

As capacidades estatais na resposta brasileira à pandemia de COVID-19

State Capacities in the Brazilian Response to the COVID-19 Pandemic

LUIZ BRUNO DANTAS*

Resumo: A pandemia de COVID-19 exigiu dos países respostas rápidas a um problema repentino e grave. Estas respostas dependeram da trajetória de cada país e da conjuntura vivida por eles. O artigo analisa como o Brasil reagiu à pandemia a partir do conceito de capacidades estatais. Com esse instrumento teórico são avaliadas as políticas públicas na prevenção e combate à pandemia, nas pesquisas sobre vacinação e na capacidade de atendimento dos atingidos pelo novo coronavírus pelo SUS.

Palavras-chave: Capacidades Estatais. Políticas Públicas. SUS. Planos de Saúde. Pesquisa Epidemiológica.

Abstract: The COVID-19 pandemic required countries to respond quickly to a sudden and serious problem. These responses depended of the trajectory of each country and the situation experienced by them. This article analyzes how Brazil reacted to the pandemic based on the concept of state capabilities. With this theoretical instrument, public policies for preventing and combating the pandemic, research on vaccination and the capacity to care for those affected by the new coronavirus by SUS are evaluated.

Keywords: State Capacities. Public policy. SUS. Health insurance. Epidemiological Research.

* Luiz Bruno Dantas é Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Mestre em História Social da Cultura pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) e Graduado em História pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Contato: lbrunodf@gmail.com

Introdução

O ano de 2020 foi marcado em todo o mundo pela pandemia do novo coronavírus, pelas reações a esta situação extrema e pelas dúvidas por ela suscitadas. Muitos viram na emergência a difícil escolha entre fechar comércio, indústria e serviços ou manter tais atividades, para preservar empresas e empregos. Cidadãos de todo o mundo levantaram dúvidas a respeito de seus respectivos governos ou de países vizinhos. A China foi negligente em prevenir a disseminação da doença, assim que surgiram os primeiros casos? A hesitação inicial dos países europeus, em impor um *lockdown* provocou um número desnecessário de mortes? O presidente norte-americano Donald Trump foi negacionista, ao entrar em conflito com autoridades sanitárias e governadores?

A verdade é que mesmo autoridades médicas e sanitárias não tinham, a princípio, informações seguras que pudessem servir de base para protocolos eficientes para a segurança da população. Diante das incertezas, é natural que cidadãos se voltem para seus governantes em busca de soluções, mas é preciso lembrar que as melhores políticas públicas não funcionam sem sua colaboração. Alguns governantes foram acusados de negar a gravidade da pandemia de COVID-19, mas segmentos da população, em diversos países, aderiram a esse comportamento pouco racional, no mais das vezes reproduzindo discursos populistas e repletos de paranoia contra os chineses, ou uma perversa elite global.

Ora, o Estado não é o único ator político que importa. A oposição entre Estado e sociedade civil deixa escapar muitas nuances importantes, além de relevar o fato de o Estado dispor de mais meios para coordenar ação coletiva do que qualquer outra instituição¹. Há várias alternativas dentro da teoria política que superam explicações focadas, exclusivamente, na ação do Estado, ou no binarismo Estado-sociedade civil. Optamos por nos concentrar nas capacidades estatais, como forma mais sutil de captar as relações do Estado com diversos atores políticos, bem como considerar, devidamente, os limites da ação estatal e suas articulações com estes mesmos atores.

Há muitas definições de capacidades estatais, mas, em comum, elas têm uma abordagem interna (qualidade de sua burocracia, recursos financeiros, etc.) e externa (relações com diversos atores privados). Podemos citar, como exemplos de capacidades estatais, a legitimidade de suas ações junto ao público

1. O mercado, como forma de organização da economia, funciona de forma diferente e não é intenção deste trabalho uma análise das instituições do mercado.

e a possibilidade de realizar investimentos conjuntos, com grandes empresas, para auxiliar políticas públicas. De certa forma, estes exemplos estarão presentes neste trabalho. A análise das capacidades estatais se dá no nível das instituições, estando longe de explicações estruturais mais abrangentes, baseadas em teorias econômicas ou sociológicas. Esta abordagem é sensível a mudanças conjunturais, que podem ocorrer em espaços de tempo mais curtos. Ela não capta, exclusivamente, o Estado, sua burocracia e seus recursos de poder, mas antes o Estado em suas diversas relações com atores políticos (abordagem externa). Esta não deixa de ser uma abordagem ampliada do Estado.

