



CAPACIDADES ESTATAIS: UMA ALTERNATIVA PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE BRASILEIRO E ESTADUNIDENSE FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19

Alexandre Batista Pinho Dantas¹

Anna Clara Ferreira de Araújo²

Joseane de Cássia Teófilo³

José Celson Cypriano Neto⁴

Larissa Kevinlyn Martins Marinho⁵

Sabrina Denielle Souza Medeiros⁶

Vanessa Brígida de Azevedo⁷

RESUMO

O principal desafio enfrentado pelos Estados nacionais e subnacionais da atualidade é a pandemia da Covid-19. Ao considerar que esse cenário tem colocado em teste as capacidades estatais nesses países, em diferentes dimensões, o presente artigo tem por objetivo analisar, em perspectiva comparada, como o Brasil e os Estados Unidos reagiram no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. De natureza descritiva e parcialmente exploratória, a investigação se vale da pesquisa bibliográfica, de dados secundários e da descrição histórica. Desse modo, a observação empírica reforçou a recomendação da literatura de que mesmo que um determinado Estado nacional ou subnacional tenha alta capacidade institucional, fiscal ou administrativa, não se deve tomar como verdade que estas serão adotadas de maneira eficiente. Além disso, as capacidades relacional e política podem impactar no desempenho dos sistemas de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Para mais, a observação empírica sugere a existência de uma relação direta entre a capacidade administrativa dos sistemas de saúde e os

¹ Mestre em Administração (UFF), alexandre.batista@id.uff.br

² Graduada em Gestão de Políticas Públicas (UFRN), annaclara502@gmail.com

³ Graduada em Gestão de Políticas Públicas (UFRN), josytheofilo@ufrn.edu.br

⁴ Graduando em Gestão de Políticas Públicas (UFRN), celsinhochina@ufrn.edu.br

⁵ Graduada em Gestão de Políticas Públicas (UFRN), larissamarinho123@gmail.com

⁶ Graduada em Gestão de Políticas Públicas (UFRN), sabrinadenielle@ufrn.edu.br

⁷ Graduada em Gestão de Políticas Públicas (UFRN), brigidaaz@gmail.com



resultados obtidos. Em outras palavras, quanto mais estrutura, recurso e acesso a esses sistemas - sobretudo para as pessoas com baixo poder aquisitivo -, maior será a ação efetiva dos Estados nacionais e subnacionais no combate dessa pandemia que ainda está em curso.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde; Estados Unidos; Brasil; Covid-19; Capacidade estatal.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A pandemia da Covid-19, decorrente do novo coronavírus, vem sendo o principal desafio enfrentado pelos Estados nacionais e subnacionais na atualidade. Esse cenário tem colocado em teste as capacidades estatais dos países, em diferentes dimensões. Nesse sentido, este artigo tem por objetivo analisar, em perspectiva comparativa, os sistemas de saúde do Brasil e dos Estados Unidos (EUA), buscando compreender como ambos reagiram no enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, valendo-se da capacidade estatal existente.

Desse modo, adotou-se para a investigação um respaldo teórico pautado no conceito de capacidades estatais. A premissa básica é de que mesmo que um determinado Estado nacional tenha alta capacidade estatal, não se deve supor que sempre a colocará plenamente em ação.

Assim, buscou-se enfatizar os aspectos mais relevantes de ambos os sistemas no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19, em estudo realizado no mês de julho de 2020, refletindo sobre seus impactos. Para tanto, o desafio consiste em identificar possíveis semelhanças e/ou diferenças, como também proporcionar uma compreensão mais ampliada sobre os impactos de cada sistema de saúde com relação ao total de casos confirmados; o total de óbitos por Covid-19 e o acesso aos tratamentos de saúde necessários.

Portanto, justifica-se a escolha desses países em particular, por tratar-se de sistemas de saúde distintos, pelo alinhamento de narrativas publicamente acompanhadas e da alta dos números de contágio. A vista disso, além dessas considerações iniciais, o artigo está organizado em mais outras seis seções a saber: procedimentos metodológicos, referencial teórico, funcionamento do sistema de saúde estadunidense, funcionamento do sistema de saúde brasileiro, discussão e resultados e as considerações finais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para definir o percurso metodológico, partiu-se da teoria de Prodanov e Freitas (2013), em que, segundo os autores, o método é o caminho para alcançar determinado fim e que a ciência busca o conhecimento. Ainda de acordo com os autores, os métodos ou abordagens auxiliam a estabelecer uma ruptura entre o que é científico e o que é não científico, ou seja, o senso comum.



