



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS

MARIA LUISA DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE

DESIGUALDADES EM SAÚDE NO BRASIL E REINO UNIDO À LUZ DOS
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

JOÃO PESSOA, PARAÍBA

2024

Maria Luisa de Oliveira Albuquerque

DESIGUALDADES EM SAÚDE NO BRASIL E REINO UNIDO À LUZ DOS
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à conclusão do Curso de
Graduação em Relações Internacionais da
Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Zeferino de
Menezes

JOÃO PESSOA, PARAÍBA

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A345d Albuquerque, Maria Luisa de Oliveira.
Desigualdades em saúde no Brasil e Reino Unido à luz
dos determinantes sociais da saúde / Maria Luisa de
Oliveira Albuquerque. - João Pessoa, 2024.
65 f. : il.

Orientação: Henrique Zeferino de Menezes.
TCC (Graduação) - UFPB/CCSA.

1. Saúde global. 2. Determinantes sociais da saúde.
3. Sepsis. I. Menezes, Henrique Zeferino de. II. Título.

UFPB/CCSA

CDU 327

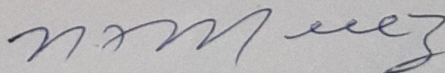
MARIA LUISA DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE

**DESIGUALDADES EM SAÚDE NO BRASIL E REINO UNIDO À LUZ DOS
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

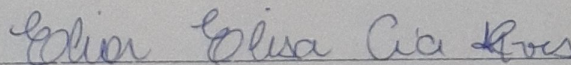
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Relações Internacionais do Centro
de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA) da
Universidade Federal da Paraíba (UFPB),
como requisito parcial para obtenção do grau
de bacharel (a) em Relações Internacionais.

Aprovado(a) em, 14 de OUTUBRO de 2024

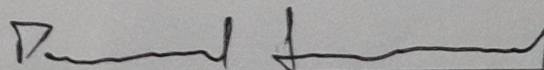
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes-- (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Prof. Dra. Elia Elisa Cia Alves
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Prof. Dr. Pascoal Teófilo Carvalho Gonçalves
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a meus pais por todo o auxílio e por terem apoiado no ousado plano de ir para a capital começar o curso dos meus sonhos. Agradeço à minha mãe, Policênia, por toda a ajuda e por não desistir de mim, mesmo com todas as nossas diferenças, e também por ter me formado quem sou. Muito em mim vem de você – quantas vezes não me pego dizendo “minha mãe que me ensinou” quando alguém elogia algo em mim – e, embora existam algumas dessas coisas que tento mudar, a maioria eu aprendi a amar.

Apesar de não estar mais aqui para ler, também agradeço muito a meu pai, que, apesar de ter partido desse plano, deixou para mim a herança mais valiosa: a educação que me permite andar com minhas próprias pernas e trabalhar para construir o meu futuro. Obrigada, papai, por ter aberto mão de tantas coisas pra si pra me propiciar ter uma vida digna. Obrigada por todos os ensinamentos. Acho que você estaria orgulhoso de mim, e isso me basta.

Agradeço também a outros familiares importantes nessa jornada: minha irmã Camila, por tudo, sempre, por ser meu porto seguro mesmo quando tudo está caótico por saber que a gente se entende do nosso jeito; meus tios Tiago, Dalmo e Gleice; os pequenos da família, Vicente e Davi, que em breve (mais ou menos) já conseguirão ler esse trabalho; Tatá, minha madrinha que tanto me auxiliou nos últimos anos; minha avó Dalva por ajudar em minha criação; e todos os demais parentes que, de alguma forma, fizeram parte dessa conquista. E, apesar de não serem de sangue e nem da mesma espécie, cito minha família de coração: meus gatinhos Oliver e Amora, que não sabem ler mas sabem sentir, e com certeza sentem todo o amor que tenho por eles e muito me ajudam nos estudos com sua companhia incondicional.

Agradeço também a Gabriel por absolutamente tudo. Eu não teria suportado os últimos anos se não fosse ao seu lado, com toda a sua gentileza e cuidado, e você sabe disso. Te amo imensamente e a minha gratidão será eterna, não importa onde estivermos – mas espero que juntos. Também agradeço a sua mãe, seus avós e tios por me acolher tão carinhosamente enquanto família.

Também devo gratidão aos amigos que me acompanharam nessa caminhada, principalmente Catharina, que conheci no curso e que, desde o primeiro semestre, se mostrou uma verdadeira irmã. Enfrentar a vida acadêmica e o início da

vida adulta com você deixou tudo mais fácil. Você foi e continuará sendo a melhor vizinha que já tive, não importa quantos quilômetros nos separam.

À Lídia e Tarcylla, minhas amigas mais queridas de infância cujas amizades sobreviveram ao teste do tempo e das mudanças que a vida adulta traz; e a Pedro, Paula, Luan, Hérica e Isley, cujas relações ultrapassaram o ambiente de trabalho e tornaram-se amizades para a vida, meu muito obrigada. Pela amizade, por toda a ajuda, pela compreensão nesses últimos tempos, por não terem desistido de mim, por me mostrarem que família vai muito além de laços sanguíneos. Amo todos vocês.

Também agradeço aos docentes do curso de Relações Internacionais, pelo enorme privilégio de ter aprendido com pessoas brilhantes em um campo tão desafiador, e também por toda a compreensão em meio a trancamentos e atrasos nos últimos semestres. Devo, ainda, um agradecimento especial ao meu orientador, Henrique Zeferino, por me introduzir aos determinantes sociais da saúde e à Saúde Global, tema que pesquisei com tanto afinco, e também por toda a gentileza e acompanhamento atencioso na realização deste trabalho.

Por fim, agradeço à pessoa mais importante para a existência desse trabalho: a mim mesma. Por vezes olho para a minha jornada e mal consigo acreditar que consegui realizar meu sonho de vir para a capital e estudar Relações Internacionais. Cheguei a João Pessoa com dezesseis anos e muita vontade de ver o mundo. Mal poderia esperar os desafios que os próximos anos trariam, entre a pandemia, perder meu pai, começar a trabalhar em tempo integral, me sustentar sozinha e até lidar com uma depressão severa. E mais improvável ainda seria o fato de que eu conseguiria superar tudo isso e estaria hoje, aos vinte e dois anos, finalizando o curso que tive que trancar mais de uma vez, aprovada em concursos federais e genuinamente feliz e esperançosa pelo futuro. Muito obrigada, Maria Luisa. Só você sabe o quão difícil foi chegar até aqui e já não acho que exista algo que você não consiga enfrentar.

RESUMO

O presente trabalho se propõe a analisar as desigualdades entre os sistemas de saúde e as realidades sociais do Brasil e do Reino Unido, à luz da perspectiva dos determinantes sociais da saúde, conceito estudado no âmbito da Saúde Global, campo das Relações Internacionais focado em considerar necessidades em saúde mundiais, não apenas de países específicos. Para a análise, utiliza a incidência de casos e a mortalidade por sepse enquanto indicador principal, com o auxílio de uma estrutura analítica que enfoca os eixos político, institucional e socioeconômico dos dois países. Os resultados mostram que as notáveis diferenças socioeconômicas entre os países, apesar de importantes similitudes no aspecto político dos países e dos seus sistemas de saúde, explicariam a desigualdade entre casos e mortalidade por sepse entre eles. No Brasil, apesar de uma incidência proporcionalmente menor de casos, há uma mortalidade significativamente maior, decorrente das desigualdades históricas e estruturais entre os dois países e menos agravada pelas características do seu sistema de saúde.

Palavras-chave: Saúde global; determinantes sociais da saúde; sepse.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the inequalities between the health systems and social realities of Brazil and the United Kingdom, in light of the perspective of social determinants of health, a concept studied within the scope of Global Health, a field of International Relations focused on considering global health needs, not just those of specific countries. For the analysis, it uses the incidence of cases and mortality from sepsis as the main indicators, with the aid of an analytical framework that focuses on the political, institutional, and socioeconomic axes of both countries. The results show that the notable socioeconomic differences between the countries, despite important similarities in the political aspects of the countries and their health systems, would explain the inequality in cases and mortality from sepsis between them. In Brazil, despite a proportionally lower incidence of cases, there is a significantly higher mortality rate, resulting from the historical and structural inequalities between the two countries and less exacerbated by the characteristics of its health system.

Keywords: Global health; social determinants of health; sepsis.

