modo, Taylor, (2021) em suas análises, caracterizou a segunda fase como de total descontrole no enfrentamento da pandemia, no Uruguai, como consequência do “exagerado” otimismo por parte do Governo pelos resultados alcançados durante o primeiro ano, com a manutenção medidas inadequadas a evolução da pandemia, sem considerar a situação epidemiológica.

Entretanto, o êxito do país, na primeira fase, é explicado em decorrência da articulação integrada na implementação das medidas, entre o Executivo, a saúde e a ciência. Cita-se, igualmente, a adequação do plano e enfrentamento da pandemia ao Regulamento Sanitário Internacional da OMS e de outras entidades multilaterais, como a OPAS (URUGUAI, 2020b). Destaca-se, também, a maior adesão da população às medidas implementadas, fato que na segunda fase foi bastante questionado, visto que a população manteve a fidelidade nas autoridades, numa altura que essas mantiveram medidas que não se articulavam com as recomendações do Comitê científico.

Reconhecendo-se que, não foi possível reunir dados sobre todos os indicadores propostos para a avaliação da adequação das medidas implementadas, como é no caso da experiência no enfrentamento de epidemias anteriores; percentagem de casos e contatos rastreados 24 horas após a notificação e atuação da sociedade civil, assume-se que, pesquisas futuras envolvendo as demais dimensões não abarcadas no presente estudo, poderão ser de relevância por forma a confirmar, refutar ou confrontar com os resultados, aqui, alcançados.

Entre os achados que analisam a segunda fase no Uruguai, não explicitam em profundidade, a elaboração de medidas compatíveis a virada da situação epidemiológica e nem sobre a efetividade das medidas associada aos desfechos. Entretanto, esses estudos apontam prováveis fatores (MIR et al., 2021; NISHIOKA, 2021), passíveis de serem testados através de estudos. Esse fato, constitui-se, no entendimento deste estudo, uma lacuna a ser preenchida, através de futuras pesquisas.

Ainda, nesse contexto de virada da evolução da pandemia, verificou-se a dissociação entre o Governo, as entidades científicas, impactada na não tomada de

medidas mais rigorosas, implementação de medidas desajustadas e ou tomada tardia das medidas em relação a evolução da pandemia. Cabe, aqui, referenciar o estudo de Ribeiro; Longaray (2021) que estudando a dinâmica espaço-temporal da disseminação da COVID-19 entre cidade localizada na fronteira Brasil e Uruguai, seus resultados apontam, também, as flexibilizações de medidas de controle bem como a influência da abertura da fronteira como potencial fator para o aumento de casos nos finais de 2020.

Cabe, ainda, pontuar aqui, em torno da análise das diferenças observadas entre as duas fases da pandemia no Uruguai, que evidenciam maiores registros em quase todos os indicadores na segunda fase, levanta, também, o desafio e como possível lacuna de pesquisa o aprofundamento, além das dimensões analisadas no presente trabalho, que apontam como principais fatores para o fracasso, falhas na coordenação entre os atores, introdução de novas variantes no país, e estágio de “cansaço pandêmico” a nível da população em relação as medidas de confinamento, na segunda fase da pandemia.

É, também, o entendimento, neste estudo que, novos conhecimentos sobre o vírus, melhorias nos investimentos e o aprimoramento das intervenções, sobretudo, no diagnóstico seja de casos quanto de óbitos, bem assim nos sistemas de coleta, tratamento e análise de informações em saúde durante a dinâmica da pandemia, podem, também, explicar o aumento abrupto, nos registros.

Tal fato pode ser melhor compreendido, tomando como ponto de partida casos de utilização e limites de indicadores como a taxa de letalidade, que comumente consiste na razão entre o número de óbitos e o de casos da doença. Porém, sabe-se que, na maioria das situações, como a da crise pela COVID-19, não é possível se obter o real número de casos. Na realidade, na maioria dos casos ou se subestimam ou superestimam os indicadores. Entretanto, com a evolução da pandemia, aprimoramentos dos serviços, estratégias e intervenções geram novos quadros entre os indicadores (OUR WORLD IN DATA, 2021).

Pode-se incluir, aqui, variações ambientais, adaptação dos indivíduos ao patógeno, como fatores a serem considerados, na análise e explicitação das mudanças observadas entre as duas fases, além das dimensões que foram o principal foco do presente estudo.

Por outro lado, a escassez de insumos médicos como testes moleculares (verificado no início da pandemia, em muitos países), assim como o desconhecimento,

que havia, em relação à maioria das características do vírus da COVID-19, devem também, merecer alguma atenção nos futuros estudos, como possíveis fatores de subestimação, subnotificação, no primeiro ano da pandemia, e conseqüentemente, baixíssimos registros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo apontam que, o Uruguai consta entre poucas experiências na América latina, assim como no mundo, consideradas como casos exitosos no enfrentamento da pandemia da COVID-19, durante o primeiro ano do período estudado, quando em muitos países, já se registravam várias ondas. O país destacou-se pela manutenção de medidas, em sua maioria, de cumprimento voluntário, estratégia denominada por “liberdade responsável e solidariedade”.