De acordo com Gil (2008), o método comparativo opera pela investigação de fenômenos ou fatos, a fim de ressaltar as diferenças e ou similaridades entre os objetos. Sua ampla utilização nas ciências sociais se dá pelo fato de possibilitar estudos comparativos entre o espaço e o tempo. Dessa forma, os apontamentos auxiliam na busca pelas similaridades e divergências entre os dois sistemas de saúde. Ademais, as fontes midiáticas adotadas têm por objetivo reforçar os fatos da atualidade, de modo que a intensa exposição da ação estatal pode reforçar ou influenciar a percepção da sociedade quanto às capacidades estatais em lidar com a pandemia.

Desse modo, metodologicamente, foi utilizada a pesquisa bibliográfica, visando encontrar na literatura, possibilidades de análise da ação estatal. De natureza descritiva e parcialmente exploratória, a pesquisa se vale de dados secundários e da descrição histórica. Quanto à abordagem, esta é caracterizada como qualitativa, buscando, de forma comparativa, analisar a ação estatal do Brasil e dos EUA, a partir de ambos os sistemas de saúde, no combate ao novo Coronavírus.

REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo é analisado sob a perspectiva do potencial do Estado em identificar problemas públicos, formular e implementar políticas eficientes, como condição de garantir a possibilidade de desenvolvimento. O debate sobre a efetividade do Estado tem elevado a discussão para o patamar do que se chamaria da “boa governança”, conforme consolidação teórica feita por Gomide (2016), tendo por base os estudos de Mathews (2012) e Vom Hau (2012).

A questão posta em destaque refere-se às capacidades do Estado no século XXI estarem, não só associadas à qualidade das burocracias públicas, como também à existência e ao funcionamento efetivo de canais que conectem o aparato político-administrativo do Estado à sociedade civil, conferindo-lhes legitimidade e eficácia às suas ações (GOMIDE, 2016, p.22).

De acordo com Gomide (2016, p. 23), as capacidades estatais não se constituem somente em um conjunto de atributos fixos e atemporais, estas podem variar no tempo, no espaço, bem como a partir da área de atuação. Isto posto, o presente artigo pressupõe uma imersão no contexto de cada país, considerando não só as capacidades estatais de ambos em prover políticas de saúde e de qualidade; como também, o formato de atuação de cada nação, no que diz respeito ao combate da pandemia.

Diante da brevidade do estudo, recorta-se a vertente da dimensão “relacional”, que se refere às habilidades das burocracias do Estado de se conectar com os diferentes grupos da sociedade. Por sua vez, essa advém da capacidade dos governos em mobilizar recursos públicos, prestar contas e internalizar informações necessárias para a efetividade de suas ações. Desse modo, espera-se subsidiar o estudo em perspectiva comparativa de estrutura e ação no segmento da saúde.



FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE ESTADUNIDENSE

Ao longo dos anos, popularizou-se a discussão em torno do sistema de saúde dos Estados Unidos, ressaltando especialmente o seu caráter “privatista” - apontado como a principal característica que difere este, do Sistema de Saúde Brasileiro. No entanto, o que muitas pessoas não sabem é que os Estados Unidos contam, sim, com um sistema de saúde público.

De acordo com Andrade e Lisboa (2000), os Estados Unidos se configuram como o único país de economia desenvolvida, com uma baixa participação no financiamento da área da saúde, para a população economicamente ativa. Até metade da década de 1960, o gasto público estadunidense em saúde girava em torno de apenas 1% do PIB, enquanto os gastos privados ficavam um pouco abaixo dos 5%.

Noronha e Ugá (1995) afirmam que o sistema estadunidense está pautado em “princípios do individualismo apoiados no ideário liberal”, tornando a atenção à saúde um “problema de caráter individual”. Entretanto, a partir do século XVIII, foi implementada uma rede hospitalar, constituída por unidades de caráter comunitário. No que se refere a esse aspecto, a divisão de provisão de serviços poderá ser melhor observada por meio da Figura 01.

Figura 01 - Distribuição de Hospitais e Leitos por Sistema Provedor nos Estados Unidos, 1991.

Prestadores	Hospitais		Leitos	
	Número	(%)	Número	(%)
Privado não lucrativo	3.066	56,0	645.237	65,7
Privado lucrativo	671	12,3	94.379	9,6
Públicos locais	1.343	24,5	142.274	14,5
Públicos estaduais	87	1,6	23.877	2,4
Públicos federais	304	5,6	76.271	7,8
Total	5.471	100,0	982.038	100,0

Fonte: Noronha e Ugá (1995).