O objetivo deste trabalho é avaliar quais recursos estavam disponíveis para o Estado brasileiro enfrentar a emergência sanitária representada pela COVID-19 e como eles foram utilizados. Além desta introdução, a segunda seção deste trabalho elenca as capacidades estatais relevantes na presente emergência sanitária. A terceira seção avalia como foram utilizadas, no Brasil, tais capacidades estatais, no enfrentamento da pandemia no país. Uma quarta seção, com considerações conclusivas encerra o trabalho.

1 As capacidades estatais no setor da saúde

Desde a Constituição de 1988, o alcance do sistema público de saúde é universal. Isso quer dizer que, independente da qualidade dos serviços prestados, todo cidadão brasileiro tem direito à saúde. A Carta Magna reforça esse direito, definindo-o como dever do Estado. De certa forma, essa conquista é uma culminância de toda a história do sistema de saúde brasileiro que, em linhas gerais, teve duas etapas anteriores bem definidas. A partir de 1923, consolidou-se um sistema corporativista, através das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), mais tarde denominadas Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). O sistema era corporativo, porque seu acesso era determinado pelo pertencimento a uma categoria profissional, e os serviços de saúde eram oferecidos como um complemento à poupança previdenciária. O regime militar centralizou a gestão desse sistema corporativo ao criar, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Essa reorganização transformou o Estado em grande comprador de serviços de saúde privados, e as empresas foram obrigadas a contratar seguros para seus funcionários, o que criou interesses

poderosos ligados à gestão de hospitais e planos de saúde privados. Importante ressaltar: a cobertura desses sistemas de saúde não era universal, portanto, não alcançava todos os cidadãos (MENICUCCI, 2014; MENICUCCI, 2019).

A Constituição de 1988 refletiu os compromissos possíveis entre o lobby do setor privado e a mobilização – que incluía muitos médicos – contra esse sistema de saúde, baseado em serviços privados e considerado caro e ineficiente. Dessa forma, o sistema de saúde, resultante das novas normas constitucionais, conjugava um sistema público e universal, com um mercado privado de serviços de saúde, com as contradições que isso implica até hoje (MENICUCCI, 2014).

Para dar materialidade ao sistema de saúde universal, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Sua cobertura é muito maior do que a dos planos de saúde privados, no entanto, a distribuição de recursos é bastante desigual. Um estudo de 2011 constata que os gastos privados, com saúde, chegam a 54,26%, superando os gastos públicos (MENICUCCI, 2019). Mas os gastos tributários com saúde chegaram a 10,47% do total. Estes gastos se referem à renúncia fiscal, permitida a todos que contratam planos de saúde privados². O total desse gasto, para aquele ano, foi de quase R\$ 16 bilhões, o equivalente a 22,5% do gasto federal total. Fosse descontado esse generoso incentivo fiscal, os gastos públicos seriam superiores aos privados. A legislação cria uma distorção grave, ao dirigir recursos importantes para prestadores de serviços privados, que atendem a uma parcela do público, em detrimento do SUS.

Mas ao contrastar o SUS com o mercado privado de saúde, é necessário destacar que o SUS funciona segundo princípios diferentes. Obviamente, o sistema público de saúde precisa dar atenção aos cidadãos em todos os níveis de complexidade – baixa, média e alta –, ou seja, deve ser capaz de prover desde serviços simples, até executar cirurgias complexas. Mas a atividade da maior parte dos profissionais do SUS tem fins preventivos e se orienta pela integralidade da atenção básica, buscando acompanhar o estado de saúde dos pacientes. Enquanto o mercado de saúde se ocupa de recuperar a saúde, o SUS se dedica a preservar a saúde e, quando necessário, recuperar a saúde dos pacientes.