Esse fato é, reiteradamente, apontado na literatura, sendo, positivamente, associado a uma forte estrutura de proteção social pré-existente, e também àquela mobilizada de forma excepcional, como parte do Plano nacional de enfrentamento da pandemia, no país. Com baixos índices de desigualdades sociais, baixa informalidade laboral e uma elevada taxa de alfabetização da população.

A compreensão no presente estudo é de que, a “rápida reação” (no início da pandemia) na resposta, associada ao alto índice de democracia no país e o uso de evidências científicas na maioria das medidas adotadas pelo governo, determinaram, grandemente para uma maior adesão da população às medidas implementadas. Cabe incluir-se, também, a questão da estabilidade política, caracterizada por uma maior colaboração dos partidos da oposição quer seja na aprovação do Plano nacional de emergência, quer seja na elaboração e aprovação por unanimidade dos pacotes legislativos para a pandemia.

O cenário, aqui apresentado, marcado por um crescimento da maioria dos indicadores socioeconômicos e demográficos, permitiu, igualmente, que houvesse uma resposta caracterizada pela constituição de uma governança bem-sucedida, na articulação entre distintas organizações e agentes sobre a política pública e o enfrentamento da pandemia, envolvendo o governo, a ciência e a sociedade em geral.

Assim, pode se considerar a experiência do Uruguai como um modelo exitoso, ao longo do primeiro ano, para a maioria dos países da região, como no caso do Brasil com o qual partilha uma extensão de fronteira terrestre, e também, pelo fato do Brasil ter se destacado negativamente e, com repercussões internacionais, como uma experiência de insucesso, quase o tempo todo, no que concerne a coordenação das ações de enfrentamento e outras questões em relação a dificuldade de cumprimento de medidas e problemas relacionados às desigualdades sociais.

Ademais, cabe, sinalizar que, a existência por si só de um sistema universal de saúde (neste caso o SNIS) não é suficiente para explicar as variações encontradas no enfrentamento da pandemia de covid-19 no Uruguai. Notadamente há uma influência importante na contenção dos casos e no trabalho da vigilância em produzir e disponibilizar ampla testagem a população. O aumento das estruturas provisórias aponta para a necessidade de reforço da capacidade instalada, como verificado em outros países. A coordenação da resposta, na primeira fase, demonstra a importância da governança na gestão da crise reunindo distintos setores, em especial, entidades científicas em comitês assessores.

Não foram encontradas evidências sobre o enfrentamento de pandemias prévias, mas a existência de um Plano seguramente apontou para uma melhor preparação e resposta. Por outro lado, a introdução tardia da vacinação, o cansaço pandêmico e a introdução de variantes mais transmissíveis e agressivas (como a gama) levaram o país a um descontrole em 2021, experienciando um giro sem precedentes, de um caso totalmente exitoso a um desempenho insatisfatório e aumento expressivo da mortalidade (NISHIOKA, 2021). O Uruguai, neste contexto, traz uma dupla lição, como caso exitoso e como fracasso.

A pesquisa desenvolveu-se, a partir de uma fase em que, ainda, pouco se sabia, pouca produção científica disponível, e muitos desdobramentos desconhecidos, dado a dinâmica própria da pandemia. Dessa forma, é compreensão a partir do escopo deste trabalho, a necessidade de se desenvolver futuras pesquisas, aprofundando o cenário do país, como foi assinalado, pela dinâmica da evolução da pandemia. Também, é do entendimento neste estudo que, desenhos de estudos comparados e com alguma longitudinalidade no seguimento do caso, serão de suma importância, para uma visão mais clarificada das intervenções implementadas e seus efeitos na evolução da pandemia.

E, há, ainda que, de forma menos considerável questionamentos do sucesso do Uruguai em função do seu menor tamanho (BURIAN; NILSON, 2021) em extensão territorial e em população. Embora, não seja esse o principal foco do presente estudo, cabe ressaltar, a consideração desse indicador, para mais aprofundamentos.

Finalmente, pode-se apontar como limitações do presente estudo a escassa produção científica sobre o país, considerando o período estudado; a dificuldade no acesso e a dispersão de informação em distintas plataformas, além da discrepância de

valores encontrada em alguns indicadores de interesse. Sugere-se a realização de trabalhos futuros que permitam acompanhar a evolução da pandemia no país, sua dinâmica e efeitos, assim como a realização de estudos comparados que examinem as múltiplas dimensões da resposta à pandemia, como econômica, política, social e sanitária, a fim de extrair lições sobre as razões para o sucesso no seu controle, assim como aprender com seus erros, nesta como em novas crises.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, L. D. Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 2020.

ALEJANDRA, M. et al. Responses to COVID-19 in five Latin American countries. n. January, 2020.

ANAYA, J. G. et al. ARTÍCULO ORIGINAL COVID-19 EN LA TERAPIA INTENSIVA . ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA Resultados Materiales y métodos. v. 80, p. 25–30, 2020.

ANDRUS, J. K. et al. Perspectives on battling COVID-19 in countries of Latin America and the Caribbean. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 103, n. 2, p. 593–596, 2020.