Nesse sentido, torna-se possível observar que no final do século XX, o maior provedor de leitos e hospitais consistia no prestador privado não lucrativo, seguido dos públicos locais. Com isso, o prestador privado lucrativo passou a ocupar a 3ª posição nessa relação. Em relação a esse aspecto, Noronha e Ugá (1995) retratam que a partir do Século XX, as indústrias e empresas de maior porte desenvolveram um “processo de contratação de serviços médicos para a manutenção de saúde de seus trabalhadores”, que ficou conhecido como um sistema de proteção à saúde - causando, por um lado, uma revolta por parte da comunidade médica, haja vista a diminuição no valor de arrecadação por



atendimento dentro desse sistema; e por outro, uma ampliação de mercado, a medida que progressivamente se aumentava a clientela dos serviços.

De acordo com a pesquisa do Center for Economic and Policy Research, na qual compararam as políticas de 22 países que possuem altos índices de desenvolvimento econômico e humano, os EUA eram os únicos que não ofereciam licença médica. Agravado a isso, a lei não protegia os trabalhadores de serem demitidos caso viessem a faltar por motivo de doença (BBC, 2020).

Para além dessa iniciativa, também existem dois programas, desenvolvidos em 1965, intitulados de Medicare e Medicaid, respectivamente. O primeiro, Medicare, é de competência do Governo Federal, e se destina ao tratamento médico-hospitalar dos aposentados. Enquanto isso, o Medicaid é de competência estadual e se volta para o tratamento da população de baixa renda, completando, assim, uma breve caracterização de como está dividido o referido sistema.

Além destes, ainda há alguns outros programas destinados a populações específicas, como as indígenas. Contudo, é importante destacar que eles não alteram a lógica do sistema de saúde. Ou seja, por mais que exista uma fonte pública para determinados segmentos da sociedade, a maior parte do sistema ainda é pautado em seguros ligados ao trabalho formal, como pode ser observado na figura a seguir:

Tabela 01 - Relação entre População e Gastos Financeiros, por Subsistema de Saúde nos Estados Unidos, 2002

Tipo de subsistema	População		Gastos	
Medicaid	25775	9,00%	250,4	16,10%
Medicare	30960	10,80%	267,1	17,20%
Outros subsistemas públicos	7984	2,80%	195,9	12,60%
Seguros ligados ao emprego	155995	54,60%	549,6	35,40%
Seguros individuais	25443	8,90%		
Pessoas não cobertas	39776	13,90%		
Pagamentos diretos			212,5	13,70%
Outros pagamentos			77,5	5,00%
Total	285933	100%	1.553,00	100%

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Costa (2013).

De forma resumida, a diferença entre os planos, se dava pela divisão dos custos e os modelos de cobertura. Até os anos 80, o tradicional sistema de saúde era o *fee-for-service*, que tinha como premissa o reembolso quase total dos procedimentos. Esse sistema contava com uma franquia, que era necessário ser paga pelo segurado, antes mesmo de usufruir dos serviços, e contava também com o dispêndio, que era o valor máximo pago que o segurado poderia receber



(ANDRADE E LISBOA, 2000). Posteriormente, buscando diminuir os gastos com a saúde, foi criado o Managed Care - um programa voltado para a redução dos custos da prestação de serviços de saúde.

Para além disso, foi aprovado em 2010 a Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) ou, como é comumente conhecido, o “Obamacare”, com o objetivo de ampliar a cobertura à saúde. A reforma do até então Presidente Obama mudou principalmente as seguintes questões: extensão da cobertura; maior atenção à promoção da saúde; prevenção de doenças; co-pagamentos dos que utilizam os subsistemas públicos; melhoria da qualidade; entre outros (CASTRO, 2013). A seguir, o debate irá recair sobre o sistema brasileiro e suas respectivas características e complexidades; para enfim, apresentar o real contexto da pandemia, vivenciado por esses dois países.

FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge como reflexo da garantia de direitos sociais assegurados pela Constituição Federal de 1988 (CF 88), que representa um marco na conquista de direitos. É, então, nesse contexto, que o acesso à saúde passa a ser considerado como direito social e universal, definido pela CF 88 como sendo um direito de todos e dever do Estado. Ressalta-se, no entanto, que o modelo de um Sistema Único de Saúde fora delineado e aprovado ainda em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, como reflexo da luta do Movimento Sanitarista, com base em diretrizes voltadas à descentralização, participação da comunidade e ao atendimento integral de toda a população.