LISTA DE TABELAS

TABELA I - Nível democrático e de liberdade de expressão no Brasil e Reino Unido entre 2019 e 2023, a partir do Democracy Index	41
TABELA II - Nível de liberdades civis no Brasil e Reino Unido entre 2019 e 2023, a partir do Varieties of Democracy	43
TABELA III - Níveis de desemprego no Brasil e Reino Unido entre 2019 e 2023 (%)	49
TABELA IV - População em insegurança alimentar no Brasil e Reino Unido em 2023 (%)	51
TABELA V - População em situação de pobreza no Brasil e Reino Unido entre 2019 e 2023 (%)	52
TABELA VI - Renda per capita no Brasil e Reino Unido entre 2019 e 2023 (US\$) ..	52
TABELA VII - Índice de Gini no Brasil e Reino Unido entre 2017 e 2021	54
TABELA VIII - Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil e Reino Unido entre 2017 e 2021	54

LISTA DE QUADROS

QUADRO I - Incidência e mortalidade por sepse no Brasil, Reino Unido e Mundo (Médias anuais)	38
QUADRO II - Estrutura analítica de determinantes sociais de saúde por indicador	39
QUADRO III - Adesão do Brasil e Reino Unido a acordos internacionais de Direitos Humanos e Direito à Saúde	43
QUADRO IV - Estrutura de análise comparativa de indicadores sociais da saúde entre Brasil e Reino Unido	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção primária à saúde
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NHS	National Health System
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONS	Office for National Statistics
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	16
2. 1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO	16
2. 2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CONCEITUAÇÃO E ESTRUTURA DE ANÁLISE	22
3. ANÁLISE DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DO REINO UNIDO	27
3. 1. O SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE BRASILEIRO	28
3. 2. O NATIONAL HEALTH SERVICE NO REINO UNIDO	32
4. ANÁLISE COMPARATIVA DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE ENTRE BRASIL E REINO UNIDO	37
4. 1. A SEPSE COMO INDICADOR	37
4. 2. ANÁLISE DESCRITIVA POR INDICADOR	39
4. 2. 1. EIXO POLÍTICO	40
4. 2. 1. 1. FORMA E SISTEMA DE GOVERNO	40
4. 2. 1. 2. NÍVEL DEMOCRÁTICO E LIBERDADE DE EXPRESSÃO	41
4. 2. 1. 3. RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS	42
4. 2. 1. 4. SISTEMA ECONÔMICO PREDOMINANTE	44
4. 2. 2. EIXO INSTITUCIONAL	45
4. 2. 2. 1. RESPONSABILIDADE E NÍVEL DE CENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	45
4. 2. 2. 2. FORMAS DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE	47
4. 2. 2. 3. COBERTURA POPULACIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE	47
4. 2. 2. 4. COBERTURA DE SERVIÇOS DO SISTEMA DE SAÚDE	48
4. 2. 3. EIXO SOCIOECONÔMICO	49
4. 2. 3. 1. DESEMPREGO	49
4. 2. 3. 2. SEGURANÇA ALIMENTAR	50
4. 2. 3. 3. POBREZA E EXTREMA POBREZA	51
4. 2. 3. 4. RENDA PER CAPITA	52
4. 2. 3. 5. DISTRIBUIÇÃO DE RENDA	53
4. 2. 3. 6. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO	54
4. 3. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE BRASIL E REINO UNIDO	55

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca analisar os sistemas de atenção à saúde de dois importantes países no sistema internacional, o Brasil e o Reino Unido, por meio de uma estrutura analítica baseada na perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde, tendo como principal variável de comparação a ocorrência e a mortalidade por sepse. Esse conceito se refere a uma abordagem que, indo muito além dos aspectos biológicos e clínicos da saúde, informa que as condições físicas e psicológicas, e a realidade socioeconômica em que diferentes populações se desenvolvem, influenciam diretamente nas condições de saúde nelas presentes (Marmot *et al.*, 2008).

Por sua vez, a sepse – antes chamada de “infecção hospitalar” – se caracteriza como uma disfunção dos órgãos causada por uma resposta desregulada do corpo do indivíduo a uma infecção, que pode ser proveniente de bactérias, fungos, vírus ou outros patogênicos parasitários (Singer *et al.*, 2016). No Brasil, a sepse mata mais que o infarto agudo do miocárdio, enquanto no Reino Unido ela é responsável por mais mortes do que o câncer de mama e de próstata combinados. Ainda assim, a desinformação sobre ela permanece expressiva, tanto fora quanto dentro dos hospitais – e se fora desses ambientes especializados a falta de conscientização sobre o problema já é preocupante, dentro deles, onde os cuidados são essenciais para evitá-la, a questão torna-se ainda mais urgente.

O interesse pessoal pelo tema surgiu quando, em abril de 2022, meu pai foi internado em decorrência de uma infecção urinária em um hospital público no interior da Paraíba. Com a piora do seu estado e ao analisar os alarmantes dados de que aproximadamente 85% dos casos de morte relacionada à sepse ocorrem nos países mais pobres (Rudd *et al.*, 2020), percebi que, por estar no Brasil, apesar de ser extremamente saudável previamente, suas chances de sobrevivência não eram altas. De fato, poucos dias depois, ele faleceu em decorrência de um choque séptico, sendo inegável que seu lugar de nascimento – e morte – foi decisivo para sua partida.

Dada a imensa discrepância de incidência da doença entre países, fica evidente que a causa não é mera causalidade do destino, e muito menos somente biológica. Considerando que não apenas fatores biológicos incidem sobre os resultados em saúde, optamos por analisar este problema à luz dos determinantes

sociais da saúde, por compreender que há motivos estruturais para essa desigualdade, os quais residem em fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. E, sendo a desigualdade um dos principais alvos de preocupação internacionalmente, bem como sendo sua causa estrutural e evidenciada pelas relações entre desenvolvimento e subdesenvolvimento, estudar o que causa essa distinção é de extrema relevância para o campo das Relações Internacionais.

De acordo com o conceito da interdependência complexa de Keohane e Nye (1989), os atores e acontecimentos do sistema internacional se afetam mutuamente, mas não de forma equilibrada, de modo que a linha entre questões domésticas e questões externas se esmaecem entre si. De fato, Marmot *et al.*, 2008 apontam essa relação enquanto especialmente presente no âmbito da saúde, no qual os países quase sempre não podem agir sozinhos, ao tempo em que dividem custos e também riscos, como a transmissão de doenças entre si.

Sobre o tema, Berger e Kickbusch (2010) afirmam que

Como os novos desafios transfronteiriços da saúde precisam ser resolvidos de forma conjunta pelos países, as questões de saúde estão ultrapassando o reino puramente técnico e se tornando um elemento essencial das políticas externa e de segurança, assim como nos acordos comerciais. Isto representa uma mudança de abordagem onde a saúde internacional deixa de ser considerada principalmente no contexto da política de desenvolvimento, cujos resultados são medidos pelo fluxo dos recursos do Norte para o Sul, para uma perspectiva em que a saúde global transcende fronteiras e se caracteriza pelo sentido da responsabilidade coletiva pela saúde. (p. 19)

Não obstante, os países não lidam com essas consequências da mesma forma. Tomando como exemplo a pandemia da Covid-19, a ONG Oxfam International estimou que, para cada uma morte em um país de renda alta, houve quatro em um país de renda média ou baixa (Berkhout *et al.*, 2021). Dessa forma, é evidente que as diferentes realidades internas aos países afetam o acesso e os resultados em saúde. Os casos do Reino Unido e do Brasil são importantes para compreender como essas diferentes podem trazer resultados distintos em saúde - são dois países que possuem sistemas universais de saúde, porém com fartas distâncias entre suas realidades, refletindo nas próprias estruturas dos sistemas, como também nos resultados em saúde das suas respectivas populações.

A escolha desses países se justifica pela potencialidade de comparação entre eles. Hoje, são dois países democráticos; são signatários de acordos internacionais sobre direitos humanos, além de membros das principais organizações

internacionais econômicas e políticas; e, primordialmente, são Estados com sistemas universais de saúde públicos, bem estruturados e com muitas similitudes.

Por outro lado, se destacam importantes distinções, principalmente concernentes à situação econômica e a posição no sistema internacional. O Brasil foi um país colonizado e é entendido, hoje, como “em desenvolvimento” ou, conforme as teorias estruturalistas e da dependência, – um país subdesenvolvido e dependente. Já o Reino Unido foi um país colonizador, sendo um dos principais responsáveis por lançar ao mundo o projeto colonizador e manter-se com base nele por séculos, sendo, por isso, um país desenvolvido, que muito cresceu às custas dos demais.

Esses fatores, tanto de semelhança – por uma perspectiva formal e estrutural –, quanto de diferença – na prática –, acabam por fazer a comparação entre os países ser extremamente interessante para a análise dos determinantes sociais da saúde. Ora, se as intenções dos países quanto a seus sistemas de saúde são semelhantes, bem como os métodos, as formas de financiamento e as estruturas institucionais que os cercam, os resultados deveriam ser semelhantes. Porém, não são, e tentaremos entender o porquê com base na estrutura analítica apresentada e utilizando, como variável, a sepse.

A relevância dessa doença enquanto indicador de desigualdades internacionais é notável por características da própria condição; ela é causada por uma reação multiforme a uma infecção e está diretamente interligada tanto a fatores exógenos ao corpo do indivíduo, quanto a doenças pré-existentes, conforme estudo clínico de Singer *et al.* (2016). Angus e Poll (2013) descrevem que os fatores de risco para a enfermidade são um conjunto das predisposições do paciente à infecção, juntamente à probabilidade de disfunção de órgãos, caso a doença avance. Essas duas variáveis podem ser afetadas por fatores como doenças crônicas, agentes imunossupressores, idade, sexo, etnia, entre outras características genéticas e sociais. Logo, nota-se que, por não ser causada por um agente patogênico único, mas sim por um conjunto de fatores e variáveis biológicas e não biológicas, a sepse representa um importante reflexo da realidade social de um povo.