Com todas as desigualdades regionais e sua dimensão territorial, o SUS precisa de grande capilaridade, para garantir a universalidade do direito à saúde. Isso foi feito com novos serviços e um novo pacto federativo, que reverteu a centralização anterior e concedeu maior autonomia a estados e municípios.

2. As renúncias fiscais também subsidiam entidades beneficentes e pesquisas médicas e farmacêuticas.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 e, um ano mais tarde, incorporou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ele conseguiu trazer serviços médicos a municípios de todas as regiões do país, dotando unidades básicas de saúde de equipes multiprofissionais, responsáveis por uma determinada população, em uma determinada área. Novos programas foram incorporando outros profissionais, às equipes de saúde da família. O programa *Brasil Sorridente* (2003) buscou trazer orientação e atendimento dentário às unidades de saúde do PSF. Em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar o conjunto de profissionais que atuam na atenção primária. O programa *Mais Médicos*, lançado em 2013, amplia o alcance do SUS, trazendo atendimento médico para regiões afastadas de centros urbanos e com poucos recursos que, em muitos casos, nunca tiveram esse serviço básico. Depois de mais de vinte anos, deve ser reconhecido que, no quesito alcance nacional, o Programa Saúde da Família é um sucesso. Em 2016, 5376 municípios tinham equipes de saúde da família, cobrindo 63,48% da população. Em 2012, equipes de saúde bucal estavam presentes em 4907 municípios (MENICUCCI, 2019). Apesar do esforço para atingir todos os municípios brasileiros, o objetivo de garantir a universalidade do direito à saúde ainda não foi atingido.

Na questão federativa, a União, por concentrar a maior parte dos recursos financeiros, consegue induzir estados e municípios a aderir a seus programas e iniciativas. Mas a Constituição de 1988 promoveu uma efetiva descentralização federativa. Isso deu a outras unidades da federação autonomia para decidir onde alocar recursos, quando o governo federal não interfere em sua agenda. O desafio na gestão do SUS é conjugar a autonomia federativa e a interdependência entre os entes federativos. Dentre as formas de coordenação federativa, as mais importantes são as Comissões Tripartites (União, estados e municípios) e as Comissões Bipartites (com estados e municípios). Mais tarde, surgiram as Comissões Intergestores regionais, com o objetivo de articular redes regionais de atenção básica (MENICUCCI, 2014). O peso de especificidades locais e regionais torna estas articulações indispensáveis, para a eficácia das políticas públicas, na área de saúde. A descentralização da gestão e a participação de estados e municípios passaram, portanto, a ser requeridas na nova arquitetura política.

O SUS ainda conta com uma dimensão participativa em sua gestão. Há conferências de saúde em todos os entes federativos, com a participação de representantes do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de

serviços, dos usuários do SUS e de outros segmentos. A Conferência Nacional de Saúde, mais importante evento nesse contexto, ocorre a cada quatro anos. Existem também conselhos de saúde nos três níveis federativos, com ampla representação de diferentes segmentos, incluindo usuários do SUS. Os conselhos de saúde têm uma atuação mais regular, produzindo relatórios periódicos e assumindo uma função fiscalizadora da prestação dos serviços de saúde.

A extensão da cobertura do SUS, a descentralização de suas decisões que inclui estados e municípios, na elaboração e implementação das políticas de saúde e a participação de segmentos sociais e usuários dos serviços de saúde, confere grande legitimidade à política nacional de saúde pública. Apesar de todas as deficiências na prestação de serviços, o SUS é visto, positivamente, pela população, o que ficou claro pela reação a um estudo do Ministério da Economia sobre a viabilidade da concessão a prestadores privados de serviços de saúde de unidades básicas de saúde. A legitimidade do SUS, junto ao público, reforça a capacidade estatal de implementar políticas de saúde. Assim, o Estado “externaliza”, por assim dizer, suas políticas, que deixam de existir dentro de uma dimensão interna meramente burocrática.