Assim, como resultado dos direitos assegurados pela CF 88, o SUS passou a ser regulamentado por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que determinam as condições à promoção da saúde em todo o território nacional; bem como define a participação social na gestão do sistema, e estabelece as transferências intergovernamentais, referentes aos recursos financeiros, destinados à área da saúde, respectivamente.

O sistema de saúde brasileiro está fundamentado nos princípios da universalização, equidade e integralidade. Assim, do ponto de vista da universalização, a saúde é um direito de todos, devendo ser assegurada por meio do Estado. Para tanto, o princípio da universalização assegura que todo cidadão, independente de se tratar de um contribuinte ou não, possui direito à saúde pública gratuita e universal. No que tange a equidade, o principal objetivo é a redução das desigualdades, tendo em vista considerar as diferentes necessidades apresentadas por cada cidadão, demandando assim, diferentes tipos de serviços. Quanto à integralidade, o princípio busca alcançar todas as necessidades do indivíduo, integrando ações conjuntas para a promoção da saúde, com a prevenção, o tratamento e a reabilitação.

Para mais, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, representou, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, tendo em vista que estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo, voltados à estabilidade no



financiamento do Sistema, além de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

O Brasil é, portanto, o único país no mundo - com mais de 100 milhões de habitantes, a ter um sistema de saúde ofertado de forma gratuita e universal. De acordo com Bertoni et al. (2020), o SUS garante acesso gratuito aos serviços médicos para toda a população, que hoje representa mais de 210 milhões de pessoas. Desse modo, contribui significativamente para o aumento da expectativa de vida dos brasileiros e para a redução da taxa de mortalidade infantil, entre outras conquistas.

De acordo com Bertoni et al (2020), o SUS conta com o maior programa de vacinação do mundo, distribuindo gratuitamente cerca de 300 milhões de doses de imunobiológicos por ano, voltadas ao combate de mais de 19 doenças; bem como o maior programa de transplantes de órgãos do planeta, com capacidade para realizar, anualmente, mais de 8.000 cirurgias. Soma-se a isso, o protagonismo assumido pelo Programa Saúde da Família, tendo em vista que representa a maior iniciativa do mundo em atenção básica.

Nessa perspectiva, conclui-se que o SUS é um dos mais completos e complexos sistemas de saúde pública do mundo. A sua área de cobertura se dá desde os procedimentos mais básicos, por meio da atenção primária, até os procedimentos mais complexos, sendo necessárias estruturas mais modernas.

Portanto, o modelo de saúde pública brasileiro engloba procedimentos de baixa, média e alta complexidade, distribuídos em ações conjuntas entre União, estados e municípios. Isto é, opera de forma descentralizada, dividindo as responsabilidades. Para tanto, os municípios devem ser dotados de capacidades gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras, para cumprir a sua função. A principal aposta desse modelo descentralizado é produzir uma política de saúde com maior qualidade, garantindo o controle e a fiscalização por parte da população. Outro ator crucial é a sociedade civil, haja vista que a participação popular permite controlar, avaliar e criar estratégias para um melhor funcionamento da política de saúde, por meio dos Conselhos e das Conferências de saúde.

Desse modo, por tratar-se de um sistema pautado na descentralização, adota-se as esferas subnacionais, de competência e autonomia para a tomada de decisões e desempenho de atividades, voltadas ao funcionamento do Sistema. Ademais, quanto ao financiamento, como principal financiador do SUS está o Governo Federal. Todavia, os estados e municípios também recebem competências voltadas ao financiamento do SUS, em suas respectivas esferas.

Para tanto, o sistema é estruturado por órgãos como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), os Conselhos de Saúde, entre outros. O Ministério da Saúde assume o papel de formular, planejar e coordenar as políticas nacionais. Quanto às secretarias específicas, estas possuem função de coordenação e planejamento a nível estadual, buscando melhorias para as realidades de seus municípios, com a



aplicação de recursos, em conformidade com as normatizações federais. Por fim, os municípios têm por principal função a execução das políticas de saúde determinadas, além de aplicar os seus recursos, conforme determinam os normativos federais e estaduais/distrital.

No entanto, de acordo com dados do Tesouro Nacional, em 2018 o Brasil gastou em saúde pública cerca de 3,8% do PIB (AGÊNCIA BRASIL, 2018), o que coloca o país no 64º percentil da distribuição mundial (considerando 183 países), sendo esse valor próximo à média da América Latina e Caribe (3,6%) e inferior à da OCDE (6,5%), estes últimos com uma estrutura etária mais envelhecida relativamente ao caso brasileiro.

