

ARTIGOS

Hemerson Luiz Pase¹

Ana Paula Patella²

O COMBATE À COVID-19 EM COMPARAÇÃO: BRASIL, EUA E REINO UNIDO

THE FIGHT AGAINST COVID-19 IN COMPARISON: BRAZIL, USA AND UK

RESUMO:

O objetivo é analisar as políticas públicas de combate à Covid-19, através da comparação dos resultados alcançados pelo Brasil, Estados Unidos da América e Reino Unido. O problema é qual a relação entre a concepção de Estado, as ações do governo e o comportamento político para o combate à pandemia da Covid-19? Os resultados apontam para que houve impacto direto das medidas de lockdown e, principalmente, da resposta social de isolamento no controle dos principais picos de transmissão e óbitos. Também foi possível perceber a relevância do sistema previamente estruturado para a suficiência do atendimento de saúde.

Palavras-chave: Pandemia; Cultura cívica; Políticas públicas; Política comparada.

ABSTRACT:

The objective is to analyze public policies to combat Covid-19, by comparing the results achieved by Brazil, the United States and the United Kingdom. The problem is what is the relationship between the conception of State, government actions and political behavior to combat the Covid-19 pandemic? The results indicate that there was a direct impact of the lockdown measures and, mainly, of the social isolation response in the control of the main transmission peaks and deaths. It was also possible to perceive the relevance of the previously structured system for the sufficiency of health care.


Keywords: Pandemic; Civic culture; Public policy; Comparative politics.


INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, diversos casos de pneumonia de origem desconhecida foram identificados na província de Wuhan, na China. Muitos dos pacientes declararam ter circulado no mercado de frutos do mar da localidade e, a partir de então, foi identificada a transmissão de uma nova espécie de vírus, inicialmente de morcegos para humanos e após

entre humanos, a qual deu origem à epidemia da doença que restou denominada de Covid-19.

A Covid-19 é uma enfermidade ocasionada por uma nova espécie de coronavírus, que pode levar ao desenvolvimento um quadro de síndrome respiratória aguda grave e até culminar em óbito. Como se sabe, não existe tratamento para a doença, o que tem sido feito é o controle dos sintomas com o intuito de evitar o agravamento do quadro clínico do doente na tentativa de im-

¹ Professor, Pesquisador, Universidade Federal do Rio Grande – FURG. hemerson.pase@gmail.com,  <https://orcid.org/0000-0002-3322-3003>

² Doutoranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. anapaulapatella@gmail.com,  <https://orcid.org/0000-0002-9498-560X>

pedir o óbito e possibilitar a reabilitação natural. Ao mesmo tempo, depois de cerca de um ano do início da pandemia, foram desenvolvidas alternativas de vacinas viáveis, as quais vem sendo utilizadas na prevenção da doença.

Diante desse contexto, a epidemia iniciada na China, avançou para os diversos continentes durante o ano de 2020, sendo, em janeiro daquele ano, identificados os primeiros casos de Covid-19 na Europa, em Bordeaux e Paris, na França, de onde se espalhou para os demais países. Depois disso, em fevereiro de mesmo ano, houve a identificação do primeiro caso na América do Sul, no Brasil, tendo também, posteriormente, se espalhado para os diversos países do continente.

Nesse processo de alastramento pelo mundo, a epidemia foi enquadrada no status de pandemia pela Organização Mundial da Saúde, e, atualmente, já acometeu mais de cem milhões de pessoas com a doença e já ocasionou o óbito de quase dois milhões e quinhentos mil doentes.

O crescimento acentuado e avassalador dos números de afetados pela pandemia requereu um imediato posicionamento dos chefes de estado de todas as nações acometidas e, além disso, diante desse quadro, apresentou-se uma demanda crescente por assistência à saúde em parâmetros que desafiaram os sistemas anteriormente projetados.

A partir daí, foram visualizados dois movimentos principais partindo dos governantes: de um lado, uma destinação volumosa de recursos públicos para a ampliação da rede de assistência à saúde e, de outro lado, a indicação de restrição à circulação e aglomerações de pessoas, que variaram em intensidade e momento, atingindo até a paralisação total de atividades e movimentação urbana.

A amplitude da destinação de verbas

institucionais e reação social e comportamental a essa indicação de isolamento foram diversas nos variados países, sendo compreensível que tais variações se devam a diferentes situações prévias do sistema de saúde (quanto mais precário, mais necessitou de investimento), às concepções políticas dos governantes (compreensão do papel do Estado como promotor de proteção social ou não) e à cultura política das populações (que podem ter mais capacidade de reivindicar a ação protetiva do Estado e de cooperar com a atenção às indicações de cuidado e redução da circulação).

Diante dessas percepções, surge o seguinte questionamento: qual a relação entre concepções de Estado, ações de governo e comportamento cívico para o combate à pandemia da Covid-19?

Na tentativa de responder a esse questionamento, com o objetivo de comparar as políticas públicas de combate ao Covid-19 para tentar compreender quais os erros e acertos das diferentes concepções de estado, culturas políticas e formas de enfrentamento da pandemia, o presente estudo utiliza a metodologia da política comparada, utilizando como parâmetros três países com diferentes concepções de Estado, políticas de saúde e indicadores de cultura política para traçar comparações *cross case* e *whitin case* e analisar a eficácia das políticas adotadas para o combate da pandemia da Covid-19.

Os países de análise são o Brasil, os Estados Unidos da América e o Reino Unido por apresentarem todos populações relevantes, números altos de contaminados e vítimas, mas, ao mesmo tempo, diferentes políticas de saúde, estratégias estatais de combate à doença e indicadores de cultura política.