ARAN, D.; LACA, H. Sistema de salud de Uruguay. **Salud Publica de Mexico**, v. 53, n. SUPPL. 2, p. 265–274, 2011a.

ARAN, D.; LACA, H. Sistema de salud de Uruguay. **Salud Publica de Mexico**, v. 53, n. SUPPL. 2, p. 265–274, 2011b.

ARAÚJO, P. P. A. Sistemas De Saúde Do Brasil , Estados Unidos E Sistemas De Saúde Do Brasil , Estados Unidos E. p. 29, 2014.

ARISTODEMOU, K.; BUCHHASS, L.; CLARINGBOULD, D. The COVID-19 crisis in the EU: the resilience of healthcare systems, government responses and their socio-economic effects. **Eurasian Economic Review**, v. 11, n. 2, p. 251–281, 2021.

BACELAR, G.; ARAUJO, F. Comparison Between the Brazilian Health System and the Portuguese Health System : p. 14–21, 2017.

BANCO MUNDIAL. **Índice de Gini - Uruguay**. Disponível em: <<https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=UY>>. Acesso em: 5 set. 2021.

BÁSCOLO, E.; HOUGHTON, N.; RIEGO, A. DEL. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1–9, 2018.

BEATRIZ MONTAGNOLLI. Visões sobre América Latina nos livros didáticos de

Geografia. v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2019.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MESSIAS, K. L. M. de. Sistemas de Serviços de Saúde: Principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Revista Saúde.com**, v. 1, n. 1, p. 79–89, 2005.

BOBBIO, N. A teoria das formas de governo. 1981.

BRAITHWAITE, J. et al. The 40 health systems, COVID-19 (40HS, C-19) study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 33, n. 1, 2021.

BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, F. C. A. P.; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. 1a. ed. [s.l: s.n.]

BUQUET, D. B. **Uruguay y la libertad responsable ante la pandemia**. Disponível em: <<https://latinoamerica21.com/es/uruguay-y-la-libertad-responsable-ante-la-pandemia/>>.

BURIAN, C. L.; NILSON, D. H. COVID-19, Políticas en Uruguay: del desempeño excepcional al escenario crítico. p. 1–44, 2021.

BURKY, T. COVID-19 in Latin America Several. **PubMed**, n. January, p. 547, 2020.

CABEZAS, J. M. The Politics of Coronavirus in Chile. p. 1–16, 2020.

CALVO, R. A.; DETERDING, S.; RYAN, R. M. Health surveillance during covid-19 pandemic. **The BMJ**, v. 369, n. April, p. 1–2, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1373>>.

CAPANO, G. et al. Mobilizing Policy (In)Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses. **Policy and Society**, v. 39, n. 3, p. 1–24, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1787628>>.

CARLI, F. R. COVID-19 and Labour Law : Uruguay. v. 13, n. 1, p. 1–4, 2020.

CEPAL, O. **Uruguai - Sistema político e eleitoral**. Disponível em: <<https://oig.cepal.org/pt/paises/22/system>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

CHASQUETTI, D. Uruguay 2007: El complejo año de las reformas. **Revista de Ciencia Política**, v. 28, n. 1, p. 385–403, 2008.

CONTEÚDO, E. **Uruguai tem o maior índice mundial de mortes por covid-19**.

Disponível em: <<https://exame.com/mundo/uruguai-tem-o-maior-indice-mundial-de-mortes-por-covid-19/>>.

DA SILVA, G. A. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Health surveillance: Proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. 11, p. 2463–2475, 2008.

DA SILVEIRA MOREIRA, R. COVID-19: Intensive care units, mechanical ventilators, and latent mortality profiles associated with case-fatality in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 5, p. 1–12, 2020.

DE ROSA, M. et al. Las políticas económicas y sociales frente a la expansión de la pandemia de COVID-19: aportes para el debate. **Colibri.Udelar.Edu.Uy**, n. 1999, 2020. Disponível em: <<https://www.bls.gov/news.release/flex2.t01.htm>>.

EL Bcheraoui, C. et al. Assessing COVID-19 through the lens of health systems' preparedness: time for a change. **Globalization and Health**, v. 16, n. 1, 2020.

ELIZONDO, V. et al. SARS-CoV-2 Genomic Characterization and Clinical Manifestation of the COVID-19 Outbreak in Uruguay. **Emerging Microbes & Infections**, v. 10, n. 1, p. 51–65, 2020a.

ELIZONDO, V. et al. SARS-CoV-2 Genomic Characterization and Clinical Manifestation of the COVID-19 Outbreak in Uruguay. **medRxiv**, 11 out. 2020b.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do welfare state**, 1991. .

FILHO, N. de A.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. [s.l.: s.n.]

GALLO, R. F. Palavras-chave: governo; constituição; Heródoto; Histórias . p. 79–93, 2013.

GARCIA, P. J. et al. COVID-19 Response in Latin America. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, p. 1–9, 2020.

GIOVANELLA, L. et al. ¿ Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica ? **Trab. Educ. Saúde | e-ISSN: 1981-7746 | <http://www.tes.epsjv.fiocruz.br>**, 2020.