Observa-se, portanto, que são tamanhos os desafios enfrentados pelo SUS, todavia, pode se mencionar que um dos seus maiores gargalos, diz respeito ao seu inadequado financiamento, que pode acabar refletindo diretamente na qualidade e nos tipos de serviços de saúde públicos prestados à população.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

O ano de 2020 foi marcado pelo surgimento de uma pandemia global, que afetou as estruturas econômicas, sociais, políticas e, principalmente, da saúde. Não foram à toa os investimentos dos países em medidas de restrições comerciais e de mobilidade, a fim de que ações preventivas e de contenção - ainda que em tempos distintos e muitas vezes tardiamente - evitassem chegar à sobrecarga dos sistemas de saúde, como no caso brasileiro e estadunidense.

No que se refere ao surgimento do novo coronavírus no Brasil, os primeiros casos confirmados deram-se ao final do mês de fevereiro do ano de 2020, aproximadamente três meses após a confirmação do primeiro caso mundial, registrado na China, em dezembro de 2019. Quanto aos EUA, o primeiro caso foi anunciado no final do mês de janeiro. Dessa forma, pode-se questionar o espaço de tempo em que não foram pensadas medidas para conter os impactos provenientes do vírus, tanto nos EUA, quanto no Brasil. Em contrapartida, o exemplo dos países europeus mostra a preparação e seriedade nas medidas de atuação e combate à pandemia.

Após medidas tardias, e de apontamentos de crises e tensões políticas entre países, como o dos EUA e China, o mundo inteiro ficou tensionado sobre as medidas a serem tomadas - seguir as recomendações da OMS ou o pensamento liberal de negação quanto à gravidade da pandemia - incluindo o Brasil. Assim, destaca-se a relação “amigável” entre os governantes dos EUA, Donald Trump e, do Brasil, Jair Bolsonaro, e a medidas semelhantes de atuação frente ao cenário da pandemia.

No caso brasileiro, bem como estadunidense, a atuação reduzida do Governo Federal e a aversão ao conhecimento científico - quanto às medidas de isolamento preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) - resultaram no crescimento exponencial do número de casos confirmados da Covid-19,



culminando em um número expressivo de mortes, mais de 84 mil e 172 mil, respectivamente.

De acordo com os dados apresentados pela Centers for Disease Control and Prevention (CDC), aponta-se que até 23 de julho de 2020, haviam sido registrados nos EUA um total de 142.755 mil óbitos, decorrentes do novo coronavírus. No Brasil, os números resultaram em um total de 84.082 mortes, de acordo com dados do Ministério da Saúde.

Em relação às medidas orientadas pela OMS, o conceito chave foi o de achatamento da curva de contaminação, uma vez que bastava uma pessoa contaminada para contaminar outras três. Com isso, aumentava-se exponencialmente o número de casos, resultando em uma grande concentração de pessoas infectadas, para sistemas de saúde com condições de financiamento e cobertura diferentes e limitadas.

Conforme o Ministério da Saúde, até junho, o Brasil havia realizado 13,7 testes para cada mil habitantes. Já no que diz respeito aos EUA, segundo a Universidade de Oxford - que está divulgando panoramas mundiais, foram realizados 93,62 testes para cada mil habitantes, o que mostra um número de testagem bastante superior em relação ao Brasil. A vista disso, a OMS (2020) afirmou que quanto maior o número de casos, mais testes devem ser realizados. Entretanto, apesar de ser um dos países com maior número de casos, o Brasil continua sendo considerado pelas mídias online como um dos países que menos testa.

Intensificando os impactos da Covid-19, os EUA ocupam a 1ª posição dos países alcançados pela pandemia, se tornando o epicentro mundial, enquanto o Brasil, ocupando o 2º lugar na lista atualmente, concorre à posição. Nos EUA, ressalta-se que até 23 de julho, o CDC havia registrado 3.952.273 milhões de infectados; enquanto que no Brasil, os números chegaram a 2.235.076 milhões de infectados.

Com o surgimento da Covid-19 e a expansão da doença no território estadunidense, o modelo de saúde americano começou a apresentar fragilidades à população, ocasionando maiores impactos, principalmente para os mais vulneráveis e a classe média. Por não possuir cobertura universal, o número de casos é mais agravante do que se parece. Um exemplo, são os casos de trabalhadores que nem sequer tinham licença de trabalho por motivos de doença. No caso da Covid-19, poderiam contagiar outras pessoas e agravar ainda mais a situação.