Para desenvolver o estudo, inicialmente, são explanadas as políticas públicas de saúde

de cada um dos três países adotadas até o ano de 2019 e as características culturais de cada uma das sociedades. Posteriormente, são analisadas as principais medidas e estratégias adotadas por cada um dos três países no decorrer do ano de 2020. No terceiro momento, acionamos dados relativos à evolução de casos e óbitos causados pela doença. E, finalmente, serão traçadas comparações *cross case* e *whitin case* para analisar a eficácia das estratégias estatais.

A SAÚDE PÚBLICA E A CULTURA POLÍTICA NO BRASIL, EUA E REINO UNIDO

Para iniciar o presente estudo, faz-se necessário analisar as políticas públicas de saúde de cada um dos três países adotadas até o ano de 2019 e as características culturais de cada uma das sociedades. Com isso, compreenderemos as principais diferenças do *status quo ante* pandemia e assim preparar a análise das ações estatais e resultados com maior qualidade.

Política de saúde e cultura política no Brasil

Política de saúde

A Constituição Federal de 1988 assegura direitos individuais e garantias fundamentais a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes, com a expressa referência, em seu artigo 1º, da dignidade da pessoa humana como fundamento da República (BRASIL, 1988). Logo, é direito de todos o reconhecimento, respeito, proteção e até mesmo promoção e desenvolvimento da dignidade, podendo inclusive falar-se de um direito a uma existência digna (COMPARATO, 1997), para a qual a Constituição Federal prevê, em seu artigo 5º, que Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988).

Ainda, o direito à saúde está individualmente previsto na Carta Fundamental como um dever do Estado, destinado a todos, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Logo, quer em virtude de o direito à vida ser inerente à dignidade humana, quer em virtude desse direito estar previsto na Constituição Federal, é seguro afirmar que o Estado Brasileiro tem o dever de garanti-lo mediante a prestação universal e igualitária dos serviços de saúde, sobretudo porque, sem ele, de nada valeria a proclamação de todos os demais direitos (MENDES, 2009).

Quer dizer, o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde está presente na legislação do Estado brasileiro como política pública fundamental.

Para regulamentar a implementação dessa política, foi editada, em 1990, a Lei n. 8080, instituindo-se o Sistema Único de Saúde. Tal legislação, além de dispor acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, reafirma, expressamente, em seu artigo 2º, que: A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

Como visto, normativamente, há no Brasil, política pública de saúde, de acesso universal, que visa assegurar a saúde e a vida de todo o cidadão brasileiro ou estrangeiro residente no território nacional.

É verdade que são notórias as dificuldades de implementação das políticas que integram o Sistema Único de Saúde brasileiro, conforme já analisado por um dos autores (PATELLA, 2020), havendo inequívoca carência em todos os níveis de atenção.

O sistema idealizado no Brasil é exemplar, contudo, a sua incongruência com as fontes de custeio dificultam a implementação da política, havendo, portanto, uma previsão legal de amplo atendimento que não se concretiza com facilidade (PATELLA, 2020).

Cultura Política

A partir da literatura clássica sobre cultura política é possível afirmar que a brasileira é marcadamente sujeita e paroquial (ALMOND & VERBA,). Os analistas brasileiros darão outros títulos para demonstrar o pouco apressado à democracia, à participação dos cidadãos e a falta de accountability as lideranças políticas. José Alvaro Moisés afirma que o brasileiro tem um comportamento ambivalente em relação à democracia pois apoia a democracia mas acredita que às vezes a ditadura é melhor para resolver seus problemas (MOISÉS, 2008).

Neste mesmo caminho seguem as análises de José Murilo de Carvalho e Marcelo Baquero.

Carvalho (1996, p.75) afirma, a respeito da construção da cidadania no Brasil:

Apesar de não participar da política oficial, de não votar, ou de não ter consciência clara do sentido do voto, a população tinha alguma noção sobre direitos dos cidadãos e deveres do Estado. O Estado era aceito por esses cidadãos, desde que não violasse um pacto implícito de não interferir em sua vida privada, de não desrespeitar seus valores. De modo que nos períodos posteriores, correspondente ao governo de Getúlio Vargas, a experiência democrática nos anos de 1945 a 1964 e a fase final da ditadura civil-militar, os cidadãos brasileiros não tiveram a oportunidade do exercício da cidadania, ante o histórico de cidadão reativo, ou cidadão em negativo, verificada na precária relação entre o Estado, o governo e o indivíduo.

No mesmo sentido, a compreensão de Baquero (2001, p. 99):

Frequentemente se constata, na bibliografia sobre a evolução do Estado no Brasil, e com certa razão, a influência de um passado de instabilidade política e econômica, bem como de um legado autoritário que tem obstaculizado a construção de uma cultura política verdadeiramente democrática no País.

(...)

O fator preponderante desta linha de análise é a influência do clientelismo, o personalismo e a incapacidade do povo na suposta incapacidade da sociedade em se mobilizar autonomamente para fiscalizar e modificar o processo político.

A forma de evolução do Estado teria propiciado a socialização de valores de distanciamento e apatia tornando sua influência na política improvável.

A partir dessas perspectivas teóricas da cultura política brasileira, pode-se esperar que haja menor engajamento e cooperação com o funcionamento das políticas públicas, quando elas dependem de comportamento cívico.

Tal expectativa, será analisada empiricamente no terceiro título do presente estudo, onde serão analisados e comparados os dados de efetividade e eficácia das medidas de combate à pandemia da Covid-19 adotadas pelos países em análise.

Política de saúde e cultura política nos EUA

Política de saúde

Os Estados Unidos da América são o berço da implementação de agendas liberais, logo após a independência, e o grande militante neoliberal desde o início do século XX. Esta concepção que valoriza mormente a iniciativa privada e as virtudes do mercado impacta fortemente a área da saúde, cujos serviços foram se desenvolvendo sem nenhum protagonismo do Estado e de forma desorganizada, com clínicas individuais, práticas coletivas empresariais, lucrativas e voluntárias (FERREIRA, 1989).