Outra característica da sepse que faz dela um bom ponto de partida para a comparação é o fato da doença ser relativamente comum. Estudo de Rudd *et al.* (2020) mostra que, só no ano de 2017, foram registrados globalmente cerca de 49

milhões de casos de sepse, sendo 11 milhões de óbitos registrados, representando estarrecedores 20% de todas as mortes naquele ano. Assim, as taxas de mortalidade por sepse estão diminuindo, mas a doença ainda é uma causa de morte muito expressiva em todo o mundo, especialmente em regiões do globo menos favorecidas, como a África Subsaariana, local onde os indicadores são alarmantes. Logo, a sepse é um interessante referencial por ser comum e se manifestar em quantidades expressivas no mundo todo, mas especialmente em regiões mais pobres.

Tomando como perspectiva o papel dos respectivos países no sistema internacional e as razões internas e externas para o cenário atual, esse trabalho propõe, à luz dos estudos da Saúde Global e dos determinantes sociais da saúde, entender o porquê dessas diferenças serem tão acentuadas nos casos de sepse. No campo das Relações Internacionais, os estudos sobre saúde têm ganhado maior espaço em razão da necessidade de abordagens multidisciplinares para a compreensão da persistência de problemas e desigualdades graves em saúde. Dessa forma, este trabalho busca ir além da camada superficial da compreensão da sepse por uma perspectiva biológica, fazendo uma análise no âmbito social de países com condições distintas para fazer análises profundas sobre a questão.

Para tal, o objetivo geral será analisar as disparidades na mortalidade por sepse no Brasil e no Reino Unido, a partir da análise dos determinantes sociais da saúde. Como objetivos específicos relacionados a esse intuito mais abrangente, citam-se compreender um panorama geral dos sistemas de saúde de Brasil e Reino Unido; analisar as desigualdades da incidência de sepse enquanto indicador; e, por fim, construir de uma estrutura analítica comparativa entre os dois Estados a partir da conceituação e história dos determinantes sociais da saúde.

A metodologia do trabalho será primordialmente descritiva, contando com uma análise quali-quantitativa quanto aos indicadores, trazendo dados sobre os eixos político, institucional e socioeconômico dos países, e analisando-os teoricamente com base na literatura analisada, tanto sobre os determinantes sociais, quanto aos sistemas de saúde especificamente. Dessa forma, no primeiro momento, será evidenciado como a visão dos determinantes sociais da saúde pode ser utilizada como uma das principais formas de pensar o tema. Para tal, iniciaremos o trabalho explorando o conceito de determinantes sociais da saúde, sua origem e evolução, e a apropriação por Organismos Internacionais; e sua aplicação como uma estrutura

de análise.

Os determinantes sociais da saúde, como estrutura analítica, se organizam em três eixos: o político, o institucional e o socioeconômico. O primeiro eixo diz respeito a características como a forma de governo, o nível democrático, a liberdade de sua população, dentre outros indicativos de posicionamento político. Já o eixo institucional é sobre o sistema de governo, envolvendo aspectos mais formais como a estrutura das instituições governamentais. Por fim, o eixo socioeconômico – o mais impactado pelos determinantes sociais e com mais distinções entre os países aqui analisados – inclui indicadores de escolaridade, natalidade, níveis de emprego, de renda, entre outros. Para explorar como a perspectiva dos determinantes sociais é apoiada por cada um desses eixos, será utilizada uma pesquisa bibliográfica.

Depois, serão conceitualizados sistemas de saúde e suas principais características, para que, a partir disso, seja feito um panorama geral da saúde no Brasil e no Reino Unido, incluindo a história de seus sistemas de saúde, suas principais características e modos de funcionamento. O segundo capítulo, portanto, visa criar uma base teórica para a aplicação da estrutura de análise no caso concreto, posteriormente.

No terceiro capítulo, por conseguinte, será feita a análise comparativa em si das desigualdades em saúde entre Brasil e Reino Unido, com base na estrutura analítica apresentada. A análise será dividida em três partes: a compreensão da sepse enquanto indicador; a explicação da estrutura de análise a ser utilizada; e a análise comparativa em si, com a aplicação dos dados no estudo sobre a iniquidade de casos nos países. A hipótese a ser seguida é a de que os indicadores socioeconômicos são decisivos para a diferença entre os dois países, conforme visão de Marmot (2005), que ressalta que a desigualdade de renda está mais relacionada à saúde populacional em geral do que recursos materiais apenas.

2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

2. 1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO

O campo da saúde global vêm evoluindo consideravelmente nas últimas décadas, a começar pelas denominações utilizadas; o termo “saúde internacional” – utilizado principalmente no início do século passado, referindo-se ao controle de doenças que ultrapassavam territórios e tornavam-se concernentes a mais de um país – dá lugar à “saúde global”, termo repaginado e mais abrangente, que se refere a uma multiplicidade de atores e perspectivas, tal qual explicam Brown *et al.* (2006):

“Saúde global”, em geral, implica considerar as necessidades de saúde das pessoas de todo o planeta, acima das preocupações das nações particulares. O termo “global” também é associado com a crescente importância de atores, para além de organizações governamentais ou intergovernamentais e agências – por exemplo, a mídia, fundações de grande influência internamente, organizações não governamentais e corporações transnacionais. (p. 62, tradução nossa)

Embora a mudança semântica seja relativamente recente, a noção de que a saúde precisava ser tratada por uma perspectiva internacional é antiga, estando conectada a qualquer contato entre povos que pudesse trazer preocupações concernentes à saúde. Por exemplo, no Século XIV, a República de Veneza formalizou um período de quarentena de trinta a quarenta dias para viajantes por terra e por mar para evitar a inserção de doenças trazidas por essas pessoas de outros locais; ao longo das próximas décadas e séculos a instituição do isolamento foi novamente utilizada – e oficializada – por diversos povos (Gensini *et al.*, 2004).

Contudo, essas medidas não foram implementadas apenas domesticamente. Marmot *et al.* (2008) destacam que, desde o Século XVI, houve estímulos para o desenvolvimento de uma Diplomacia Internacional da Saúde, que se desenvolveu até 1851, quando houve a primeira conferência sanitária internacional, em Paris. Esta abordou justamente a necessidade de harmonia nas regulamentações de quarentenas ao redor do continente, dado que sua excessividade – especialmente em razão da epidemia de cólera no continente europeu – estava atrapalhando o comércio internacional. A participação dos Estados, contudo, não se deu por uma compreensão inata da relevância da questão, mas sim, majoritariamente, por motivos políticos e econômicos, como o receio da entrada de imigrantes – muitas vezes por mera xenofobia – e de doenças atrapalharem a exportação e o lucro dos

países (Adams, 2013).

De fato, vê-se que, não apenas nessa época, como também em todo o período desde então, as respostas às ameaças à saúde internacional vêm sendo pensadas em termos de evitar doenças infecciosas e seus impactos diretos na segurança e no comércio domésticos e entre as nações (Marmot *et al.*, 2008). Assim, para além da primeira Conferência, ao longo dos anos seguintes, vieram diversos eventos similares, reunindo um número considerável de participantes. Adams (2013) cita como destaques desse período histórico a criação do Escritório Internacional de Higiene Pública, também em Paris, fundado em 1907 e mantendo-se em funcionamento até o início da 2ª Guerra Mundial; a Organização de Saúde dentro da Liga das Nações, já em 1917; e a Primeira Convenção Sanitária das Repúblicas das Américas, no ano de 1902, mostrando também que a formalização da discussão sobre saúde não era uma preocupação meramente do continente europeu. Embora tivessem uma atuação limitada, à época, essas organizações funcionavam como centros de discussão e estudos, com foco na transmissão de doenças e infecções, e funcionaram como precursoras de Organizações que viriam a impactar amplamente as relações diplomáticas de saúde nos anos vindouros.

É depois da Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), que a discussão sobre saúde internacional começa a andar a passos mais largos; mais especificamente, isso ocorre no ano de 1946, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ela serviu como referência para o desenvolvimento de sistemas de saúde pelo resto do século XX, marcado por avanços tecnológicos e estruturais em diversos países do globo. Em sua Constituição, diz que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Da mesma forma, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, determina, em seu Artigo 25, que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde” (DUDH, 1948).

É nesse contexto que surge a mudança semântica para “saúde global”. Embora o termo não tenha sido criado pela OMS, mas sim advindo de uma série de discussões acadêmicas, ao adotá-lo, a Organização alcança objetivos duplamente benéficos: por um lado, traz legitimidade à noção de saúde global em si e, por outro, leva a própria OMS a um papel de liderança em assuntos de saúde (Brown *et al.*,

2006). O surgimento dessa noção, portanto, foi tanto orgânica, quanto fruto de uma construção coordenada; de toda forma, é fato que trouxe à tona diversas discussões relevantes à época.

A amplitude da noção de saúde proposta pela OMS e adesão à ideia de saúde global, em detrimento de uma perspectiva meramente reativa da saúde internacional, produziu inovações importantes. Uma delas foi precisamente a problematização das desigualdades em saúde, que culminou nas discussões sobre os determinantes sociais da saúde. Em 2005, após uma série de discussões com especialistas internacionais, chegou-se à conclusão da necessidade de criação de um mecanismo a nível global para tratar da saúde como uma questão multifacetada, o qual apenas a OMS, por sua abrangência, teria capacidade de organizar. Com isso, foi criada a Commission on Social Determinants of Health [Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde] (Marmot *et al.*, 2008, p. 475).