Outra capacidade estatal muito importante foi desenvolvida no campo tecnológico. Na década de 2000, a indústria farmacêutica recebeu grande impulso, por meio de políticas públicas específicas. Aquisições governamentais no âmbito do SUS passaram a comportar condicionalidades, para internalizar tecnologia, com o objetivo de estimular a indústria doméstica e a inovação tecnológica. O objetivo último era reduzir a vulnerabilidade do sistema de saúde doméstico, sujeito a flutuações nas importações de medicamentos. Foram criadas Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDPs), envolvendo três atores: um laboratório público, um laboratório doméstico e um produtor de insumos necessário para a produção de medicamentos. O Ministério da Saúde reportou, em 2013, 104 PDPs envolvendo 76 parceiros, 57 privados e 19 públicos (DELGADO, 2019).

A adesão às parcerias traz a perspectiva de acesso às aquisições do SUS, mas também a do licenciamento compulsório. O episódio mais significativo foi o licenciamento do Efavirenz, um dos medicamentos do “coquetel” de combate ao HIV, que passou a ser produzido no Brasil, através da parceria entre dois laboratórios públicos e três empresas privadas que produzem medicamentos no país. Esta iniciativa conjugou o direito à saúde e a inovação, apontando para um emprego da política de saúde, para estimular o desenvolvimento tecnológico (COSTA; GADELHA, 2012).

Neste ponto, deve ser lembrada a existência de instituições de pesquisa tradicionais, no campo da medicina e do sanitarismo, como a Fiocruz e o Instituto Butantan. Os dois institutos surgiram quase ao mesmo tempo, fundados com um ano de diferença (a Fiocruz em 1900 e o Butantan um ano depois), incumbindo-se da tarefa de combater a peste bubônica. O Instituto Butantan é vinculado ao Governo do estado de São Paulo e a Fiocruz é uma instituição federal. Sediada na então capital federal, enfrentou logo, em seus primeiros anos, o turbulento período da Reforma Passos e da Revolta da Vacina. Ambas são instituições cruciais, na pesquisa virológica e bacteriológica no Brasil, e para o Programa Nacional de Imunizações, criado em 1973, para combater a circulação de doenças, como a poliomielite considerada erradicada no país. Qualquer resposta a uma emergência sanitária não pode prescindir do trabalho de seus profissionais e pesquisadores.

Pudemos constatar que o Brasil não se encontra totalmente indefeso diante de uma emergência sanitária. O país conta com um sistema de saúde que cobre a quase totalidade de seu mal integrado território nacional. Além disso, temos uma política industrial, no setor farmacêutico, que dota laboratórios da capacidade de sintetizar medicamentos e vacinas, articulando laboratórios privados e públicos, a partir de objetivos do Estado no campo de políticas públicas e desenvolvimento tecnológico. Ainda existe um corpo técnico bem formado na Fiocruz e no Instituto Butantan, que conduz pesquisas importantes sobre problemas sanitários no Brasil. Este conjunto de instituições e políticas públicas articula o Estado com seus cidadãos e com um setor empresarial, tecnologicamente sofisticado, além de desenvolver um corpo técnico capacitado em instituições públicas. A questão que se levanta agora é a de saber como essas capacidades estatais foram utilizadas em relação à pandemia de COVID-19 no Brasil.

2 A mobilização de capacidades estatais no combate à pandemia de COVID-19

É difícil, num curto espaço, analisar como as capacidades estatais anteriormente descritas, foram empregadas durante a emergência sanitária representada pela COVID-19. Para essa análise, pretendo me concentrar em três pontos: a adequação a protocolos de segurança, no início da pandemia, a pesquisa por

vacinas e a capacidade de atendimento da população, nos períodos em que houve maior contaminação e internação hospitalar.