Na década de sessenta, surgiram dois importantes sistemas de saúde públicos: o Medicaid – que se destinava à atenção à saúde de pessoas com baixos rendimentos, e o Medicare – com alvo no público de mais de 62 anos (COSTA, 2013). Depois disso, em 1985 foi promulgada legislação que possibilitava aos empregados manter o seguro de saúde, mesmo depois da aposentadoria, e em 1987 foi criado o State Children’s Health Insurance Program (SCHIP), com o objetivo de prestar cuidados de saúde às crianças das famílias mais pobres” (COSTA, 2013, p. 159).

Em 2010, foi aprovada pelo Congresso americano e sancionada pelo presidente Barack Obama uma proposta mais ambiciosa em termos de assistência pública à saúde, o *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*, traduzido livremente para Lei da Proteção do Paciente e da Acessibilidade aos Cuidados, e mundialmente conhecido como *Obama Care* (EUA, 2010). Essa normativa prevê, basicamente, (I) a obrigatoriedade de contratação de seguro saúde pelos cidadãos, (II) a regulação dos planos de seguro saúde, com a redução dos preços e a ampliação da acessibilidade, e (III) a complementação com subsídios estatais para aqueles que não tenham condições de custeio por auferirem rendas baixas (EUA, 2010).

Desde a sua aprovação, o *Obama Care* vem enfrentando resistência de grande parte dos governadores dos Estados americanos. Conforme sistematiza (OAKES e DI-GIOIA, 2017, p. 121):

Entre os anos de 2010 e o início de 2016, 22 legislaturas estaduais haviam promulgado leis e medidas que desafiavam ou excluíaam os estados das amplas reformas de saúde referentes às disposições obrigatórias da Lei de Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis (ACA).

Por enquanto, a Suprema Corte americana tem garantido a constitucionalidade do programa, ressaltando apenas a autonomia dos Estados e a impossibilidade de manter válidas “disposições legais complementares que requeriam dos estados a expansão da cobertura” impunham “uma sanção aos estados que se recusassem a expandir o Medicaid sob a forma de confisco da

totalidade dos fundos existentes do Medicaid” (OAKES e DI-GIOIA, 2017, p. 120-121).

Nesse contexto, o que se vê é que os Estados Unidos da América não possuem um sistema de saúde público, nem com atendimento direto, nem com a terceirização do serviço. Efetivamente, o sistema é privado, com algumas categorias sendo beneficiadas por coberturas securitárias e subsídios custeados pelo poder público e, ainda assim, enfrenta resistência política relevante.

Cultura política

Alexis de Tocqueville escreveu uma obra clássica da ciência política enaltecendo as virtudes da democracia norteamericana e as virtudes daquela sociedade com grande capacidade associativa e de resolução de problemas e empreender (TOCQUEVILLE, 1988). O autor não ignorou os limites daquele regime, principalmente a escravidão, contudo se entusiasmara com a modernidade representada pelo espírito cívico do povo, aliado às instituições políticas criadas pelos fundadores da independência.

Para Almond & Verba, a cultura cívica é encontrada nos EUA, cuja comparação o eleva a condição de tipo ideal de cultura política congruente com uma democracia consolidada (ALMOND & VERBA, 1989).

Mais recentemente em estudo sobre o processo de mudança das instituições políticas do executivo italiano, Robert Putnam, desenvolve o conceito de capital social para definir a característica social cívica (PUTNAM, 1996). Em estudo sobre os EUA, o autor,

desenvolve a tese de que a mudança de hábitos diminuiu o estoque de capital social da sociedade americana. A pujante vida associativa que foi fundamental para o sucesso do capitalismo norteamericano estaria em declínio na primeira metade do século XIX. Para Putnam a apatia dos norteamericanos em relação à democracia, materializados pelos elevados índices de não comparecimento às urnas, ocorre em razão do declínio das redes de engajamento cívico que marcaram sua história (PASE, 2012).

No entanto, é importante considerar que, historicamente, o desenvolvimento da sociedade americana baseou-se na “tradição horizontal comunitária britânica”, enquanto que “a América Latina recebeu como dote a verticalidade ibérica” (PASE, 2012, p. 39).

Segundo essa tradição horizontal, as normas de reciprocidade generalizada alimentam um sentimento de confiança, categorias centrais para o conceito de capital social, que influencia no desempenho político e econômico. Tais normas implicam na crença, dos membros da comunidade, que o comportamento altruísta do presente, que contribui para o bem estar, será retribuído no futuro. Estas redes de engajamento cívico robustecem as normas de reciprocidade, cuja influência produz sanções para aqueles que não retribuem tornando-se eficazes na medida em que a informação sobre a confiabilidade é comunicada através das redes. (PASE, 2012, p. 39)

Essa, portanto, seria a característica principal da cultura política americana, que definiu o seu desenvolvimento econômico e político.

Assim, embora esteja sofrendo, segundo Putnam (2002), um decréscimo nessa capacidade cooperativa e participativa, tem historicamente traços diversos da América Latina e do Brasil.

Política de Saúde e Cultura Política no Reino Unido

Política de Saúde

O Reino Unido possui o sistema público de saúde mais antigo do mundo: o National Health System – NHS, fundado em 1948.