A Comissão foi formada por dezenove membros, sendo liderada pelo professor Sir Michael Marmot, importante professor britânico que, à época, já havia escrito dezenas de trabalhos científicos sobre o tema, sendo o principal nome no campo dos estudos sobre determinantes sociais da saúde até hoje. Dentre os demais participantes, destacam-se membros do secretariado da OMS e professores e especialistas de países diversos, como Austrália, Itália, Índia, Chile, Irã, Senegal, Egito, Tanzânia e Suécia. As discussões, contudo, não se limitaram aos intelectuais participantes; ao longo da vigência da iniciativa, diversas parcerias foram feitas com países, agências e organizações da sociedade civil (OMS, 2008).

A organização da Comissão se deu por meio de grupos de trabalho, cada um com uma área de atuação: trabalho com os Países-membros, trabalho com a sociedade civil, redes de conhecimento globais e trabalho no âmbito interno da OMS. Cada um desses grupos se reuniu diversas vezes para reuniões e consultas, havendo também, em dez ocasiões, encontros gerais com todos os participantes. Para além, foram feitas diversas consultas regionais sobre os temas, com o auxílio das Organizações parceiras, em que foram feitos estudos de caso, explorando idiossincrasias de cada local, e coleta de evidências (*idem, ibidem*).

Seus objetivos eram “recolher, sistematizar e sintetizar a informação factual sobre os determinantes sociais da saúde e o seu impacto nas desigualdades na saúde e de produzir recomendações para atuação que abordassem essas desigualdades” (*idem*, 2010). No ano de 2008, a Comissão produz seu relatório final,

com quatro recomendações gerais: i) melhorar as condições de vida cotidianas, sendo essas as circunstâncias em que as pessoas nascem, são educadas, trabalham e envelhecem; ii) enfrentar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos desde o âmbito da comunidade até o global; iii) e medir o problema, avaliar ações, expandir a base de conhecimento, desenvolver trabalhadores capacitados sobre os determinantes sociais da saúde, e, por fim, iv) aumentar a conscientização do público sobre a temática (*idem*, 2008). Ademais, estabeleceu três dimensões de empoderamento de indivíduos, comunidades e nações necessárias à ação efetiva de equidade: material, psicossocial e política.

É importante observar a ênfase dada aos agentes responsáveis por essas mudanças: a sociedade civil, os governos e as instituições globais. Dessa forma, traz-se atenção ao papel das organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e outras organizações intergovernamentais e regionais de saúde, que deveriam formalizar a questão dos determinantes sociais da saúde como princípio em todos os seus departamentos e programas – tanto nas normas por elas implementadas, quanto apoiando os países em suas ações internas. É dito que, sob a globalização, reconhecem-se interesses em comum e futuros interdependentes, dessa forma, “é imperativo que a comunidade internacional se ‘recomprometa’ a um sistema multilateral em que todos os países se engajem com uma voz equitativa” (OMS, 2008, p. 19, tradução nossa); esta seria uma espécie de governança global. Para além, a relevância da integração de esforços aparece continuamente no relatório final da Comissão; por exemplo, na segunda recomendação, é posto que, para mudar o padrão de desigualdade, é preciso alterar a própria forma da organização da sociedade, o que só poderia ser feito por meio de “um setor público forte que seja comprometido, capaz e financiado adequadamente” (*idem*, *ibidem*, p. 2, tradução nossa). Para tal, alegam, deve-se haver, mais do que governo, uma governança¹ forte e com legitimidade, nacional e internacionalmente.

Outra questão a ser destacada é o fato de que as desigualdades entre Estados também afetariam, naturalmente, as alternativas de caminhos a serem seguidos e as possibilidades de recomendações a serem dadas pela Comissão. Por

¹ O conceito de governança global surgiu nos anos 90, referindo-se a ações de agentes estatais e organizações intergovernamentais em um mundo cada vez mais globalizado e liberalizado, não obstante anárquico. Hoje, especificamente se tratando das Relações Internacionais, o conceito se expande para incluir ONGs e mesmo os setores privados de diferentes países, criando um transnacionalismo o qual inclui uma miríade de formas de autoridade, sejam formais ou não, as quais exercem governança no cenário internacional, incluindo discussões sobre os arranjos atuais e os que se deseja alcançar (Weiss e Wilkinson, 2014).

isso, não foi possível criar uma hierarquia entre as sugestões presentes no relatório final e nem elencar prioridades. Ora, se os países participantes da OMS estariam em posições tão distintas quanto a realidades sociais, econômicas e políticas, como elencar o que deveria ser feito primeiro? Seria impossível, assim, especificar excessivamente. A solução, dessa forma, foi encontrar – de forma genérica, mas não supérflua – princípios gerais, postulados que poderiam ser aplicados em várias situações. Ademais, durante todo o relatório, buscou-se dar exemplos e evidências ligados a políticas em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Assim, uma ideia central é construída, independentemente dessas diferenças: existe a necessidade de se colocar a equidade em saúde no centro do planejamento e execução de políticas públicas, e de instituir iniciativas para tal nos níveis global, nacional e local. Para essa lógica convergem todos os esforços da Comissão, e ela influenciou amplamente outras iniciativas do tipo, a exemplo da Comissão Brasileira, como veremos à frente.

Para além da Comissão, diversos outros avanços foram feitos a nível institucional nas Organizações Internacionais, ao longo do século XX, que nos ajudam a compreender como a discussão sobre saúde internacional se fundamentou em discussões mais profundas e abrangentes. Em setembro de 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em Alma-Ata. Sua declaração enfatiza a importância da saúde ser vista como direito humano fundamental, bem como a desigualdade “chocante” existente nesse setor. A Conferência é vista como um dos principais marcos na saúde nas últimas décadas, a medida em que foi essencial para contundentes mudanças na forma como os países viam e lidavam com a saúde.

Sobre a importância de aspectos não-biológicos à saúde e da ação governamental interna e externa, a declaração aponta que:

VII - Os cuidados primários de saúde [...] **refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país** e de suas comunidades [...]; VIII - Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis; IX - **Todos os países devem cooperar**, num espírito de comunidade e serviço, **para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países.** (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 2, grifo nosso)

Dessa forma, vê-se que essa declaração é extremamente relevante ao destacar de forma bastante contundente o papel dos governos, das OIs e OIGs e da comunidade internacional de promover um desenvolvimento econômico e social voltado para a mitigação de desigualdades na área da saúde. Ademais, aponta a interdependência dos Estados, quanto postos enquanto mutuamente responsáveis por questões concernentes à saúde.

Houve, porém, contrapontos às sugestões, especialmente quanto à falta de importância dada à APS (Atenção Primária à Saúde). Segundo o Ministério da Saúde (2024), esse termo designa o mais básico nível de atenção em saúde, sendo um conjunto de ações empregadas tanto individual, quanto coletivamente, abrangendo a prevenção, conscientização e prevenção da agudeza de doenças; o diagnóstico e tratamentos iniciais; bem como a reabilitação de pacientes. Também inclui medidas de contenção de danos e de manutenção de saúde da comunidade, com o objetivo de melhorar não só a condição do paciente que busca um atendimento inicial, mas também de toda a coletividade, mesmo pessoas que não estão doentes. A título de exemplo, no Brasil a APS é realizada de forma descentralizada, majoritariamente por meio da saúde da família.

Em Alma-Ata, contudo, um exemplo da negligência apontada quanto ao tema é o pacote de APS seletiva, apresentado pelo Banco Mundial e pela Unicef. Esse projeto focava apenas em saúde infantil e materna e imunização, com o intuito de diminuir custos. De acordo com Luiz Augusto Facchini, os argumentos eram falta de “dinheiro, vontade política e infraestrutura” por parte dos países para implementar uma APS realmente completa (*apud* Portal EPSJV/Fiocruz, 2017). As justificativas, porém, não satisfizeram – Mario Testa, por exemplo, cunha a denominação “atenção primitiva”, e não primária, em uma clara crítica às extremas restrições postas que causavam uma perda significativa aos objetivos que a APS deveria, de fato, alcançar (*idem, ibidem*).

Mais recentemente, em outubro de 2018, foi assinada (inclusive por Brasil e Reino Unido) a Declaração de Astana, que ressalta que a APS é o principal enfoque para “empoderar comunidades para que sejam autoras de sua própria saúde, abordar determinantes sociais, ambientais e comerciais da saúde e assegurar uma saúde pública e uma atenção primária fortes ao longo de toda a vida das pessoas” (Declaração de Astana, 2018). De acordo com a OMS, apesar dos muitos avanços feitos nos 40 anos posteriores à Alma-Ata, ainda há muitos desafios, e a nova

declaração chega como uma forma de comemoração, relembração e também atualização para o futuro².

2. 2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CONCEITUAÇÃO E ESTRUTURA DE ANÁLISE

Os determinantes sociais da saúde são as condições materiais e psicossociais em que as pessoas vivem, perpassando diversos âmbitos, que influenciam direta e indiretamente na condição da saúde em uma comunidade (Marmot *et al.*, 2008). Essa visão nos ajuda a compreender a questão da saúde como não meramente biológica, mas também comportamental e sendo influenciada – e influenciando – outras áreas da vida dos indivíduos.