Vale destacar, ainda, que os seguros de saúde estadunidenses cobrem uma parcela dos custos, todavia, não arcam com os gastos totais decorrentes dos serviços e procedimentos de saúde realizados. Diferentemente da realidade vivenciada pelos usuários do sistema público de saúde brasileiro e/ou dos próprios planos - no qual o segurado muitas vezes não paga nenhum valor além do que já foi acordado no convênio. Comparativamente, mesmo que alguns testes para Covid-19 realizados nos EUA estejam disponíveis gratuitamente, especialistas



temem que as pessoas evitam procurar ajuda médica com medo dos custos associados (BBC, 2020).

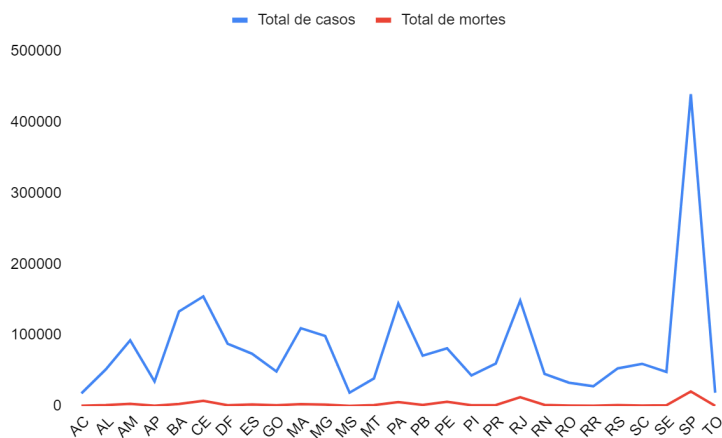
No que concerne ao contexto da pandemia no Brasil, o país vem equipando-se cada vez mais, quanto aos investimentos voltados à ações, serviços e infraestrutura, para tratar os pacientes acometidos pela Covid-19 - que utilizam dos serviços ofertados pelo SUS. Quanto ao número de leitos de UTI, o Ministério da Saúde divulgou, em junho de 2020, que ao todo, o país conta com 7.764 leitos de UTI exclusivos para o tratamento da Covid-19, habilitados desde o início de abril, com montante investido na ordem de 1,1 bilhão de reais.

Ademais, de acordo com as Secretarias Estaduais de Saúde brasileiras, até a primeira quinzena do mês de julho, todos os estados apresentaram uma taxa de ocupação de leitos superior a 30% (GLOBO, 2020). No que diz respeito a esses dados, o estado do Amapá apresentou o menor índice de ocupação de leitos - com um total de 30,68% na rede pública, e 34,38% na rede privada; enquanto que o estado de Roraima apresentou o maior índice de ocupação - com um total de 97% em todo o estado.

Já no que diz respeito à distribuição, e ocupação, de leitos por pacientes acometidos pela Covid-19 nos Estados Unidos, observa-se, com base nos dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos, o HHS Protect, que até a data de elaboração deste artigo, os EUA apresentavam um total de 513.670 pacientes internados; destes, 77.877 encontravam-se internados, acometidos pela Covid-19.

Por outro lado, ao analisar o total de casos no Brasil, é possível identificar que o pico com a maior quantidade de casos esteve dividido entre os estados da Bahia, Pará, Ceará, Rio de Janeiro e, principalmente, São Paulo, que chegou a apresentar mais de 400 mil casos confirmados e mais de 20 mil óbitos. Como pode ser observado a seguir:

Gráfico 01 - Total de Casos e Mortes por estado no Brasil, até 23 de julho 2020

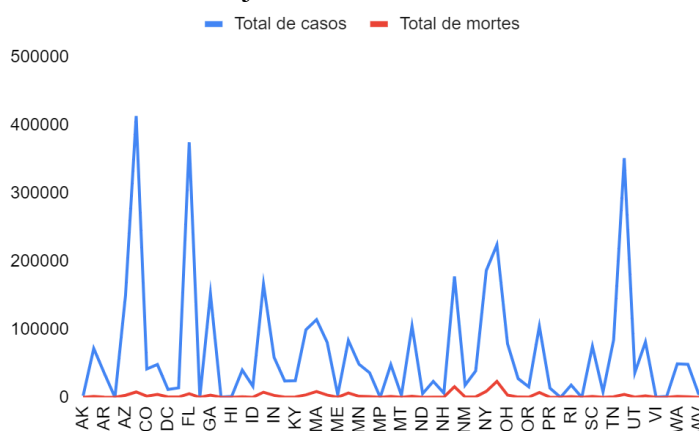


Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CDC, 2020.