GOMEZ-CAMPONOVO, M.; ACHKAR, M. Environmental health compromised by a

new epidemic . The case. v. 52, n. 3, 2020.

GONZALEZ-BUSTAMANTE, B. Evolution and early government responses to COVID-19 in South America. **WORLD DEVELOPMENT**, v. 137, jan. 2021.

GONZÁLEZ-BUSTAMANTE, B. Evolution and early government responses to COVID-19 in South America. **World Development**, v. 137, p. 105180, 2021.

Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305750X20303077>>.

GONZÁLEZ, C.; TRIUNFO, P. Horizontal inequity in the use and access to health care in Uruguay. **International Journal for Equity in Health**, v. 19, n. 1, p. 1–13, 2020.

GUILHERMINO, A. F. D. O. SISTEMAS DE SAÚDE: caraterização do sistema de saúde uruguaio. p. 6, 2021.

INE. Ingreso 2019 ,. p. 2020, 2020a.

INE, U. **Instituto Nacional de Estaistica do Uruguay**. Disponível em:

<<https://www.ine.gub.uy/>>. Acesso em: 20 abr. 2020b.

LAMBARRI, M. C. Conceptos para una buena toma de decisiones en la pandemia COVID-19 en Chile. **Rev Chilena Infectol 2020; 37 (2): 170-17**, v. 19, n. 3, p. 3, jul. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182020000200170>>.

LANZILOTTA, B.; MERLO, G.; MORDECKI, G. Coronavirus en Uruguay : medidas económicas a la talla y el aplanamiento Contexto global Las medidas implementadas en las economías desarrolladas. 2020.

LAURIOLA, P. et al. On the importance of primary and community healthcare in relation to global health and environmental threats: Lessons from the COVID-19 crisis. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 3, 2021.

LEE, C. C. M. et al. Battling COVID-19: Critical care and peri-operative healthcare resource management strategies in a tertiary academic medical centre in Singapore.

**Anaesthesia**, v. 2019, 2020. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32267963>>.

LITEWKA, S. G.; HEITMAN, E. Latin American healthcare systems in times of pandemic. **Developing World Bioethics**, v. 20, n. 2, p. 69–73, 2020.

LUZURIAGA, M. J. Los procesos de privatización de los servicios de salud en cuatro países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Semejanzas y singularidades en los recorridos y los resultados. **Universidade Federal do Rio de Janeiro**, p. 467, 2016.

LUZURIAGA, M. J.; BAHIA, L. Aportes de los estudios comparativos para la comprensión de las políticas y sistemas de salud en países de América Latina. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 55–62, 2016.

MALAY, D. S. COVID-19, Pandemic, and Social Distancing. **Journal of Foot and Ankle Surgery**, v. 59, n. 3, p. 447–448, 2020.

MARMOR, T.; WENDT, C. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. **Health Policy**, v. 107, n. 1, p. 11–20, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.003>>.

MILANESIO, M.; ESCUDERO, D.; CAEIRO, J. P. Covid-19 disease. Report of the first confirmed case in Córdoba (Argentina) and literatura review. **Revista de la Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina)**, v. 77, n. 2, p. 110–112, 2020.

MINISTERÍO DE SAÚDE PÚBLICA DO URUGUAY. **El sistema de salud del Uruguay ante situaciones de emergencia**. [s.l.] Ministério da Saúde Pública, 2011.

MIR, D. et al. Recurrent Dissemination of SARS-CoV-2 Through the Uruguayan–Brazilian Border. **Frontiers in Microbiology**, v. 12, 2021.

MITJAVILA, M.; FERNANDEZ, J.; MOREIRA, C. Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: redefinición del Welfare State? TT - Proposals for health reform and equity in Uruguay: a redefinition of the Welfare State? **Cad. saúde pública**, v. 18, n. 4, p. 1103–1120, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&amp%0Apid=S0102-311X2002000400015&amp%0AIng=pt&amp%0Anrm=iso&amp%0Atlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp%0Apid=S0102-311X2002000400015&amp%0AIng=pt&amp%0Anrm=iso&amp%0Atlng=es)>.

MORENO, P. et al. An effective COVID-19 response in South America: the Uruguayan Conundrum. p. 1–24, 2020.

MSP, M. da S. P. **INFORME: Estudo de efetividade da vacinação anti SARS-CoV-2 e Uruguai**. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>. Acesso em: 30 jun. 2021a.

MSP, M. da S. P. **COMUNICADO: capacidade instalada.** Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>. Acesso em: 20 dez. 2021b.

MSP, M. da S. P. **Recomendaciones para el manejo de cadáveres en casos sospechosos o confirmados de Covid-19 Versión 2 – marzo 2021.** Disponível em: <[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-03/MSP\\_MANEJO\\_CADAVERES\\_COVID\\_19.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-03/MSP_MANEJO_CADAVERES_COVID_19.pdf)>.

MSP, M. da S. P. **INFORME: Estudio de efectividad da vacina anti SARS-CoV-2.** Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>. Acesso em: 25 maio. 2021d.

MSP, M. da S. P. **COMUNICADO: Terceira dose de vacinação.** Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>. Acesso em: 28 jul. 2021e.