A resposta inicial do governo federal à pandemia foi bastante ambígua. Membros do governo, principalmente, no Ministério da Saúde, se mostraram muito atentos às prescrições de autoridades sanitárias, enquanto outros, inspirados pelo próprio Presidente da República, Jair Bolsonaro, minimizavam a gravidade da crise. Esta dualidade afeta até hoje as respostas que prefeitos, governadores e a União vêm dando às novas contingências, apresentadas pela pandemia, opondo-se entre liberar as atividades de vários tipos ou manter o isolamento social. O fato é que nem sempre conselhos de epidemiologistas ou sanitaristas são levados em conta.

Dentre as agências do governo, que estavam se preparando para enfrentar a crise sanitária, destaca-se a Fiocruz. Já em março, pouco antes de ser decretado o isolamento social, ela dizia estar pronta para produzir 20 mil testes semanais para detecção do Sars-cov-2 (vírus que é o vetor da COVID-19) e capacitar laboratórios, em quinze estados, para a mesma tarefa (Jornal GGN, 2020a). Dias mais tarde, no entanto, técnicos da Fiocruz não puderam apresentar, em uma reunião do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), um pedido para a obtenção de empréstimo para a fabricação de kits diagnósticos, sob a alegação de que o Ministério da Saúde já tinha recursos para tal fim (Jornal GGN, 2020b). Os testes produzidos não tiveram escala suficiente para uma ampla testagem da população (aí os recursos do BNDES fizeram falta) e muitos foram importados. Talvez por isso, o ministro Henrique Mandetta tenha dito que seria impossível testar toda a população brasileira.

Aí, entramos na parte dos protocolos, para o controle e tratamento da COVID-19. A OMS é uma organização multilateral e, portanto, suas recomendações não têm força de lei nacional. Na maior parte das vezes, a OMS pode padronizar regulações nacionais e coordenar reações internacionais contra pandemias, como a que estamos enfrentando agora. Suas prescrições, elaboradas por seu corpo técnico, se tornam referência para governos, médicos, imprensa e o público em geral.

A especificidade do caso brasileiro, com uma divisão inicial dentro do governo federal e um conflito com os estados, tornou a aplicação das recomendações da OMS muito confusa. Ações na esfera federal e nos governos estaduais foram bem adequadas ao vertiginoso início da pandemia. O primeiro caso confirmado de COVID-19, no Brasil, ocorreu no dia 26 de fevereiro, e no

dia 20 de março, foi divulgado que já havia transmissão comunitária no país³. A rápida evolução da pandemia motivou que fosse decretado o isolamento social, com reflexo na atividade econômica, acompanhado de ampla difusão de informação junto ao público de medidas de proteção e sobre os sintomas da doença. Tais medidas, ainda que abertamente, sabotadas, por segmentos políticos apoiados pelo Presidente da República, eram coerentes com as recomendações da OMS e com a política de países que estavam combatendo, com sucesso, a COVID-19 e evitaram a perda de muitas vidas.

Mas houve uma grande falha, do ponto de vista do que a OMS prescreveu para os governos: não houve rastreamento de contato. O objetivo do rastreamento é impedir ou, se isso não for possível, retardar a difusão da doença. Na pior das hipóteses, isso adia a situação de transmissão comunitária. Essa abordagem implica testagem de casos suspeitos da doença e de pessoas, que estiveram em contato com casos comprovados de contaminação, isolando os comprovadamente doentes e os que podem desenvolver os sintomas e transmitir a doença. Como vimos, não houve esforço na produção doméstica, em escala de testes, o que foi resultado de certa displicência, em enfrentar a emergência de COVID-19 e de um erro de avaliação do ministro Mandetta. Isso talvez ajude a explicar como a pandemia se espalhou tão rapidamente pelo país.

No campo das vacinas, temos dois grandes institutos fornecedores do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Mas no cenário global, poucos laboratórios são capazes de conduzir pesquisas da envergadura necessária para conseguir a imunização do Sars-cov-2. No entanto, o caminho para conseguir uma vacina que previna a doença dificilmente pode ser trilhado por um único laboratório. Pesquisas prévias, patentes, componentes de diversos tipos como adjuvantes⁴ ou matérias-primas transformam a cooperação entre laboratórios numa situação quase incontornável. As pesquisas para a obtenção de uma vacina não são projetos de curto prazo e podem ser mal sucedidas, tornando estéril um grande investimento. Esta é mais uma motivação para a cooperação entre laboratórios de porte global (BOLLYKY; BOWN, 2020).