Já no caso dos Estados Unidos, o pico de concentração voltou-se para os estados de Nova Jersey, Texas, Flórida; e principalmente nos estados de Nova York e da Califórnia - que apresentaram 415 mil e 443 mil habitantes infectados, respectivamente. Nesse caso, o maior pico de óbitos é referente ao estado de Nova York, que sozinho apresentou mais 32 mil casos de morte por Covid-19, como pode ser visto pela linha vermelha no gráfico abaixo:

Gráfico 02- Total de Casos e Mortes por Jurisdição nos EUA, até 23 de julho 2020



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CDC, 2020.

Isto posto, ressalta-se que a apresentação dos dados, anteriormente expostos, refletem os impactos ocasionados pela pandemia - desencadeada pelo novo coronavírus, tanto no contexto brasileiro, quanto no estadunidense.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude do panorama apresentado, no que concerne às medidas restritivas adotadas pelos governos brasileiro e estadunidense, destaca-se que a atuação fora tardia em ambos os casos. Tais circunstâncias reforçam a recomendação da literatura que trata de capacidades estatais, ou seja, ainda que um determinado Estado nacional tenha alta capacidade institucional, fiscal ou administrativa, por exemplo, não se deve supor que a adotará eficientemente.

No caso do Brasil, a situação teve como agravante não só a descontinuidade dentro do Ministério da Saúde; como também a ausência de coordenação por parte desse órgão, para com os estados e municípios. Com destaque para as convergências ideológicas existentes entre o responsável pela pasta e o Chefe do Executivo Federal, o que em boa medida evidencia uma baixa capacidade relacional.

Diante desse cenário, no que se refere à curva de contaminação, os Estados Unidos e o Brasil ocupavam o topo do ranking mundial em números de casos; bem como do número de mortes, em 1º e 2º lugar, respectivamente. Para tanto, considerando as diferenças populacionais existentes entre os dois países, cabe



destacar que, quanto ao número de testes realizados, o Brasil contabilizou, para cada mil habitantes, 13,7 testes; enquanto os EUA, para cada mil habitantes, foram realizados 93,62 testes - número quase 7 vezes maior no segundo caso. Ressalta-se que os dados fazem referência ao panorama da Covid-19, em meados do ano de 2020.

Desse modo, a ocupação do ranking reflete a atuação tardia quanto às medidas tomadas por ambos os governos, voltadas ao isolamento social e às ações de combate à pandemia. Impactando diretamente no aumento do número de casos e óbitos nos dois países, como mostram os dados apresentados anteriormente.

Para fins de planejamento e viabilidade no combate à pandemia, observa-se que a capacidade fiscal tem um peso considerável, haja vista a necessidade de investimentos financeiros disponíveis prontamente. Pela perspectiva da capacidade coercitiva, observa-se como condição necessária para alcançar melhores resultados, a existência de alinhamento entre as necessidades coletivas e as funções básicas de um Estado nacional.

Ademais, no que compete ao formato de ambos os sistemas, evidencia-se o fato de um estar mais ligado a um viés público e universal; ao passo que o outro, apresenta um viés mais privatista. Nesse sentido, torna-se possível correlacionar a oferta de serviços por parte do SUS, ao número significativo de casos recuperados da Covid-19, no Brasil. Haja vista que as pessoas acometidas pela doença, possuem acesso ao tratamento de forma gratuita, independente da assistência necessária. Desse modo, de acordo com o Ministério da Saúde (2020), mais de 70% da população brasileira conta exclusivamente com os serviços do SUS.

Em contrapartida, o fato da população dos Estados Unidos ter que arcar com custos de saúde, pode acarretar na diminuição da procura por tratamentos - podendo assim influenciar no total de casos, de recuperados e mortes no país. Corroborando com essa análise, segundo o Censo dos Estados Unidos (GLOBO, 2020), em 2018 cerca de 27,5 milhões de pessoas não possuíam seguro de saúde em qualquer época do ano. Desse modo, o dado torna-se um indicador em potencial, quanto ao número de pessoas que evitam buscar ajuda médica por não dispor de seguro de saúde, e tampouco condições para assumir as despesas de centenas de dólares.

A observação empírica sugere a existência de uma relação direta entre a capacidade administrativa dos sistemas de saúde e os resultados obtidos. Em outras palavras, quanto mais estrutura, recurso e acesso a esses sistemas - sobretudo para as pessoas com baixo poder aquisitivo -, maior será a ação efetiva dos Estados nacionais e subnacionais no combate dessa pandemia que ainda está em curso.