Assim como o Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, o NHS baseia-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

Também da mesma forma que no SUS, a ideia inicial do NHS era a descentralização dos serviços. No entanto, houve forte resistência da classe médica e a descentralização não foi efetivada (TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

Algumas tentativas liberalizantes foram tentadas, nos anos 80 e 90, mas não foram aprovadas pelo parlamento e a integralidade, universalidade e unidade estão mantidas até a atualidade (TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

Conforme disposto no próprio manual do National Health Service, sistematizado por Nicoletti e Faria (2017), as atribuições do Sistema Britânico incluem:

- Saúde Primária (Atenção Básica): fornecida por uma variedade de provedores, como os GP, dentistas, optometristas, farmacêuticos e centros de pronto atendimento.
- Acute Trusts: serviços secundários e mais especializados. Estes serviços em sua maioria são providos pelos CCG, porém alguns mais especializados são providos diretamente pelo NHS.
- Ambulance Trusts: serviços de transporte emergenciais tanto para enfermidades fatais quanto não fatais. Em alguns casos, também inclui serviços não emergenciais de transporte hospitalar.
- Mental Health Trusts: prestação de serviços comunitários, internamento e assistência social para uma ampla gama de doenças psíquicas. São serviços em geral de responsabilidade dos CCG. No entanto, também podem ser encontradas em organizações do próprio NHS, no setor voluntário e no setor privado.
- Serviços comunitários de saúde: providos por fundações e não fundações comunitárias de saúde. Os serviços incluem enfermeiros locais, visitantes de saúde, escola de enfermagem, serviços especializados para a comunidade, hospital domiciliar, centros de pronto-socorro e reabilitação domiciliar.

Como se pode ver, portanto, assim como no Brasil, no Reino Unido, há sistema público, universal e gratuito, de atenção à saúde.

Cultura Política

Em relação à cultura política proeminente no Reino Unido é relevante importar as conclusões de Almond e Verba (1989), que apontam-no como uma sociedade paradigma na confiança interpessoal e no comportamento cívico.

Almond e Verba são os precursores do campo temático da cultura política e a origem de sua teoria se dá a partir de uma análise da cultura política em cinco países: Estados Unidos, Reino Unido, México, Itália e Alemanha Ocidental (BORBA, 2005).

Logo, a partir das suas análises, é possível aproximar a cultura política do país ao conceito de cultura cívica, a qual traduziria uma espécie de cultura política positiva ou saudável, a qual, segundo, Putnam (1996) melhoraria o desempenho das instituições e favoreceria a estabilidade da democracia

Nesse sentido, reitera-se a análise de Pase (2012), sobre a obra de Putnam (2002), já apontada acima, de que a tradição comunitária britânica é horizontal, onde as “normas de reciprocidade generalizada alimentam um sentimento de confiança, categorias centrais para o conceito de capital social, que influencia no desempenho político e econômico” (PASE, 2012, p. 39).

Vemos, portanto, segundo análises teórico-empíricas, a identidade positiva da cultura política do Reino Unido.

PRINCIPAIS MEDIDAS E ESTRATÉGIAS ADOTADAS E EVOLUÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 NOS PAÍSES EM ANÁLISE

Estabelecida, ainda que superficialmente, a situação de onde partem, seja estruturalmente, seja culturalmente, as condições de combate à pandemia da Covid-19 em cada um dos três países em análise, cabe agora passar a considerações sobre as principais medidas e estratégias adotadas e os dados relativos à evolução de casos e óbitos causados pela doença.

Medidas de Combate à Pandemia e Evolução de Casos no Brasil

Como visto na primeira parte do presente, normativamente, há no Brasil, política pública de saúde, de acesso universal, que visa assegurar a saúde e a vida de todo o cidadão brasileiro ou estrangeiro residente no território nacional.

Nessa linha, o sistema idealizado no Brasil é exemplar. No entanto, a incongruência com as fontes de custeio dificulta a implementação da política, havendo, portanto, uma previsão legal de amplo atendimento que não se concretiza com facilidade (PATELLA, 2020).

A partir disso, o que se percebeu da atuação estatal no combate à pandemia enquanto disponibilização de estrutura de atendimento, seguiu essa tendência.

De um lado, o Governo Federal repassou recursos e os Estados (federados) apresentaram tentativas de cumprir com o seu dever constitucional de disponibilização de atendimento aos enfermos, mas de outro, a ação estatal se deparou com um sistema débil, com poucas condições de ampliar o atendimento de forma suficiente.

Conforme dados do portal da transparência do governo federal do Brasil, no ano de 2020, foram destinados R\$ 414,73 bilhões ao combate da pandemia da Covid-19 – o que equivale a 12,54% do total dos gastos públicos e 5,6% do PIB nacional, e, no ano de 2021, foram destinados R\$ 4,45 bilhões ao combate da pandemia da Covid-19 – o que equivale a 0,35% do total dos gastos públicos (BRASIL, 2021).

Em relação à disponibilização de atendimento, importa exemplificar com a corrida por ampliação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva – necessária à contenção dos sintomas em casos graves.

Segundo levantamento sistematizado por Cotrim Junior e Cabral (2020), o total de leitos de UTI no Brasil passou de 46.045 em dezembro de 2019 para 60.265 em abril de 2020. Em junho de 2020, esse número já passava de 66.700 leitos e, segundo levantamento da Bright Cities, esse parâmetro se manteve até janeiro de 2021 (PITTA, 2021).

Ainda assim, a despeito do incremento de mais de 25 mil leitos de UTI no Brasil, sem adentrar nas peculiaridades de cada região ou Estado, as quais evidenciariam ainda uma desigualdade de condições entre as diferentes localidades, as notícias de fila de espera por leitos e de óbitos em fila de espera são constantes e estão espalhadas pelo país.

Ao mesmo tempo, em paralelo à insuficiência do sistema de saúde, percebeu-se a ausência de política adequada de contenção à disseminação do vírus em território nacional. Sequer se consegue identificar e categorizar as políticas, pois a marca dos documentos encontrados em pesquisa é a inação, que resultou recentemente na abertura da CPI da pandemia que pretende apurar, em linhas gerais, a responsabilidade pela ausência de imposição de lockdown, a escassez dos auxílios financeiros ofertados, dentre outras opções que culminaram nos altos índices de contágio e óbitos registrados ultimamente no país, conforme registrado em notícias do próprio Conselho

Não havendo ação estatal adequada, e, tendo em vista a cultura política do brasileiro, indicada na parte inicial do presente estudo como incapaz de se organizar e mobilizar autonomamente, os índices de isolamento social no Brasil se mantiveram baixos durante toda a pandemia, tendo apresentado uma média nacional de 31,7% em fevereiro de 2020, chegando ao recorde de 62,2% em 23 de março de 2020 e voltando a baixar de 50% em maio daquele ano, desde quando se manteve em variação entre 30% e 40% até fevereiro de 2021 (MAPBOX, 2021).