MSP, M. de S. P. **Ordem Ministerial nr. 751 de 23 de julho de 2020: obrigatoriedade de testagem para o vírus SARS-CoV2 pela técnica PCR-RT em pessoas provenientes da cidade de Nueva Palmira.** Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>. Acesso em: 20 dez. 2020a.

MSP, M. de S. P. **Ordem nr. 282, de 01 de abril de 2020: Flexibilização de procedimentos de fabricação e importação de insumos médico-hospitalares.** Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>.

MSP, M. de S. P. **COMUNICADO 13 de dezembro de 2020: redução do tempo de espera do diagnóstico.** Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>. Acesso em: 10 mar. 2021c.

MSP, M. de S. P. **Ordenanza nr. 230/2020 Comité de Expertos Científicos en Gestión de la Crisis.** Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>.

MSP, M. de S. P. **Ref. Nº 001-3-1656-2020: Comité técnico de expertos en al análisis de muertes por COVID-19.** Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>.

MSP, M. de S. P. **Comunicado: atualização do avanços da vacinação.** Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>. Acesso em: 17 mar. 2021f.

NASCIMENTO MUCHALAK, G. et al. Socialismo ou capitalismo. **Idéias**, v. 10, p.

e019005, 2019.

NISHIOKA, S. de A. O controle da pandemia de COVID-19 no Uruguai: sucesso inicial, tropeço no caminho, vacinação efetiva. **UNA-SUS em Números**, 2021. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/markdown/423>>.

NÓBREGA, T.; BARROS, L. D. A Judicialização do Direito a Saúde: a necessidade de parametrização a partir dos modelos de Brasil e Argentina. **Revista Brasileira de Pesquisas Jurídicas (Brazilian Journal of Law Research)**, v. 1, n. 3, p. 7–27, 2020.

NOGUEIRA, V. M. R. et al. POLÍTICAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DO MERCOSUL: um retorno à universalidade? **Revista Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 145, 2016.

NUNES, E. Principais sistemas de saúde no mundo - apresentação. 2010. Disponível em: <<http://auditsaude.com.br/Sistemas de Saúde no Mundo 2.pdf>>.

NYATANGA, B. COVID-19 pandemic: Changing the way we live and die. **British Journal of Community Nursing**, v. 25, n. 5, p. 254, 2020.

OCTAVIO, I. A questão nacional na América Latina. **Estudos Avançados**, 1987.

OECD. Covid-19 in Latin America and the Caribbean: An overview of government responses to the crisis. **Tackling coronavirus (Covid 19): contributing to a global effort**, n. November, p. 1–31, 2020.

OMS. Sistemas de Saúde em África. p. 97, 2012.

OMS, O. M. da S. **Uruguay Situation**.

OPAS. Saúde nas Américas, edição 2012: Volume Regional • ©. v. 2009, n. Figura 1, 2012.

OPAS. Fortalecer a resposta do sistema de saúde à COVID-19 Recomendações para a Região Europa da OMS Sumário de políticas, 1º de abril de 2020 TT - Strengthening the health system response to COVID-19 Recommendations for the WHO European Region Policy brief (1. p. 1–9, 2020. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52088>>.

OUR WORLD IN DATA. **Uruguay: Coronavirus Pandemic Country Profile**. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/coronavirus/country/uruguay>>.

PANZERA, Y. et al. Genome Sequences of SARS-CoV-2 P.1 (Variant of Concern) and P.2 (Variant of Interest) Identified in Uruguay. **Microbiology Resource Announcements**, v. 10, n. 21, p. e0041021, 27 maio 2021. Disponível em: <<https://journals.asm.org/doi/10.1128/MRA.00410-21>>.

PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <<https://hdr.undp.org/en/countries/profiles/URY>>. Acesso em: 8 mar. 2022.

REGINA, L. et al. Sistemas universais de saúde. v. 43, 2019.

RIBEIRO, D. L.; LONGARAY, A. A. Dinâmica espaço-temporal da disseminação da COVID-19 em cidade localizada na fronteira Brasil-Uruguaí. n. XI, p. 1–7, 2021.

ROCHA, R. et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 6, p. e782–e792, 2021.

ROSSI, T. R. A. et al. The response by South Korea to the COVID-19 pandemic: lessons learned and recommendations for policymakers. **Cadernos de Saude Publica**, v. 38, n. 1, p. 1–19, 2022.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. **Modern Epidemiology**. 3rd. ed. [s.l.: s.n.]

SCHÜTTE, S.; ACEVEDO, P. N. M.; FLAHAULT, A. Health systems around the world - a comparison of existing health system rankings. **Journal of Global Health**, v. 8, n. 1, 2018.

SHIELDS, L. B. E. et al. in a metropolitan community in Kentucky. p. 1–6, 2020.

SILVA-AYCAGUER, L. C.; PONZO-GOMEZ, J. A Year in the COVID-19 Epidemic: Cuba and Uruguay in the Latin American Context. **MEDICC REVIEW**, v. 23, n. 3–4, p. 65–73, 2021.

SILVA-AYÇAGUER, L. C.; PONZO-GÓMEZ, J. A Year in the COVID-19 Epidemic: Cuba and Uruguay in the Latin American Context. **Medic Review**, 2021.