Com base na dimensão de capacidade política, o recomendável é que o governo brasileiro coordene o reforço às medidas de enfrentamento e achatamento da Covid-19, através da manutenção do financiamento de testagens, maior ampliação no investimento para realização de testes em Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como em centros de saúde e parceiros do SUS, por meio de financiamento do Governo Federal com o uso do Fundo de Emergência à Crises,



junto ao montante advindo do financiamento de Agências de Cooperações Internacionais.

Assim, diante da possibilidade de novos episódios de aumento do contágio, com a segunda onda em curso, a exemplo de alguns países europeus, ressalta-se a necessidade de os Estados nacionais e subnacionais agirem de forma mais efetiva. Isto posto, considera-se relevante a adoção de suporte da literatura de capacidades estatais, que possibilitou a compreensão dos processos analisados pelo viés de dimensões diversas. Nesse sentido, aprofundar o debate acerca de como operar eficientemente as dimensões: coercitivas, fiscal, administrativa, relacional, legal e política no combate da Covid-19, mostra-se potencialmente favorável.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Brasil gasta 3,8% do PIB em saúde pública, 2018.** 2018.

Disponível em:
<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-11/brasil-gasta-38-do-pib-em-saude-publica>>. Acesso em: 19 de jul. de 2020.

ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos de Barros. **Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano.** Revista Brasileira de Economia, Rio de Janeiro, v. 54, 2000. Semestral. Disponível em:
<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402000000100001&lang=en>. Acesso em: 08 jul. 2020.

BBC. **A ameaça do coronavírus nos EUA, onde milhões não têm licença médica nem saúde pública.** Disponível em:
<<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51746841>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Estratégicas.** Disponível em:
<<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **CDC COVID Data Tracker, 2020.** Disponível em:
<<https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html#testing>>. Acesso em: 19 de jul. de 2020.



CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), 2020.** Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>> Acesso em: 23 de jul. de 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **CNS defende a regulamentação da EC nº 29.** Brasília, DF. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html#:~:text=A%20aprova%C3%A7%C3%A3o%20da%20Emenda%20Constitucional,progressividade%20do%20Imposto%20Predial%20e>> Acesso em: 17 de jul. de 2020.

CORONAVÍRUS BRASIL. **COVID-19 Painel Coronavírus.** 2020. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 18 de jul. de 2020.

COSTA, Júlio Pinto da. **A reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA.** Porto Alegre: Arq Med, v. 27, n. 4, p. 158-167, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GLOBO. **Coronavírus: 4 fatores que explicam o enorme impacto da Covid-19 nos EUA, país com maior número de infectados e mortos pela doença.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/14/coronavirus-4-fatores-que-explicam-o-enorme-impacto-da-covid-19-nos-eua-pais-com-maior-numero-de-infectados-e-mortos-pela-doenca.ghtml>>. Acesso em 25 jul. 2020.

GLOBO. **Veja taxa de ocupação nas UTIs, testes feitos e pacientes recuperados da Covid-19 em cada estado do Brasil.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/10/veja-taxa-de-ocupacao-nas-utis-testes-feitos-e-pacientes-recuperados-da-covid-19-em-cada-estado-do-brasil.ghtml>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; BOSCHI, Renato Raul. **Capacidades estatais em países emergentes: o Brasil em perspectiva comparada.** Rio de Janeiro: Ipea, 2016.



HHS PROTECT PUBLIC DATA HUB. **Hospital Capacity Data**. Washington, DC, 2020. Disponível em: <<https://protect-public.hhs.gov/pages/hospital-capacity#download-data>>. Acesso em: 25 de jul. 2020.

NORONHA, J. C. & UGÁ, M. A. D., 1995. **O sistema de saúde dos Estados Unidos**. In: Sistemas de Saúde. Continuidades e Mudanças (P. M. Buss & M. E. Labra, orgs.), p. 177-218, São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª Edição. Editora Feevale, 2013.

TESOURO TRANSPARENTE. **Monitoramento dos Gastos da União com Combate à COVID-19**. Disponível em: <<https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramento-dos-gastos-com-covid-19>>. Acesso em: 24 de jul. de 2020.

UOL. **Mesmo inflando dados, Brasil é um dos países que menos testa para covid-19**. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/07/03/mesmo-com-testes-rapidos-brasil-testa-menos-que-paises-menos-afetados.htm>>. Acesso em: 25 de jul. de 2020.