Diante da estruturação estatal parca e do comportamento social indicado, percebemos que a evolução de contágio, no Brasil, se manteve com constante, havendo poucas inflexões, sendo difícil identificar baixas relevantes em nenhum momento da evolução da pandemia, conforme gráfico colhido das estatísticas sistematizadas pelo site Google, alcançadas mediante resultado de pesquisa com as palavras “Estatísticas Coronavírus” (GOOGLE, 2021):

Evolução diária

Fonte: [JHU CSSE COVID-19 Data](#) · Última atualização: 2 dias atrás



O acompanhamento tem início em março de 2020 e demonstra o descontrole constante da curva de óbitos pela doença, não havendo nenhuma inflexão de redução e o aumento descontrolado a partir de março de 2021. A evolução descontrolada da pandemia culminou, até agora, em 15 de abril de 2021, em um total de mais de 13,7 milhões de infectados e mais de 365 mil óbitos.

Tais números equivalem a 6,49% de infectados e 0,17% de óbitos, em relação à população total do país.

Medidas de Combate à Pandemia e Evolução de Casos nos Estados Unidos da América

Diferentemente do Brasil, conforme vimos no capítulo inicial do presente estudo, nos Estados Unidos da América não há política pública de saúde ou previsão institucional e legislativa para o amplo acesso aos serviços de saúde.

No entanto, a situação da pandemia e a emergência em saúde dela originada acabou levando a ações de estatização da saúde que se iniciaram com a destinação de 50 bilhões de dólares por Donald Trump, em março de 2020, aos Estados e Municípios e culminaram na aprovação pelo congresso americano de auxílios que inclui a destinação de 175 bilhões de dólares para combater a pandemia com a disponibilização de testes e tratamentos para a covid-19 gratuitos para toda a população e, de outro lado, a destinação de 900 bilhões de dólares em auxílio direto aos americanos, incentivo a empresas e programas de desemprego (FERRAZ, 2020).

Assim, a despeito da conduta também negacionista do ex-presidente americano Donald Trump, houve uma importante ampliação estatal para aportar a atenção à população seja pela face do atendimento à saúde, seja pelo viés do aporte econômico.

Nessa linha, segundo dados do congresso americano, sistematizados na matéria disponível em

<https://www.poder360.com.br/internacional/gasto-com-covid-19-pelos-eua-ja-supera-plano-marshall/>, os pacotes de combate à covid-19 nos Estados Unidos da América haviam alcançado, até o final de 2020, a soma de 2,9 trilhões de dólares, o que equivale a 14,5% do Produto Interno Bruto do país (FERRAZ, 2020).

Ao lado disso, percebeu-se, inicialmente, entre abril e maio de 2020, a indicação de isolamento social pelo presidente americano. No entanto, tal conduta inicial seguiu-se de incentivo de retomada das atividades e até de manifestações contrárias ao isolamento social, conforme se percebe de leitura de notícias do New York Times e outros canais de mídia americanos.

De qualquer sorte, no auge da primeira onda, quando houve a indicação nacional de isolamento social por parte da população, os americanos chegaram a alcançar a taxa de 80% (oitenta por cento) – o que ultrapassa a indicação de especialistas de 70% para a eficácia da medida (CNN, 2020).

Nesse mesmo momento, a evolução da curva de contágio foi contida em baixos índices, com o posterior aumento a partir da segunda quinzena de junho de 2020, quando foi encerrada a indicação de isolamento nacional. A curva de contágio colhida das estatísticas sistematizadas pelo site Google, alcançadas mediante resultado de pesquisa com as palavras “Estatísticas Coronavírus”, demonstra claramente tais alterações (GOOGLE, 2021):

Evolução diária

Fonte: [The New York Times](#) · Última atualização: 20 horas atrás



Quanto aos dados da curva de óbitos no país, obtidos mediante a mesma sistemática de pesquisa, vemos o mesmo movimento de contenção do aumento, com importante redução em meados de abril e durante o mês de maio de 2020, com o posterior aumento descontrolado no segundo semestre do mesmo ano (GOOGLE, 2021):

Evolução diária

Fonte: [The New York Times](#) · Última atualização: 20 horas atrás



Como se vê, o enfrentamento estatal com ampla destinação de verbas e a resposta comportamental havida após a primeira onda do contágio, aparentemente, surtiram efeito de contenção e redução da gravidade da pandemia no país entre os meses de abril a junho de 2020, voltando a haver descontrole no segundo semestre, onde a indicação de isolamento social foi reduzida e controvertida pelo Ex-Presidente americano.

Nos Estados Unidos da América, evolução da pandemia culminou, até agora, em 15 de abril de 2021, em um total de mais de 31,6 milhões de infectados e mais de 565 mil óbitos.

Tais números equivalem a 9,6% de infectados e 0,17% de óbitos, em relação à população total do país.

Medidas de Combate à Pandemia e Evolução de Casos no Reino Unido

Como vimos na parte inicial do presente ensaio, assim como no Brasil, no Reino Unido, há sistema público, universal e gratuito, de atenção à saúde. Em verdade, mais que isso, Reino Unido possui o sistema público de saúde mais antigo do mundo, fundado em 1948, cujas atribuições são as mais amplas possíveis.

Ao mesmo tempo, a capacidade econômica da potência europeia é consideravelmente superior que a do Brasil e, em linhas gerais, mesmo tendo passado por reduções decorrente de políticas de austeridade, não há notícias de que o sistema apresentasse dificuldades de funcionamento antes da pandemia da Covid-19.

Nessa linha, o sistema de saúde britânico já é estruturado e já previa o amplo acesso.