Contudo, como já posto, pensar a saúde não é tarefa meramente doméstica, e com seus determinantes sociais, não é diferente. Segundo Marmot *et al.* (2008), os países no sistema internacional dividem custos, mas também riscos, como a transmissão de doenças entre suas populações. Um dos casos que exemplifica o quanto a saúde e seus determinantes sociais ressaltam a interdependência é o aquecimento global; para reduzi-lo, um país pode até fazer sua parte, mas sem cooperação e ação conjunta, é quase impossível que ele consiga, de fato, provocar mudanças significativas nesse aspecto, que afeta direta e indiretamente a saúde de toda a população mundial. Ademais, tivemos recentemente a pandemia da Covid-19 que explicitou essa necessidade. Portanto, é especialmente importante que os países discutam essas questões para que se direcionem políticas públicas.

Porém, tanto quanto fatores sociais constroem a saúde, existe uma série de desafios que os impedem de ter a relevância necessária na construção de políticas públicas e procedimentos em saúde. Marmot (2001) cita que existe uma visão de que, já que uma doença afeta indivíduos, a forma de análise, quanto a riscos e possibilidades, também precisa ser a nível individual. Além disso, em geral, quando não há muitos recursos ou mesmo em momentos de crise (como a pandemia da Covid-19), esses fatores são ignorados para que se foque apenas na parte biológica da saúde. Isso também criaria uma ilusão de falsa resolução quando a doença

² Não obstante, é importante notar que, menos de dois anos depois, teríamos uma pandemia, fato que geralmente afeta intensamente a atenção primária, visto que o foco está em uma enfermidade que demanda maior urgência, como cita Marmot (2005). Assim, apesar dos esforços contínuos no âmbito das Ols, eles não necessariamente significam avanços reais – e os motivos nem sempre são falta de interesse, embora esse seja um fator determinante.

acaba, no caso de uma pessoa, ou uma epidemia ou pandemia chega ao fim – é como se o próprio problema que a criou também se extinguísse.

Essa concepção, entretanto, está equivocada. Afinal, vivemos coletivamente, em contato constante, e as enfermidades podem possuir tanto motivos comuns, quanto ser diretamente transmissíveis entre as pessoas; não faz sentido, por um ponto de vista tanto biológico, quanto social, estudá-las sem levar esse contexto em consideração. Da mesma forma, analisar o problema por uma perspectiva meramente social é igualmente insuficiente; qualquer abordagem que não a integrada, portanto, apresenta graves falhas e não se mostra eficaz para a análise e resolução de questões em saúde.

Dessa forma, pode-se perceber que existe um amplo panorama com diversos desafios postos à abordagem dos determinantes sociais da saúde. Da mesma forma, há indivíduos, grupos e organizações combatendo esses empecilhos, a exemplo das Comissões, eventos e iniciativas mencionadas ao longo deste trabalho. Para Marmot (2001), os planos de ação devem ser focados em três frentes: lutar contra as doenças, lutar contra a pobreza e agir em cima dos determinantes sociais da saúde em si. Embora este trabalho foque nas ações dessa última frente, as demais são dela indissociáveis.

Tendo compreendido o que são os determinantes sociais da saúde, sua história e como eles podem ser utilizados para uma compreensão mais profunda sobre saúde em uma discussão coletiva, partimos para algumas estruturas de análise apresentadas na literatura.

O clássico modelo de determinantes de Dahlgren e Whitehead, apresentado em 1991, divide os determinantes em cinco camadas, do micro ao macro. No micro, mais próximo ao indivíduo, estariam idade, sexo e outras condições biológicas. De forma intermediária, estariam duas camadas: uma mais próxima, incluindo o estilo de vida dos indivíduos, e outra mais distante, referente às redes sociais e comunitárias. As duas camadas da extremidade guardariam relação com as condições socioeconômicas, culturais e ambientais; primeiro, em relação ao indivíduo, incluindo ambiente de trabalho, educação, desemprego, saneamento, habitação, etc; e, de forma mais abrangente, as condições da sociedade em geral.

FIGURA 1 – MODELO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE PROPOSTO POR DAHLGREN E WHITEHEAD (1991)



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991) apud Sucupira et al. (2014)

Apesar de ter sido utilizado e reformulado para a criação do conceito de determinantes sociais utilizado pela OMS, esse modelo é alvo de críticas na literatura mais recente, especialmente advindas de países subdesenvolvidos. Por exemplo, a questão de gênero não é explorada, sendo utilizado o sexo biológico, o que acaba sendo uma espécie de redundância teórica – ora, se os determinantes buscam justamente analisar uma perspectiva social, indo além da biologia, faria mais sentido utilizar a leitura cultural e psicológica da manifestação de gênero. Ademais, é dado muito destaque ao estilo de vida dos indivíduos, ainda mais do que questões coletivas, o que acaba por responsabilizá-los, em certa medida, pelas condições em que se encontram. Em uma perspectiva metodológica, autores como Breilh (2013) defendem que essa é uma abordagem reducionista, tratando os determinantes como meras variáveis, e não advindas de processos estruturais e profundos, o que acabaria por torná-la não uma quebra de paradigma, mas sim uma leve mudança nas visões já tradicionais (Bicudo e Silva, 2022).

Partindo para visões mais modernas, podemos citar a teoria ecossocial, aqui escolhida por ser uma junção de várias outras teorias, com o objetivo de sistematizá-las em uma perspectiva crítica que junta aspectos biológicos com os

sociais, como trajetória de vida, contexto ambiental, organização social e também a dimensão política da sociedade no qual o indivíduo está inserido. Sua precursora, a epidemiologista estadunidense Nancy Krieger, desenvolve estudos com vários enfoques específicos, notadamente etnia e gênero (apud Antunes, 2015). Essa abordagem mostra-se inovadora ao entender que, assim como socialmente o indivíduo é fruto do seu meio, biologicamente, ele também o é. Ela se distancia assim de teorias mais clássicas por focalizar o indivíduo não enquanto responsável pela sua condição biológica, mas sim enquanto consequência das experiências por ele vividas.

Para tal, ao contrário de iniciar a análise partindo da patologia e depois estudando, subsidiariamente, o indivíduo e onde ele se encaixa na sociedade, propõe uma metodologia em que parte de pressupostos já críticos, buscando compreender os padrões das desigualdades sociais em saúde e criando, a partir daí, níveis de análise. Na teoria ecossocial, os modelos devem ser utilizados em conjunto, e não individualmente – só a partir daí pode-se começar a compreender, plenamente, a conjunção de aspectos biológicos e sociais. Conforme a autora, isso se dá pois

não há apenas um caminho pelo qual a discriminação prejudica a saúde; há muitos. Os principais incluem: 1) a privação econômica e social; 2) o excesso de exposição a toxinas, perigos e patógenos; 3) trauma social; 4) respostas à discriminação que podem ser danosas à saúde; marketing direcionado de mercadorias perigosas; 5) cuidados médicos inadequados; 6) tanto a degradação do ecossistema como a alienação da terra, especialmente (mas não só) para os indígenas e povos nativos (Krieger apud Antunes, 2015).

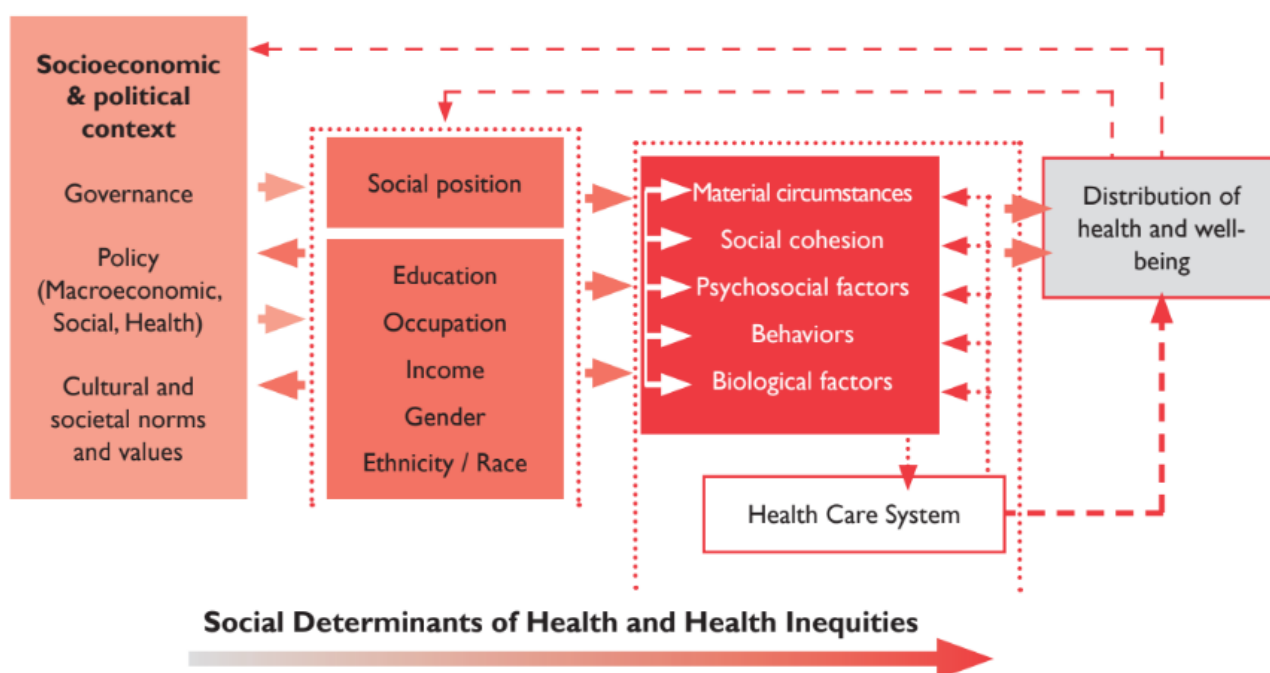
Nota-se, portanto, que houve uma certa evolução na literatura sobre os determinantes sociais, especialmente no que tange compreender realidades que vão além do âmbito individual, bem como dar voz a sociedades marginalizadas que possuem ainda mais determinantes sociais que não podem ser ignorados. Tendo compreendido a evolução dessa discussão, seguimos à estrutura conceitual utilizada como referencial deste trabalho, proposta pela Comissão.