SINAE, S. N. de E. **Informe de situación sobre coronavirus COVID- 19 en Uruguay**. Disponível em: <<https://www.gub.uy/>>.

SOLLAZZO, A.; BERTERRETICHE, R. The Integrated National Healthcare System in

Uruguay and the challenges for Primary Healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2829–2840, 2011.

TAYLOR, L. How Latin America is fighting covid-19, for better and worse. **The BMJ**, v. 370, 2020.

TAYLOR, L. Why Uruguay lost control of COVID. **Nature**, v. 595, n. 7865, p. 21, 2021.

URUGUAI, D. G. da S. de. **COMUNICADO: Indicações para testagem, isolamento e quarentena**. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>. Acesso em: 20 mar. 2020a.

URUGUAI, G. de. **Decreto nr. 93/2020: DECLARACION DE ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL SANITARIA COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA ORIGINADA POR EL VIRUS COVID-19 (CORONAVIRUS)**.

URUGUAI, M. de S. P. do. **Comunicado: agendamento da segunda dose**. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>. Acesso em: 16 abr. 2021.

URUGUAI, P. L. Constitución de la República Oriental. 2018.

URUGUAY, M. de S. P. de. Informe de situación Plan nacional Coronavirus Montevideo , 17 de diciembre de 2020. p. 2020, 2020.

URUGUAY, M. de S. P. de. **Agenda para coordenação da vacinação**. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>>.

VAITSMAN, J. **Sistemas Híbridos de Saúde: Uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade**. Rio de Janeiro: Cebes, 2019.

WANG, M. M.; FLESSA, S. Overcoming COVID-19 in China despite shortcomings of the public health system: what can we learn? **Health Economics Review**, v. 11, n. 1, 2021.

WHITTEMORE, R.; KNAF, K. The integrative review: updated methodology. **METHODOLOGICAL ISSUES IN NURSING RESEARCH**, v. 9, n. 1 SUPPL, p. 11–21, 2005.

WONG, R. L. M. et al. COVID-19 Pandemic: Ways Forward. **Asia-Pacific journal of ophthalmology (Philadelphia, Pa.)**, v. 9, n. 2, p. 59–60, 2020.

## APÊNDICES

**APÊNDICE I.** Estratégia de busca de literatura científica

<b>BASE</b>	<b>DESCRITORES</b>	<b>Nº de artigos encontrados</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Total pós retirada de duplicatas*</b>	<b>Total pós inclusão/exclusão</b>
<b>Pubmed PMC</b>	Uruguay AND COVID-19 AND “health system”				
	Uruguay AND COVID-19 AND surveillance				
	Uruguay AND COVID-19 AND “national response”				
	Uruguay AND COVID-19 AND “welfare state”				
<b>Web of Science</b>	Uruguay AND COVID-19 AND “health system”				
	Uruguay AND COVID-19 AND surveillance				
	Uruguay AND COVID-19 AND “national response”				
	Uruguay AND COVID-19 AND “welfare state”				
<b>Science Direct</b>	Uruguay AND COVID-19 AND “health system”				
	Uruguay AND COVID-19 AND surveillance				
	Uruguay AND COVID-19 AND “national response”				

<b>BASE</b>	<b>DESCRITORES</b>	<b>Nº de artigos encontrados</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Total pós retirada de duplicatas*</b>	<b>Total pós inclusão/exclusão</b>
	Uruguay AND COVID-19 AND “welfare state”				
<b>Scopus</b>	Uruguay AND COVID-19 AND “health system”				
	Uruguay AND COVID-19 AND surveillance				
	Uruguay AND COVID-19 AND “national response”				
	Uruguay AND COVID-19 AND “welfare state”				
<b>TOTAL</b>					

Fonte: elaboração própria do autor (adaptado de Vieira-da-Silva, Esperidião et al. Análise Comparada de Sistemas de Saúde. Relatório parcial da pesquisa. ISC/UFBa. Março de 2022).

**APÊNDICE II.** Matriz de extração de dados dos artigos

<b>Item</b>	<b>Autor(es) / data de publicação</b>	<b>Título</b>	<b>Periódic o</b>	<b>Tipo</b>	<b>Objetiv o</b>	<b>Medidas implementada s - Vigilância</b>	<b>Medidas implementada s – sistema de saúde</b>	<b>Estratégias de comunicação</b>	<b>Coordenaçã o e direção da resposta</b>	<b>Medidas de proteção social</b>	<b>evolução da epidemia</b>

Fonte: elaboração própria do autor (adaptado de Vieira-da-Silva, Esperidião et al. Análise Comparada de Sistemas de Saúde. Relatório parcial da pesquisa. ISC/UFBa. Março de 2022)