Ainda assim, houve incremento de destinação de verbas em momentos de necessidade, mas, segundo notícias, tais valores não são tão expressivos se comparados ao investimento feito pelo Estado em políticas de apoio econômico.

Atualmente, o governo britânico já desembolsou mais de 570 bilhões de dólares para mitigar os efeitos dos confinamentos e de outras restrições na economia britânica (AFP, 2021).

Isso se explica também pela massiva adesão da população britânica às medidas de lockdown que acabam por impactar ainda mais fortemente na economia, aumentando o índice

de desemprego, que passou de pouco mais de 3% antes da pandemia para cerca de 5,1% no final de 2020 (ESTADÃO, 2021).

O lockdown foi medida constante do governo britânico no combate à pandemia e constantemente apresentou resultados imediatos na queda da média de mortes. Como exemplo, vemos que antes do último lockdown realizado, em janeiro de 2021, a média móvel de mortes era de 1.280 por dia. Em fevereiro, dia 12, tal média havia caído para 494, com uma redução de 61%, segundo afirma a infectologista Ana Luiza Gilbertoni, em dados reproduzidos por Hallal (2021).

Evolução diária

Fonte: [JHU CSSE COVID-19 Data](#) · Última atualização: 2 dias atrás



Mais claro ainda se torna o impacto das medidas adotadas para o controle da doença no gráfico de evolução das mortes no país (obtido da mesma pesquisa supra, em GOOGLE, 2021):

Evolução diária

Fonte: [JHU CSSE COVID-19 Data](#) · Última atualização: 2 dias atrás



No Reino Unido, como se pode ver, houve controle dos dois picos de mortes por covid-19, sempre com resultado posterior aproximando tal dado a zero.

No país, a evolução da pandemia culminou, até agora, em 15 de abril de 2021, em um total de mais de 4,3 milhões de infectados e mais de 127 mil óbitos.

Tais números equivalem a 6,5% de infectados e 0,18% de óbitos, em relação à população total do país.

AS POLÍTICAS E RESULTADOS EM COMPARAÇÃO

Nesta última parte do trabalho, serão traçadas comparações entre os dados apurados nas duas partes iniciais para analisar as correlações de eficácia das estratégias estatais e as variáveis que podem ter impactado nos resultados alcançados.

Como visto na primeira parte do presente, normativamente, há no Brasil, política pública de saúde, de acesso universal, que visa assegurar a saúde e a vida de todo o cidadão brasileiro ou estrangeiro residente no território nacional, apresentando-se como um sistema idealizado de forma exemplar.

No entanto, a incongruência com as fontes de custeio dificulta a implementação da política, havendo, portanto, uma previsão legal de amplo atendimento que não se concretiza com facilidade.

A partir disso, para o combate à pandemia, o Brasil precisava disponibilizar atendimento, mas para fazer isso a partir de um sistema precário, com poucas condições de ampliar o atendimento em ação imediata, o investimento de 5,6% do PIB nacional, em um ano, não foi suficiente para evitar os óbitos em espera por leitos.

Ao mesmo tempo, em paralelo à insuficiência do sistema de saúde, percebeu-se a

ausência de política adequada de contenção à disseminação do vírus em território nacional. Não houve indicação adequada de isolamento social e muito menos o atendimento a ele, por parte da população que, após o primeiro impacto da pandemia, entre abril e maio de 2020, nunca mais atingiu sequer 50% no índice de isolamento.

Os baixos índices de isolamento foram agravados pela ausência de suporte financeiro aos necessitados para garantir o mínimo existencial e incentivar a adesão ao isolamento.

Obviamente, diante da estruturação estatal parca, da inação estatal e da cultura de baixo civismo, marcada pela incapacidade de organização e mobilização autônoma, no Brasil nunca houve controle das curvas de contágio e óbito, e hoje o brasileiro se depara com a pior situação desde o início da pandemia, onde os índices de óbito já se igualaram às demais nações e continuam a crescer a níveis galopantes.

Diferentemente do Brasil, conforme vimos no capítulo inicial do presente estudo, nos Estados Unidos da América não havia política pública de saúde ou previsão institucional e legislativa para o amplo acesso aos serviços de saúde.

No entanto, a situação da pandemia e a emergência em saúde dela originada acabaram levando o Estado a ações de estatização da saúde que se iniciaram com a destinação de 50 bilhões de dólares por Donald Trump, em março de 2020, aos Estados e Municípios e culminaram na aprovação pelo congresso americano de auxílios que inclui a destinação de 175 bilhões de dólares para combater a pandemia com a disponibilização de teses e tratamentos para a covid-19 gratuitos para toda a população.

Ao mesmo tempo, viu-se, na ação estatal americana, a destinação de 900 bilhões de dólares em auxílio direto aos americanos, incentivo a empresas e programas de desemprego.

Assim, a despeito da conduta também negacionista do ex-presidente americano Donald Trump, houve uma importante ampliação estatal para aportar a atenção à população seja pela face do atendimento à saúde, seja pelo viés do aporte econômico.

Em tal contexto, com pacotes de combate à covid-19 que já ultrapassaram quantia equivalente a 14,5% do Produto Interno Bruto do país, viu-se melhor desempenho no controle da pandemia, sobretudo no momento em que indicado e atendida a recomendação de lockdown.

Finalmente, quanto ao Reino Unido, o sistema de saúde é público, universal e gratuito e atende com satisfação as necessidades populacionais, já apresentando estrutura que, com incremento de destinação de verbas em momentos de necessidade, fez frente à demanda pandêmica.

Por outro lado, o grande investimento do governo britânico destinou-se a mitigar os efeitos econômicos do confinamento, destino para o qual houve a destinação de mais de 570 bilhões de dólares (equivalente a 20% do PIB do Reino Unido).