Esse modelo foi inspirado no trabalho de Finn Diderichsen, idealizador do modelo de determinantes sociais da saúde que explora como as interações entre as distintas causas de resultados em saúde variam de acordo com a posição e a estratificação social (apud OMS, 2010). O modelo do autor busca uma compreensão não apenas do indivíduo, mas também entende que a posição social e as políticas implementadas no âmbito macrossocial podem, em um nível coletivo, influenciar os

avanços sociais e econômicos da sociedade, bem como os resultados em saúde (idem, ibidem).

Dessa forma, divide-se os fatores de impacto em quatro grandes eixos: o contexto político e socioeconômico, em um âmbito mais amplo que engloba aspectos estruturais, culturais e funcionais, como governança, políticas públicas, economia e valores culturais; os determinantes intermediários, ou seja, institucionais relativos ao sistema de saúde adotado na sociedade na qual está inserido; e a posição social, com enfoque maior no indivíduo e em questões como classe, prestígio, gênero e educação, que o impactam diretamente. A correlação entre esses eixos pode ser analisada na figura a seguir.

FIGURA 2 – MODELO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE PROPOSTO PELA COMISSÃO



Fonte: Marmot *et al.*, 2008

De acordo com a OMS (2010), essa estrutura de análise se diferencia de outras por enfatizar os contextos estrutural, político e socioeconômico das desigualdades em saúde, por reconhecê-los como mecanismos sociais que geram e mantêm hierarquias sociais que interagem com as posições dos indivíduos e comunidades e, assim, determinam o seu acesso – ou falta dele – a recursos. Ou seja, vai além dos determinantes sociais da saúde e analisa os seus determinantes estruturais, que são a raiz do problema. Dessa forma, essa estrutura torna-se

também ideal para a análise de países frente ao sistema internacional, considerando que os fatores estruturais, históricos e culturais afetam-nos de forma considerável.

3. ANÁLISE DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DO REINO UNIDO

Pensar a saúde enquanto política social não é uma tarefa simples, por fugir do óbvio; quando falamos em doenças, saúde e bem-estar, pensa-se logo em fatores biológicos e sanitários. Porém, na realidade, o conceito de saúde é mais amplo, sendo preciso entendê-la como um direito, inerente aos cidadãos de uma sociedade e indissociável dos demais fatores que perpassam a vida humana. Para tal, precisamos conceituar um importante termo que perpassa essa compreensão enquanto análise das ciências sociais: os sistemas de saúde.

De início, é relevante entender o que são, de fato, os sistemas de saúde. Esse conceito surgiu em meados do século XX, à medida que os Estados começaram a ter uma participação mais ativa nas questões de saúde e bem-estar de suas populações, criando estruturas organizadas para tal. Os componentes dessas estruturas, juntamente às dinâmicas entre eles, formam os sistemas; sistemas de saúde, portanto, são um conjunto de ações, organizações, regras e indivíduos que têm um objetivo único – a atenção à saúde (Lobato e Giovanella, 2012). Dessa forma, percebe-se que a construção dos sistemas de saúde não é linear e também não se reduz às estruturas formais ou institucionais de saúde no país, abrangendo outras relações, como a sociedade civil, as empresas, o terceiro setor, e grupos de interesse dos mais diversos.

Os sistemas de saúde de cada país estão relacionados aos seus modelos de proteção social. Teixeira e Ouverney (2012) explicam que há três modelos de proteção social: seguridade social (políticas públicas para garantir um mínimo vital à população, com benefícios universalizados, independentemente de contribuição anterior), seguro social (cobertura de grupos em um modelo tripartite, com participação do Estado, indivíduos e empresas) e assistência social (modelo focado no mercado, com responsabilidade residual do Estado, apenas para grupos hipossuficientes). Esses modelos caracterizam, fundamentalmente, a relação dos governos com a saúde, especialmente em termos de financiamento e administração – quanto maior esses aspectos, via de regra, maior também a abrangência da cobertura desse direito.

Os principais componentes de sistemas de saúde, segundo Lobato e Giovanella (2012) são a cobertura populacional, conforme o modelo de proteção social vigente; a cobertura de serviços oferecidos, que podem ser coletivos (prevenção e controle, como vigilância sanitária e epidemiológica) ou de assistência médica (atendimentos individuais, sejam ambulatoriais, de emergência ou de atenção continuada); o financiamento, que pode ser público ou privado; a força de trabalho; os insumos e as tecnologias; e as organizações e instituições formais.

Os sistemas de saúde aqui abordados são os do Brasil e Reino Unido, ambos sistemas públicos universais. Esses, segundo Mendes (2019),

são aqueles que oferecem a todos, independentemente de sexo, idade, renda e risco, com financiamento público, uma carteira de serviços mais ou menos generosa, a partir da qual os cidadãos podem recorrer a serviços suplementares providos privadamente. [...] O novo universalismo sugere o oferecimento amplo de serviços essenciais do ponto de vista sanitário, providos com qualidade para todos os cidadãos, definidos pelos critérios de aceitabilidade social, efetividade e custos. (p. 131)

A OMS também caracteriza a cobertura universal enquanto aquela em que “todos os indivíduos e comunidades recebem os serviços de saúde de que necessitam, sem ficarem expostos a dificuldades financeiras” (2023), contudo, ressalta que isso não significa uma disponibilização total e integral de todas as intervenções clínicas, o que simplesmente não seria sustentável.

3. 1. O NATIONAL HEALTH SERVICE NO REINO UNIDO

A Segunda Guerra Mundial trouxe diversos desafios ao Reino Unido, tanto econômicos, quanto concernentes à rotina da população. Uma forte crise econômica e habitacional forçou o país à criação de novos centros urbanos, aglomerações cuja constituição seria mais barata do que a restauração de cidades antigas destruídas. Nos esforços de construção de uma infraestrutura, começou-se a pensar também em um novo sistema de saúde, que contrapusesse a caótica situação contemporânea, composta basicamente de instituições de emergência e manicômios que abrigavam mais idosos sem doenças mentais do que pessoas que realmente precisariam de assistência médica constante. Criava-se, portanto, um cenário de serviço médico ineficiente, com poucos incentivos, perpetuação de estereótipos negativos, excesso de burocracia e baixa liberdade intelectual aos profissionais, que

muito insatisfaziam as organizações e indivíduos ligados à saúde no país (Rivett, 2020).

Nesse contexto, diversos meios de resolução e organização foram propostos, culminando com a criação, em julho de 1948, do NHS. Como não havia muitos recursos financeiros para que se aumentasse a disponibilidade de infraestrutura e profissionais, o que se tentou fazer foi organizar essa fonte de financiamento para reduzir sua capilaridade: ao invés do pagamento individual dos serviços, a população pagaria coletivamente, através dos impostos (idem, ibidem). Assim, os serviços seriam gratuitos, tanto ampliando o acesso à saúde para grupos que antes não o tinham, quanto tirando de todos a necessidade de pagamento direto a essa oportunidade.

A formalização se deu por meio de diversas leis, dada a variedade de agentes envolvidos no sistema. No entanto, mais recentemente, no ano de 2009, é publicada uma constituição para o NHS, documento que estabelece princípios, metas e responsabilidades para o sistema e que muito nos ajuda a compreender, formalmente, o sistema. Os princípios do NHS são universalidade, gratuidade e equidade, e a constituição traz novos princípios, como a centralidade do paciente, a busca por excelência profissional, a consolidação de parcerias no interesse da população, o respeito ao dinheiro público e a accountability³. Também elenca valores como comprometimento, respeito, dignidade, compaixão e empatia.

Partindo para uma seção mais pragmática, o documento elenca alguns direitos dos pacientes que nos ajudam a compreender seu funcionamento, como o direito ao acesso aos serviços oferecidos pelo sistema, que não podem negados por motivos não razoáveis ou não justificados; o direito a avaliar as necessidades em saúde de sua comunidade e de requisitá-la ao NHS, por meio das autoridades locais; o direito de, em algumas circunstâncias, ir para outras regiões da União Europeia para tratamento, financiado pelo sistema; entre outros, incluindo preocupações com a privacidade dos dados dos pacientes e uma relativa liberdade quanto às suas escolhas de médicos e tratamentos, contanto que no âmbito do possível dentro do sistema.