**APENDICE III.****Quadro 8.** Apresentação dos estudos identificados na literatura científica.

Artigo	Justificativa para inclusão/ resumo
<b>Revisão integrativa</b>	
(SILVA-AYCAGUER; PONZO-GOMEZ, 2021): A Year in the COVID-19 Epidemic: Cuba and Uruguay in the Latin American Context. MEDIC Review	Examina a situação epidemiológica dos países da América latina, até março de 2021. Destaca Uruguai e Cuba como as melhores respostas entre os países da região, associando entre outros fatores o desempenho/caraterísticas dos seus sistemas de saúde, bem assim as caraterísticas sociodemográficas.
(PANZERA et al., 2021): Genome Sequences of SARS-CoV-2 P.1 (Variant of Concern) and P.2 (Variant of Interest) Identified in Uruguay American Society for Microbiology	Aponta (desde março de 2021) um aumento de número de casos no país, com forte associação com a chegada das variantes brasileiras P.1 e P.2
(MIR et al., 2021): Recurrent Dissemination of SARS-CoV-2 Through the Uruguayan–Brazilian Border	A rápida implementação de medidas não-farmacológicas – evitou a evolução exponencial da pandemia, em Uruguai. Entretanto, a flexibilização das medidas e a manutenção da abertura de fronteiras com o Brasil, país que já registava elevadas taxas na região e no mundo, prejudicou o desempenho do país, principalmente, na entrada de 2021
(ELIZONDO et al., 2020b): SARS-CoV-2 genomic characterization and clinical manifestation of the COVID-19 outbreak in Uruguay. Emerging Microbes & Infections 2020, VOL. 10. <a href="https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1863747">https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1863747</a>	Objetivou identificar os diferentes eventos de introdução do SARS-CoV-2 em Uruguai, localizado em uma região geográfica da pandemia que tem sido pouco estudada até agora. A implementação do sequenciamento do genoma viral (vigilância genômica) para complementar outras medidas epidemiológicas, permitindo uma maior detecção de casos e rastreamento de contatos, assim como a detecção de novas variantes do vírus.
(GONZÁLEZ-BUSTAMANTE, 2021): Evolution and early government responses to COVID-19 in South America  World Development journal homepage: <a href="http://www.elsevier.com/locate/worlddev">www.elsevier.com/locate/worlddev</a>	Analisa a evolução da COVID-19 e as primeiras respostas do governo à pandemia em oito países sul-americanos, destacando o Uruguai, também.
(GIOVANELLA et al., 2020): A atenção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América Latina?  Trab. Educ. Saúde   e-ISSN: 1981-7746   <a href="http://www.tes.epsjv.fiocruz.br">http://www.tes.epsjv.fiocruz.br</a>	Tem por objetivo analisar as estratégias implementadas pelos países da América latina para enfrentar a pandemia da COVID-19 e o papel da APS, ponderando obstáculos e potencialidades. A pandemia mostrou a necessidade de repensar os sistemas de atenção à saúde e a importância da atenção primária à saúde integral e integrada.

	Em Uruguai, igual em diversos países, a APS não foi considerada como estratégia principal, no início da pandemia. Um mês depois, o país começou a reorganizar a integração da APS nas estratégias de enfrentamento da pandemia.
(BURIAN; NILSON, 2021): COVID-19, POLÍTICAS Y POLÍTICA EN URUGUAY: DEL DESEMPEÑO EXCEPCIONAL AL ESCENARIO CRÍTICO  In: ANÁLISIS CAROLINA	Descreve as características do governo e a situação política do país, no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Uruguai demonstrou um melhor desempenho no enfrentamento da pandemia, durante 2020. Entre vários fatores favorecedores destaca-se as condições socioeconômicas e sociodemográficas, bem assim as características do sistema de saúde.
(TAYLOR, 2021): WHY URUGUAY LOST CONTROL OF COVID	Descreve o cenário da “segunda pandemia” do Uruguai, com a perda de controle da situação durante os primeiros meses de 2021.
<b>Busca secundária (manual)</b>	
(NISHIOKA, 2021): O controle da pandemia de COVID-19 no Uruguai: sucesso inicial, tropeço no caminho, vacinação efetiva	Uma característica importante da resposta uruguaia foi o reconhecimento precoce da importância da testagem e rastreamento de contatos, e do isolamento das pessoas infectadas, mas também da constatação de que o país não tinha como confiar em adquirir testes de outros países. Houve uma “Integração quase perfeita entre saúde, ciência, governo e sociedade”
(BUQUET, 2021): Uruguay y la libertad responsable ante la pandemia	Analisa e questiona a aplicabilidade e limites da estratégia da liberdade responsável, para adesão as medidas implementadas
(LANZILOTTA; MERLO; MORDECKI, 2020): Coronavirus no Uruguai: medidas econômicas sobre tamanho e achatamento coordenado de curvas	Apresenta o conjunto de medidas de compensação econômica a população em geral e a suavização do impacto econômico sobre as micro, pequenas e médias empresas.
(DE ROSA et al., 2020): Las políticas económicas y sociales frente a la expansión de la pandemia de COVID-19: aportes para el debate.	Faz a síntese dos principais desafios econômicos e sociais, nas políticas de enfrentamento da pandemia. Discute, também, um conjunto de ações prioritárias destinadas, principalmente, aos grupos socioeconômicos mais vulneráveis.