Tal investimento, que incentiva a adesão às políticas de isolamento, houve massiva resposta da população britânica às medidas de lockdown – medida constante do governo britânico no combate à pandemia, que sempre que adotada apresentou resultados imediatos na queda da média de mortes.

Como se viu dos gráficos apresentados na parte anterior do presente, no Reino Unido, houve controle dos dois picos de mortes por covid-19, sempre com resultado posterior aproximando tal dado a zero.

A comparação entre os números de infectados e de óbitos, em percentual da população, ainda não responde adequadamente às questões aqui delineadas.

Ao que se viu, no Brasil, tais números equivalem, respectivamente, a 6,49% de infectados e 0,17% de óbitos, em relação à população total do país. Nos Estados Unidos da América, os infectados e os óbitos equivalem a 9,6% de infectados e 0,17% de óbitos, em relação à população total do país. No Reino Unido, tais números equivalem a 6,5% de infectados e 0,18% de óbitos, em relação à população total do país.

Aparentemente, percebe-se maior número de infectados nos Estados Unidos e relação semelhante entre os óbitos nos três países.

Contudo, os dados apresentados quanto aos infectados dependem de diversos fatores como testagem adequada e até o devido registro. Quanto aos óbitos, também há controvérsia nos registros e também acerca da letalidade das diferentes cepas do vírus que se desenvolveram nas diferentes localidades.

Assim, tratando-se de dados que merecem melhor tratamento, por ora, o que se pode concluir é que houve impacto direto das medidas de lockdown e, principalmente, da resposta social de isolamento no controle dos principais picos de transmissão e óbitos.

Ainda, é preciso considerar a relevância do sistema previamente estruturado para a suficiência do atendimento de saúde, vendo-se que no tanto Brasil, quanto Estados Unidos, a destinação de verbas não foi suficiente para evitar as filas de atendimento, enquanto que no Reino Unido, não há notícias nesse sentido.

CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou um esforço inicial para alinhar uma resposta ao seguinte questionamento: qual a relação entre concepção de Estado, ações de governo e comportamento cívico como variáveis impactantes para o combate à pandemia da Covid-19?

Com o objetivo de comparar as políticas públicas de combate ao Covid-19 para tentar compreender quais os erros e acertos das diferentes formas de enfrentamento da pandemia, o trabalho embasou-se no método da política comparada, utilizando como parâmetros três países com diferentes concepções de Estado, políticas de saúde e indicadores de cultura política: Brasil, os Estados Unidos da América e o Reino Unido.

Inicialmente, foram explanadas as políticas públicas de saúde de cada um dos três países adotadas até o ano de 2019 e as características culturais de cada uma das sociedades.

Nesse capítulo, vimos que o Brasil possui previsão legal de um sistema público de saúde público e universal, mas que enfrenta

dificuldades de execução. Ainda, quanto à cultura cívica, trata-se de sociedade com baixos índices de automobilização e cooperativismo.

Quanto aos Estados Unidos da América, foi possível compreender que não há previsão de atendimento público de saúde, mas que, por outro lado, trata-se de sociedade com comportamento cívico de relações horizontais, com maiores traços de confiança interpessoal.

Em relação ao Reino Unido, identificou-se que se trata do sistema público de saúde mais antigo do mundo, com amplo atendimento e suficiência. No que diz com o comportamento cívico, a literatura indica como exemplar ou paradigmático.

Feito isso, passou-se às análises das principais medidas e estratégias adotadas pelos governantes desde o início de 2020 e do comportamento das sociedades.

No ponto, percebeu-se maior inação do Estado brasileiro, tanto na seara do investimento, quanto no aspecto da indicação de comportamento social de isolamento. Percebeu-se também menor resposta da população brasileira, quando das recomendações de redução da circulação.

Nos Estados Unidos, identificou-se comportamento inconstante do governo, com inicial indicação de isolamento e posterior flexibilização. A resposta populacional foi positiva, no momento em que imposto o lockdown. Por outro lado, houve massivo investimento em ampliação do atendimento em saúde, com previsão de atendimento público, e, ao mesmo tempo, ampla destinação de verbas à estabilização da economia.

Quanto ao Reino Unido, houve constante utilização da medida de lockdown, sempre com resposta populacional. Ao mesmo tempo, foi feito o maior investimento em medidas econômicas, dos três países em análise.

O que se pode concluir deste estudo inicial é que a estruturação prévia do sistema de saúde britânico foi fundamental para a suficiência no atendimento, já que nos outros dois países a destinação maior ou menor de investimentos em saúde não supriu a demanda, demonstrando que

não é possível fazer o sistema funcionar ou até criá-lo apenas quando a demanda surge, independentemente da disponibilidade de riqueza.

É possível concluir também que a utilização do lockdown, atrelado a investimento e políticas de redistribuição direta, que incentivam a adesão às políticas de isolamento, impactou no controle imediato das curvas de contágio e óbitos, tanto nos Estados Unidos, no primeiro semestre de 2020, quanto no Reino Unido, durante todo o período pandêmico, onde a adoção do lockdown sempre apresentou resultado de redução dos óbitos aproximando tal dado a zero.

Considerando-se que, no Brasil, nunca houve correta atenção às medidas de redução da circulação e correlacionando tal dado às culturas políticas inicialmente delineadas, pode-se visualizar um impacto da cultura cívica na eficácia da política pública.

Finalmente, quanto à comparação entre os números de infectados e de óbitos, em percentual da população, os dados ainda não respondem adequadamente às questões delineadas, merecendo melhor tratamento, já que, em relação aos infectados, é preciso considerar as políticas de baixa ou ampla testagem, e, em relação aos óbitos, é necessário considerar a controvérsia nos registros e também acerca da letalidade das diferentes cepas do vírus que se desenvolveram nas diferentes localidades.

Diante Disso, o que se pode concluir, até o momento, é que houve impacto direto das medidas de lockdown e, principalmente, da resposta social de isolamento no controle dos principais picos de transmissão e óbitos.