³ Esse conceito se refere ao controle, responsabilização e fiscalização realizada por entes do poder público uns para os outros, bem como pela própria sociedade. Pode ser horizontal ou vertical, quando no âmbito do próprio serviço público, e, fora dele, social. Esse último é o processo em que a sociedade civil, seja por meio de cidadãos individualmente ou coletivamente por meio de Organizações ou Conselhos, fazem a fiscalização de processos governamentais. (Nascimento, 2024)

Colocar isso em prática, contudo, não foi tarefa fácil e nem ausente de empecilhos. Nos primeiros anos – décadas de 50 e 60 –, o investimento do NHS aumentou exponencialmente, naturalmente como consequência do aumento exponencial da demanda. Se antes a população não tinha tanto acesso a clínicos gerais e tratamento de doenças não tão graves, agora estavam aproveitando a oportunidade, gerando uma sobrecarga inicial ao sistema. Concomitantemente, conforme Rivett (2020), “apesar das equipes médicas terem sido aumentadas, os laboratórios hospitalares e departamentos de Raio-X não estavam equipados o suficiente para atender os novos e complexos requisitos”. Frente a essa necessidade de incremento da infraestrutura e ao surgimento de novas tecnologias, é formulado o Hospital Plan [Plano Hospitalar] de 1962, prevendo a construção de 90 novos hospitais gerais e a reforma de mais de 100 deles (Boyle, 2011).

No início da década de 70, o NHS passou por uma reorganização estrutural, focada principalmente na democratização dos processos de tomada de decisão, na descentralização da autoridade – por meio da adoção de estratégias nacionais e regionais, em detrimento de um microgerenciamento – e também de ações para a mitigação de desigualdades regionais nos investimentos do sistema (Rivett, 2020). Principalmente em relação ao financiamento, o Sul do país era mais beneficiado que o Norte, levando à formação da Resource Allocation Working Party [Grupo de Ação para Alocação de Recursos] para a tentativa de alcançar uma distribuição mais equitativa de recursos.

Essa reestruturação, contudo, não foi totalmente bem-sucedida. Pelo contrário, o fim da década de 1970 e a década de 1980 trouxeram consigo uma perspectiva caótica em relação às expectativas do futuro. Um artigo do British Medical Journal, do ano de 1978, afirma que

“Em 1948, o NHS pode ter sido um exemplo para o resto do mundo, mas 30 anos depois não traz bons resultados quando comparado a vários outros métodos alternativos de prestação de cuidados em saúde e suas equipes médica e de enfermagem estão desiludidas e deprimidas. Porém, há apenas dez anos essas mesmas equipes estavam entusiasmadas e otimistas. Não há nada de errado com o conceito do NHS... Então, o que deu errado?” (apud Rivett, 2020, tradução nossa)

Algumas suposições dentre o que teria dado errado seriam a distância entre a administração e a prática clínica, a falta de crença no sistema – e na ciência em geral – por parte da população, e a falta de planejamento e financiamento por parte do governo. Sem a oportunidade de nos estender sobre as muitas particularidades

do período, destaca-se a importância da Declaração de Alma-Ata e das discussões – ainda que de forma genérica – sobre determinantes sociais da saúde em uma espécie de contra-reestruturação que fez com que o sistema voltasse às suas origens e desse o merecido destaque ao cuidado primário.

Isso ocorre porque, nessa época, ao invés de um cuidado específico em indivíduos e no cuidado, o que estava se sobressaindo eram discussões teóricas, políticas e movimentos de massa. Ao retomar o foco no cuidado primário e na prevenção, o foco volta para a opinião pública, a imunização e demais intervenções focadas na comunidade. Ainda que, nas mudanças estruturais, a Declaração de Alma-Ata em si não tenha sido mencionada diretamente, Rivett (2020) afirma que suas influências são inegáveis:

“Apesar da assistência primária em saúde britânica ser muito forte, não havia sido particularmente bem-sucedida na incorporação da promoção em saúde. Assistentes sociais eram raramente integrados em equipes de assistência primária. A prioridade não era sempre dada àquele que mais precisava, e a participação dos pacientes era rara. [A declaração de] Alma-Ata desafiou profissionais a ser mais centrados no paciente, e o governo a dar uma maior prioridade ao cuidado primário.” (Tradução nossa)

Partindo para o Século XXI, hoje, a estrutura do NHS é relativamente descentralizada, com o controle sendo feito primordialmente pelo Parlamento por meio de debates e comitês. O Departamento de Saúde é o principal responsável direto pelo NHS, com três escritórios principais: o governamental, liderado pelo Secretário de Estado da Saúde e responsável pela área política, como parcerias com governos locais, comunicação institucional, finanças, direitos humanos e estratégias; a sede nacional administrativa, liderada pelo Chefe Executivo do NHS e responsável por áreas como eficiência, desenvolvimento, força de trabalho e sistemas informacionais; e a agência técnica, responsável pelas políticas médicas operacionais, pesquisas e proteção à saúde, liderada pelo Chief Medical Officer. Algumas organizações menores contribuem para o NHS, como a Comissão de Auditoria, a BMA (médicos), bem como cerca de 35.000 organizações voluntárias e comunitárias que provêm cuidados em saúde e social (Boyle, 2011).

No dia a dia, o tratamento clínico é dividido em primário (médicos-gerais, dentistas, fisioterapeutas, etc.), secundário (cuidados em hospitais, encaminhados por médicos-gerais) e terciário (em hospitais especializados). O NHS também vem sendo pioneiro em inovações científicas, tendo como destaques mais recentes a atuação proativa durante a pandemia na encomenda e aplicação de vacinas para

toda a população, ter sido – também em 2020 – o primeiro sistema de saúde do mundo a se comprometer a zerar as emissões de carbono, e o lançamento do Innovative Medicines Fund [Fundo de Inovações em Medicamentos] em 2022, com o objetivo de possibilitar o acesso de pacientes a novos e promissores tratamentos (Nuffield trust, 2024).

Com mudanças intensas ao longo dos anos, o sistema também enfrentou e enfrenta desafios, a exemplo dos efeitos do Brexit. Enquanto ter mais recursos para financiar o NHS foi um dos principais argumentos utilizados para convencer a população a apoiar a saída do Reino Unido da União Europeia, de acordo com o Relatório de 2022 Health and Brexit: six years on, do Nuffield Trust, não foi exatamente isso o que ocorreu. Embora o NHS tenha visto aumentos pontuais de financiamento, esse seria um processo natural em algumas épocas, rapidamente amenizado pela forte crise iniciada, que tem fortes impactos na saúde (McCarey *et al.*, 2022). Frente a todo o contexto, ressoa a afirmação de Rivett (2020): “Sete décadas depois [da sua fundação], talvez o mais surpreendente seja que o NHS ainda esteja aqui”.

3. 2. O SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE BRASILEIRO

Para entender o sistema de saúde brasileiro, um bom ponto de partida é o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, a primeira aberta à sociedade e que contou com mais de quatro mil participantes de diversos estratos sociais. No documento, a noção de saúde já é abordada enquanto conquista social, e são citados explicitamente fatores como trabalho, moradia, educação, transporte, lazer e participação popular enquanto garantias indissociáveis do pleno exercício desse direito.

O tópico principal da Conferência, porém, foi a própria natureza do novo Sistema Nacional de Saúde. No relatório, é dito que ficou decidido por sua estatização, ou seja, com a participação da iniciativa privada de forma subsidiária, por meio de concessão de serviço público; porém, que seria mais prudente aguardar uma maior estabilização do governo (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986). De toda forma, já delinearam-se princípios (como a descentralização e a integralização das ações); algumas competências dos níveis federal, estadual e municipal; estabelecimento de órgãos e fundos responsáveis pelo financiamento; bem como

outras diretrizes gerais (idem, ibidem).

Com o relatório, já surge a noção, o nome e as primeiras bases para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dois anos mais tarde, a Constituição Federal de 1988, em seu Capítulo II - Da Seguridade Social, traz quatro artigos concernentes à saúde, no Título II. Ela determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Art. 196); que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (Art. 196); que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, podendo ela participar apenas de forma complementar ao sistema único de saúde, seguindo suas diretrizes; bem como estabelece algumas competências desse sistema.

Apesar do imenso avanço, o próprio relatório final da 8ª CNS já mencionava o fato de que a mera menção do direito à saúde na Constituição não seria suficiente, sendo necessário, na verdade, o estabelecimento de uma política de saúde estatal. Assim, dois anos mais tarde, é sancionada a Lei Nº 8.080/1990, que cria efetivamente o Sistema Único de Saúde, dispondo sobre sua estrutura, objetivos, organização e competências. Logo de início, ela reitera a Constituição ao afirmar que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Art. 2º). Ademais, estabelece o campo de atuação do SUS, indo muito além do atendimento ambulatorial e de emergência, incluindo ações de vigilância sanitária, epidemiológica e nutricional; colaboração na proteção do meio ambiente; participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico e ordenação da formação de recursos humanos, em sua área de atuação; e outras competências concernentes à saúde em geral (Art. 6º).

Na prática, porém, a implantação efetiva das medidas previstas na Lei Orgânica da Saúde se deu paulatinamente ao longo dos anos seguintes à sua publicação. Conforme descrevem Paim *et al.* (2011),

ainda que a reforma sanitária tenha se tornado uma prioridade política secundária durante a década de 1990, foram lançadas várias iniciativas, como um programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, maiores esforços para o controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a criação de um modelo de atenção à saúde indígena. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foram iniciativas, entre muitas outras, implementadas após 2003, durante o governo Lula. (p. 9)

De toda forma, hoje, a estrutura do SUS possui como principais responsáveis nas esferas federal, estadual e municipal, respectivamente, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. Ademais, há, em todas as esferas, Comissões Intergestores, sendo tripartite na esfera nacional e bipartite nas demais; bem como Conselhos de Saúde, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atendendo ao princípio de participação popular, por contar com a participação de usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço governamentais e privados (Ministério da Saúde, 2024a).