Fonte: elaboração própria do autor

**APÊNDICE IV.**

**Quadro 9.** Documentos selecionados para análise sobre o enfrentamento da pandemia nos países.

<b>Item</b>	<b>Documento e data</b>	<b>Conteúdo</b>
01	19 de março de 2020 Ordem nr. 230/2020 Resolução do MSP	Criação do comitê de Expertises Científicos para a gestão da crise.
02	23/03/2020 Decreto Nacional de Emergência (Decreto nr. 93/020)	Principal documento para medidas de enfrentamento da pandemia no país. Princípios: agir de forma consensual, transparente e responsável. Definição dos principais conceitos: contato direto, zonas de alto risco e permanecer em isolamento,
03	Ref. Nº 001-3-1656-2020	Criação de comissão de Expertises para análise das mortes por COVID-19.
04	1º de abril de 2020	Inclusão de teste PCR-RT, nos serviços do MSP.
05	1º de abril de 2020 Ordem nr. 282/2020	Flexibilização dos procedimentos para fabricação, importação e comercialização de insumos médicos, durante a pandemia
06	17 de abril de 2020 Ordem nr. 318/2020	COVID-19 como doença ocupacional para profissionais de saúde.
07	06 de julho de 2020 Ordem nr. 649/2020	Atualização das condicionalidades para entrada no país.
07	23 de julho de 2020 Ordem nr. 751/2020	Testagem obrigatória para pessoas provenientes da cidade de Nueva Palmira, Departamento de Colônia.
08	07 de dezembro de 2020 Comunicado aos laboratórios	Atualização para indicação de testagem, isolamento e quarentena.
09	09 de dezembro de 2020 Ordem nr. 1591	Exortar os cidadãos dos Departamentos de Montevideo, Canelones e da cidade de Chuy a adiar a demanda por serviços médicos não essenciais ou urgentes
10	13 de dezembro de 2020 Comunicado	Diminuição do tempo de espera do diagnóstico COVID-19 para o máximo de 48 horas
11	07 de janeiro de 2021 Ordem nr. 76	Testes de antígenos SARS-CoV-2 para pessoas com sintomas sugestivos a COVID-19.
12	08 de janeiro de 2021 Resolução do MSP	Autorização de consulta telefônica ou telemedicina.
13	11 de janeiro de 2021 Comunicado: regresso das férias	Definição de critérios para reintegração após o regresso das férias.
14	22 de janeiro de 2021 Comunicado: NÃO recomendacao do uso da ivermectina	Recomenda-se fortemente o não uso da Ivermectina para a prevenção e/ou tratamento da doença da COVID-19 (falta de evidências científicas e maiores sintomas pelo uso indevido).
15	05 de fevereiro de 2021	Obrigatoriedade de realização do teste PCR-RT, para pessoas provenientes do Departamento de Tacuarembó, no prazo de 60 dias.
16	09 de abril de 2021	Apresentação de dados de casos positivos, testes realizados (cumulativos), óbitos com teste positivo para Sars-Cov2.

Item	Documento e data	Conteúdo
	Atualização de dados COVID-19	
17	28 de março de 2021 Comunicado: Cebtros de terapia intensiva	Incorporação de equipamentos para aumento de leitos UTI de 872 para 946. Aumento em 50% do pessoal das UTI's (900 enfermeiros e 300 médicos treinados)
18	09 de maio Conselho de Ministros/449	Atualização dos critérios para entrada no país.
19	29 de julho de 2021 Ordem nr. 874/2021	Priorização das primeiras consultas, para atendimento presencial.
<b>Imunização no país</b>		
20	Outubro de 2020	Adesão ao mecanismo COVAX (OPAS/OMS) para a compra de vacinas. Definição de grupos prioritários para primeira fase.
21	26 de fevereiro de 2021 Comunicado: vacinação	Agenda para coordenar a vacinação contra a COVID-19 das pessoas dos grupos prioritários.
22	17 de março de 2021 Comunicado: atualização dos avanços da imunização	Feitos progressos satisfatórios no plano de vacinação.
23	26 de março de 2021 Comunicado: datas e pontos de vacinação	Ajustes na alocação de alguns postos de vacinação a cada quatro semanas para equilibrar a utilização da infra-estrutura disponível.
24	16 de abril de 2021 Comunicado: agendamento da segunda dose.	Critérios para acesso a segunda dose.
25	25 de maio de 2021 Informe: Estudo de efetividade da vacina	45,8% da população com pelo menos uma dose e 28% com as duas doses.
26	08 de junho de 2021 Informe: estudo de efetividade da vacina	Até 1 de junho 51,8% da população com pelo menos uma dose e 29,2% com as duas doses.
27	29 de junho Comunicado: homologação de certificado de vacina emitido no exterior	O MSP define critérios para a validação de certificados emitidos no estrangeiro, e a reintegração no esquema nacional.
28	30 de junho de 2021 Informe: estudo de efetividade da vacina	Nessa data, 63,8% da população já vacinada, 46,7% com as duas doses do esquema definido.
29	28 de julho de 2021 Comunicado: Autorização da terceira dose	O MSP aprovou o fornecimento de uma terceira dose de vacina covid-19 a todas as pessoas que receberam a programação primária com a vacina Coronavac

Fonte: elaboração própria do autor.