3. Transmissão sustentada no interior de uma comunidade, cidade ou país, que independe de pessoas doentes que tragam a doença para o interior desse espaço geográfico.

4. Adjuvantes são substâncias responsáveis por intensificar ou prolongar a ação dos antígenos. Os antígenos são o principal componente da vacina, porque são responsáveis por fazer o sistema imunológico identificar e combater o patógeno, que é o vírus ou a bactéria responsável por provocar a doença.

É necessário considerar ainda, que a pesquisa e a produção são atividades diferentes. Uma vacina eficaz pode ser licenciada para diversos laboratórios, ou vendida pelo detentor da patente, o que atrasaria a imunização em todo o mundo. A descoberta de uma vacina eficaz não resulta, necessariamente, na imunização de populações em todo o mundo. Por isso a OMS insiste em transformar as vacinas contra o Sars-cov-2 em um bem público global.

Os principais laboratórios brasileiros na produção de vacinas – a Fiocruz e o Instituto Butantan – entraram na corrida global em parceria com laboratórios e institutos de pesquisa estrangeiros. A empresa chinesa Sinovac batizou sua vacina de coronovac e tem feito testes clínicos no Brasil, em parceria com o Instituto Butantan, enquanto a Fiocruz trabalha em uma parceria com a Universidade de Oxford e a empresa britânica AstraZeneca. A expectativa de ambas as parcerias é a de transferência de tecnologia e de produção local, que poderia dar início a um programa inicial de imunização (FIORAVANTI, 2020). Os laboratórios nacionais dominam tecnologias necessárias para a produção das vacinas (embora não dominem a técnica para a produção dos antígenos dos congêneres estrangeiros) e podem garantir produção interna, preservando o país de um “leilão” por vacinas, semelhante ao que aconteceu com os respiradores. A Fiocruz já garantiu que pode produzir, mensalmente, 40 milhões de doses e que a vacina que ajuda a desenvolver pode começar a ser produzida no primeiro semestre de 2021. A Fiocruz ainda desenvolve dois projetos próprios de vacina.

O atendimento aos infectados por COVID-19 foi dificultado pelo crescimento vertiginoso de casos, logo no início da pandemia. Era claro que os leitos da rede pública e da privada não eram suficientes e a capacidade de ambas as redes tinha de ser expandida. No caso da rede pública, os governos estaduais criaram hospitais de campanha, estruturas provisórias, para atender aos pacientes de COVID-19, que não puderam encontrar leitos nos hospitais. Os hospitais de campanha foram estruturas caras e muitas vezes mal utilizadas, seus equipamentos foram comprados num momento de alta demanda, tiveram preço elevado e houve várias acusações de corrupção.

A estrutura do SUS, principalmente, os profissionais que estiveram na “linha de frente”, foi o recurso mais empregado pela maior parte dos cidadãos. Isso se deve à estrutura do serviço de saúde, que faz com que mesmo os segurados de planos de saúde tenham acesso aos seus serviços, enquanto a maior parte dos cidadãos não pode usufruir dos serviços privados. Essa duplicidade

entre saúde pública e privada gera desigualdade, no acesso aos serviços de saúde, desigualdade que só se aprofundou durante a pandemia.