Também foi possível perceber a relevância do sistema previamente estruturado para a suficiência do atendimento de saúde.

O trabalho demonstra que é estimulante a possibilidade de traçar uma relação entre cultura política e eficácia das políticas públicas. Não obstante, seja necessário aprofundar estudos como este. A agenda que permanece evidente é utilizar modelos estatísticos para identificar claramente as relações causais entre tais variáveis.

REFERÊNCIAS

ALMOND, G.; VERBA, S. 1989 [1963]. **The civic culture: political attitudes and democracy in five nations**. Princeton: Princeton University Press.

AFP. (2021). Reino Unido prolonga auxílio para amenizar efeito da pandemia. **Isto é Dinheiro**. 03 de março de 2021. Disponível em <https://www.istoedinheiro.com.br/reino-unido-prolonga-auxilio-para-amenizar-efeito-da-pandemia/>, acesso em 15 de abril de 2021.

BAQUERO, M. (2001) Cultura política participativa e desconstrução democrática: reflexões sobre o Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspectiva**. 2001, vol.15, n.4 [cited 2021-03-01], pp.98-104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392001000400011&lng=en&nrm=iso

BORBA, J. (2005) Cultura política, ideologia e comportamento eleitoral: alguns apontamentos teóricos sobre o caso brasileiro. **Opinião Pública**. Campinas, Vol. XI, nº 1, Março, 2005, p. 147-168.

BRASIL (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

_____. Lei nº 8.080 (1990). **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (Brasil); CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO - CGU. (2021). **Portal da Transparência do Governo Federal**. Disponível em <http://www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2020>, acesso em 15 de abril de 2021.

- _____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (Brasil); CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO - CGU. (2021). **Portal da Transparência do Governo Federal** [online]. Disponível em <http://www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2021>, acesso em 15 de abril de 2021.
- _____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). (2021). Site de notícias do CNS [online]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/especial-cns-no-enfrentamento-a-covid-19>, acesso em 15 de abril de 2021.
- CARVALHO, J. M. (1996). **A construção da ordem: a elite política imperial. Teatro das sombras: a política imperial**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- CNN. (2021). 80% da População dos Estados Unidos estão em Isolamento [online]. 01 de abril de 2020. Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/2020/04/01/80-da-populacao-dos-estados-unidos-estao-em-isolamento>, acesso em 15 de abril de 2021
- COMPARATO, F. K. (1997). **Fundamento dos Direitos Humanos**. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo.
- COSTA, J. P. (2013). A reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA. **Arq Med** [online]. 2013, vol.27, n.4, pp.158-167. ISSN 2183-2447.
- COTRIM JUNIOR, D. F. & CABRAL, L. M. da S. (2020). Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300316&lng=en&nrm=iso.
- EUA, 2010. Public Law 111 - 148 - **Patient Protection and Affordable Care Act**. Disponível em <https://www.govinfo.gov/app/details/PLAW-111publ148/PLAW-111publ148>, acesso em 15 de abril de 2021.
- FERRAZ, M. (2020). Gasto com Covid-19 pelos EUA Já Supera Plano Marshall. **Poder 360** [online]. 25 de dezembro de 2020. Disponível em <https://www.poder360.com.br/internacional/gasto-com-covid-19-pelos-eua-ja-supera-plano-marshall/>, acesso em 15 de abril de 2021.
- FERREIRA, F. G. (1989). **Sistemas de saúde e seu funcionamento. Sistemas de cuidados de saúde no mundo. O caso particular de Portugal**. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- GOOGLE, 2021. Acessado mediante pesquisa dos termos “Estatísticas de Coronavírus”, no site www.google.com, em 15 de abril de 2021.
- HALLAL, M. (2021). Com lockdown, media móvel de casos de coronavirus no Reino Unido cai 70%. **Estadão Internacional** [online]. 22 de fevereiro de 2021. Disponível em <https://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,com-lockdown-media-movel-de-casos-de-coronavirus-no-reino-unido-cai-79,70003623606>, acesso em 15 de abril de 2021.
- MAPBOX, 2021. <https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt>
- MOISÉS, J. A. (2008). Cultura política, instituições e democracia: Lições da experiência brasileira. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. V. 23. N.66. Fevereiro de 2008. P. 11-42.
- NICOLETTI, M. e FARIA, T. (2017). Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica. **Infarma - Ciências Farmacêuticas** v29. e4. 2017. pp313-327
- OAKES, A. ET. ALL. (2017). Obamacare e a linguagem dos “direitos dos estados”: federalismo não cooperativo ou constitucionalismo “dinossauro”. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 119-143, Dezembro de 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392017000300119&lng=en&nrm=iso.

PASE, H. L. (2012). Capital Social e Qualidade de Vida. **REVISTA DEBATES**, Porto Alegre, v.6, n.1, p. 35-59, jan.-abr. 2012.

PATELLA, A. P. D. (2020). **Saúde pública no Brasil: direito x realidade** [online]. Belo Horizonte: IE-PREV, 2020. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/8980>

PITTA, I. (2021). Em um ano de pandemia, Brasil abre 1 leito de uti covid para cada 10 mil pessoas. **CNN** [online]. 04 de março de 2021. Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/04/em-um-ano-de-pandemia-brasil-abre-1-leito-de-uti-covid-para-cada-10-mil-pessoas>, acesso em 15 de abril de 2021

PUTNAM, R. (1996). **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

PUTNAM, R. e GOSS, K. (2002). Introduction. In: PUTNAM, Robert (Org.). **Democracies in flux. The evolution of social capital in contemporary societies**. New York: Oxford University Press, 2002. p. 3-21.

TANAKA O. e OLIVEIRA V. E. (2007). Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde Soc.** 2007; 16(1):7-17

TOCQUEVILLE, A. (1988). **A democracia na América**. Belo Horizonte, Itatiaia; São Paulo, Editora da USP.