Em dezembro de 2019, a proporção da população brasileira dependente do SUS era de 77,59%, enquanto a que era atendida por planos de saúde era de 22,41%. A proporção de dependentes do SUS era maior em todas as regiões do país, exceto no Sudeste. Quando foi necessário um incremento no leito de UTIs, por conta da pandemia, ela se deu na seguinte proporção: os leitos de UTI SUS passaram, em dezembro de 2019, de 23.049, para um total em abril de 2020, de 26.153. Os leitos de UTI não SUS, por sua vez, passaram de 22.996 em dezembro de 2019, para 34.112 em abril de 2020. A diferença na aquisição de leitos entre a rede pública e a rede privada é nítida, mas a desproporção fica ainda mais clara, quando se leva em consideração a diferença na proporção de leitos de UTI, da população dependente, e a da que conta com planos de saúde. Há 12,45 leitos SUS/mil habitantes e 72,45 leitos não SUS/mil habitantes (CABRAL; COTRIM JÚNIOR, 2020).

Desigualdade na oferta de leitos entre os pacientes do SUS e os dos planos de saúde			
	Leitos de UTI (dez. 2019)	Leitos de UTI (abr. 2020)	Proporção da população dependente (dez. 2019)
SUS	23.049	26.153	77,59%
Planos de Saúde	22.996	34.112	22,41%
Fonte: CABRAL; COTRIM JÚNIOR, 2020.			

A diferença de recursos entre a rede pública e a rede privada de saúde, para o atendimento de proporções bem diferentes da população, prejudicou a prestação de serviços de saúde, nos momentos mais críticos da pandemia de COVID-19. Isso pode motivar uma revisão dos subsídios públicos, para o mercado de saúde, embora os interesses envolvidos na manutenção desses privilégios sejam bastante influentes. O SUS poderia coordenar, ao menos regionalmente, respostas locais bem eficientes ao aumento do número de casos. No entanto, a politização da pandemia provocou uma polarização entre o Presidente da República e alguns governadores dos estados, sendo que vários deles buscaram um protagonismo que ignorava os Conselhos de Saúde. O SUS é um ativo do Estado, que poderia ser bem melhor empregado. Sua estrutura hospitalar foi intensamente utilizada e pela maior parcela da população. Ainda assim, contou com muito menos recursos do que poderia ter.

Conclusão

O desenvolvimento de um país é um processo de longo prazo, que passa pela urbanização, modernização, criação de uma classe média instruída, afastando-se de uma ambiência rural e costumes políticos caracterizados por laços pessoais. Este é um horizonte do que significa desenvolvimento muito familiar, mas o próprio conceito de desenvolvimento tem se modificado e ampliado. O bem-estar da população é, hoje, amplamente reconhecido como um requisito para o desenvolvimento (EVANS, 2008).

As instituições são um componente essencial do desenvolvimento. Elas não apenas trazem previsibilidade, como consolidam conhecimentos e experiências. É claro que elas podem e devem mudar, afinal, as circunstâncias mudam. Mas a trajetória das instituições cria capacidades das quais o Estado pode dispor para enfrentar novos problemas, ou planejar novos objetivos. Essas capacidades podem ser desenvolvidas no âmbito burocrático, como em universidades ou centros de pesquisa (o Butantan e a Fiocruz aparecem aqui como exemplos), em articulações com setores políticos ou econômicos (como é o caso das Parcerias de Desenvolvimento Produtivo), ou terem forte apoio social (este é o caso do SUS). O essencial é que as instituições representam ativos importantes para um país.

O Brasil é um país em desenvolvimento e teve uma trajetória político-institucional marcada por rupturas no regime democrático. Enquanto o SUS foi criado com a Constituição de 1988, o National Health Service (NHS, o sistema público de saúde inglês) data de 1948. Países com maior estabilidade política tendem a produzir instituições (políticas, científicas, sociais) mais sólidas. De qualquer forma, o Estado brasileiro tem instituições que o capacitam para se articular com outros atores políticos, no sentido de promover suas próprias políticas públicas.

O objetivo deste trabalho foi mostrar que o Brasil não estava totalmente desarmado para se defender da emergência sanitária representada pela pandemia de COVID-19. Apesar de esforços anônimos e valorosos, a resposta à crise foi prejudicada por uma liderança política confusa e por um clima intenso de polarização. Sem dúvida, iniciativas pertinentes foram tomadas, mas muito tempo precioso foi perdido, com discussões infrutíferas sobre a eficácia de medicamentos comprovadamente ineficazes, ou sobre os malefícios do uso de máscaras. Se as lideranças nacionais fossem mais atentas às reais necessidades que surgiram durante a pandemia, preocupadas em informar o público adequadamente e voltadas a tomar medidas somente com

embasamento científico, poderiam usar melhor os recursos a sua disposição, e atuar de forma mais virtuosa, para o fim último de qualquer bom governo: cuidar de vidas humanas.

Referências

Sites consultados

Fundação Oswaldo Cruz. www.fiocruz.br

Instituto Butantan. www.butantan.gov.br

Organização Mundial de Saúde. www.who.int

Documentos

WHO. Critical preparedness, readiness and response actions for Covid-19. Interim guidance. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>. Acesso em: 4 nov. 2020.

WHO. Contact tracing in the context of Covid-19. Interim guidance. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>. Acesso em: 4 nov. 2020.

Demais fontes

BOLLYKY, Thomas J.; BOWN, Chad P. The tragedy of vaccine nationalism. *Foreign Affairs*. Sep./Oct. 2020. Disponível em: <https://www.foreignaffairs.com/articles/united-states/2020-07-27/vaccine-nationalism-pandemic>. Acesso em: 15 ago. 2020.

Bolsonarismo paralisa ajuda do BNDES ao combate à coronavírus, *Jornal GGN*, 21 mar. 2020. Disponível em: <https://jornalggn.com.br/a-grande-crise/bolsonarismo-paralisa-ajuda-do-bndes-ao-combate-a-coronavirus/>. Acesso em: 4 nov. 2020.

CABRAL, Lucas Manoel da Silva; COTRIM JÚNIOR, Dorival Fagundes. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público e o privado e iniquidades regionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020.

COSTA, Laís Silveira; GADELHA, Carlos A. Grabois. In: BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira (orgs.). *Políticas de saúde no Brasil*. Continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

DELGADO, Ignacio Godinho. Health and pharmaceutical industry, a positive sum game, and the dilemmas of brazilian industrial policy. In: BALESTRO, Moisés;

GAITÁN, Flavio (orgs.). *Untangling industrial policy: ideas and coordination between state and business*. Brasília: Verbena, 2019.

EVANS, Peter. In search of the 21st century developmental state. Working Paper n. 4. The Centre of Political Economy. Brighton: University of Sussex, 2008.

Fiocruz produzirá kits para diagnóstico do novo coronavírus, *Jornal GGN*, 4 mar. 2020. Disponível em: <https://jornalggm.com.br/coronavirus/fiocruz-produzira-kits-para-diagnostico-do-novo-coronavirus/>. Acesso em: 4 nov. 2020.

FIORAVANTI, Carlos. Para ganhar tempo. *Pesquisa Fapesp*, 293, julho de 2020. São Paulo: Pesquisa Fapesp. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/para-ganhar-tempo/>. Acesso em 4 nov. 2020.

MENICUCCI, Telma Maria G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. Mar. 2014, v. 21, n. 1.

_____. Política de saúde no Brasil: continuidade e inovações. In: ARRETHCHE, Marta; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de; MARQUES, Eduardo (orgs.). *As políticas da política: desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT*. São Paulo: Unesp, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PIVETTA, Marcos. À procura de atalhos. *Pesquisa Fapesp*, 293, julho de 2020. São Paulo: Pesquisa Fapesp. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/a-procura-de-atalhos/>. Acesso em: 4 nov. 2020.

Artigo recebido em 16/11/2020 e aprovado para publicação em 25/11/2020

ISSN 1677-7883

DOI: <http://dx.doi.org/10.31607/coletanea-v19i38-2020-2>

Como citar:

DANTAS, Luiz Bruno. As capacidades estatais na resposta brasileira à pandemia de COVID-19. *Coletânea: Revista de Filosofia e Teologia da Faculdade de São Bento do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 38, p. 201-214, jul./dez. 2020. Disponível em: www.revistacoletanea.com.br