Na prática, os serviços do SUS são divididos em diferentes níveis de assistência, hierarquizados de acordo com o grau de complexidade. A atenção primária em saúde possui como principal expoente as Unidades Básicas de Saúde, que possuem equipes multiprofissionais focadas em exames de rotina, visitas domiciliares, prevenção e conscientização – ou seja, é aquele nível que está mais próximo do dia a dia das famílias. De acordo com o Ministério da Saúde (2024b) existem quase 50.000 UBS espalhadas pelo país, com equipes de saúde da família, prisionais, consultório na rua, saúde bucal, entre outros.

Já a atenção especializada inclui a atenção secundária e a terciária. A atenção secundária refere-se àquela de média complexidade, incluindo as UPAs e o SAMU, com atendimento ambulatorial, de emergência e em especialidades diversas. Se o caso não for resolvido nesse nível, o tratamento continua por meio do serviço de regulação do SUS, que encaminha o paciente para instituições de alta complexidade, geralmente hospitais universitários e hospitais gerais de grande porte, onde, segundo o Ministério da Saúde (2022), “os especialistas estão aptos para tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção primária ou na média complexidade da atenção especializada, por serem mais singulares ou complexos”.

Os dados evidenciam a abrangência do SUS: de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, realizada pelo IBGE juntamente ao Ministério da Saúde, mais de 70% dos brasileiros não possuíam plano de saúde, ou seja, dependiam totalmente do SUS (IBGE). A pesquisa também mostrou que cerca de 65% das internações no país no período da amostragem se deram no âmbito do SUS. Ademais, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o SUS está presente em todos os municípios do país, cerca de 5.570, e 1.915 deles, cerca de 34%, não possuem atendimento privado, ou seja, são

totalmente dependentes do SUS (Ministério da Saúde, 2021).

Outro ponto interessante de observação para compreender o SUS foi a discussão sobre os determinantes sociais da saúde em seu âmbito. Um ano depois da criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde no âmbito da OMS, foi instituída em 2006 no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), contando com uma equipe de profissionais e pesquisadores da área da saúde e das ciências sociais e humanas, apoiados por uma secretaria da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (CNDSS, 2008). A comissão teve um mandato de dois anos e foi o primeiro país a instituir uma iniciativa própria, seguindo os passos da OMS. Tinha como objetivos a geração de conhecimentos sobre a temática e contribuir para a formulação de políticas de promoção da equidade em saúde, tanto no governo, quanto na sociedade civil, e possuía três compromissos básicos: com a equidade, com a evidência e com a prática (idem, ibidem).

O modelo teórico utilizado como referência conceitual dos determinantes sociais que afetam a saúde foi o proposto por Dahlgren e Whitehead, em 1991. O modelo, conforme já exposto, é alvo de diversas críticas pela literatura especializada hodierna, sendo visto, hoje, enquanto demasiadamente reducionista, focado demais na biologia e no indivíduo e como não sendo defensor de mudanças profundas no paradigma vigente. Ainda assim, sua utilização justifica-se no contexto, tanto pela época em que o relatório foi construído, quanto porque sua objetividade auxilia a adaptação à realidade brasileira, especialmente em termos de uma iniciativa tão recente e com relevância inédita como foi a Comissão à época.

Dois anos mais tarde, em 2008, após estudos e reuniões dos participantes, foi publicado o relatório final, organizado em uma análise das condições de saúde do país, e as respectivas recomendações. A análise geral dividiu-se em: situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica; estratificação socioeconômica, condições de vida, ambiente e trabalho; redes sociais, comunitárias e saúde; comportamentos, estilos de vida e saúde; saúde materno-infantil e saúde indígena (CNDSS, 2008). As recomendações trazidas trouxeram como enfoque três fatores primordiais: a intersetorialidade, a participação social e as evidências científicas (idem, ibidem).

Dentre as linhas de ação específicas, estão a criação de uma instância voltada a ações intersetoriais para promoção da saúde e qualidade de vida, com assistência do Ministério da Saúde; prioridade, de início, a ações de promoção à

saúde na infância e adolescência; fomento à redes de municípios saudáveis, com capacitação de líderes; editais periódicos para incentivo a pesquisa sobre os determinantes sociais da saúde e a criação de redes de pesquisadores e gestores do campo; e participação social por meio principalmente de Conselhos Municipais de Saúde, com disseminação de informação e qualificação de lideranças comunitárias.

Como consequência da Comissão, foi criado, em 2009, Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS), vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fiocruz. O Centro objetiva produzir e disseminar informação, por meio de ações como capacitação, um observatório de desigualdades em saúde e a realização de conferências regionais. Também podem ser citadas diversas iniciativas que mostram que o tema dos determinantes sociais continua vivo nas discussões em saúde no Brasil, como ter sido esse o tema debatido em plenária do Grupo de Trabalho da Saúde em junho de 2024 e a campanha “Conselho Local de Saúde: Aqui Tem”, destacada na Conferência Nacional de Saúde de 2023 com o intuito de chamar atenção para a necessidade de uma maior participação popular nesses conselhos.

Contudo, apesar dos imensos avanços, o SUS ainda possui imensos desafios. Paim (2018), em um balanço dos 30 anos do SUS, aponta alguns deles: a insuficiência da infraestrutura pública e a falta de condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS; problemas de gestão, como burocratização excessiva, qualificação insuficiente dos profissionais e número insuficiente de cargos efetivos em detrimento de cargos temporários e em comissão; foco em demasia na doença em detrimento da prevenção e da construção da saúde do indivíduo e na atenção básica, conforme o modelo médico hegemônico; a falta de recursos; e mesmo questões ideológicas da sociedade brasileira, que tende a valorizar em excesso o individualismo e os interesses próprios, bem como o lucro visado pelas grandes empresas farmacêuticas.

4. ANÁLISE COMPARATIVA DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE ENTRE BRASIL E REINO UNIDO

Já tendo compreendido tanto a importância dos determinantes sociais da saúde para a compreensão plena das condições internas nos países, bem como tendo feito um panorama geral dos sistemas de saúde brasileiro e inglês, prossigamos ao estudo das desigualdades entre os dois países a partir dos determinantes sociais da saúde. Para tal, após analisar as desigualdades em saúde a partir dos dados sobre a sepse, será estendida uma estrutura de análise, baseada nos DSS, para analisar os dois casos. Os resultados em saúde nos dois países serão analisados considerando uma estrutura de análise com base no modelo da OMS e de Marmot, organizada em três eixos.

4. 1. A SEPSE COMO INDICADOR

De acordo com o Terceiro Consenso Internacional de definições para a sepse, de 2016, a sepse é uma disfunção dos órgãos causada por uma resposta desregulada do corpo do indivíduo a uma infecção, que pode ser proveniente de bactérias, fungos, vírus ou outros patogênicos parasitários. A doença é uma das que mais mata no mundo, além de frequentemente deixar sequelas físicas, psicológicas e cognitivas a longo prazo nas pessoas afetadas (Singer *et al.*, 2016).

Para avaliar o grau de infecção, utiliza-se o escore SOFA (*sequential sepsis-related organ failure assessment*), no qual são indicados variáveis relacionadas ao sistema circulatório e metabólico, pressão arterial, frequência cardiorrespiratória, etc. A partir dessa avaliação, aplicada aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), revela-se a mortalidade para cada grau da doença, o que é de extrema importância para a análise dos dados.

A relevância da sepse enquanto indicador se dá pois esta é uma doença que caracteriza-se como o ápice de um processo de infecção, logo, existem vários fatores de risco diretamente relacionados a condições nas quais a população vive. Alguns dos fatores de risco para a sepse são: idade (maior risco entre crianças e idosos, pessoas com baixa imunidade (podendo ser relacionadas à existência de diferentes enfermidades ou condições físicas anteriores), pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, pessoas admitidas em UTIs ou com internações

hospitalares longas, entre outros.

Assim, as condições de saúde preexistentes das pessoas e as condições do sistema de saúde estão diretamente relacionadas aos casos de sepse. Pessoas com baixa imunidade ou com doenças crônicas não transmissíveis são mais sensíveis à doença, fazendo com que pacientes dela acometidos possam chegar no hospital já com uma infecção em estágio avançado. Porém, também é comum que adquiram infecções no próprio ambiente hospitalar, especialmente quando há o uso de equipamentos invasivos – como sondas vesicais, por exemplo –, ou mesmo devido a condições sanitárias inadequadas, conforme aponta RUDD *et al.* (2020). Dessa forma, fica evidente que fatores como infraestrutura, logística hospitalar, qualidade dos materiais e preparo da equipe afetam diretamente a incidência da doença.

Tendo em vista a relevância da doença e o já posto no trabalho, podemos prosseguir a uma análise dos dados. Para tal, utilizaremos uma tabela comparativa, com a exposição dos dados mundiais, no Brasil e no Reino Unido. Para tal, utilizaremos a média de quantidades de casos e óbitos encontradas nos estudos realizados, especialmente na última década.

QUADRO I - Incidência e mortalidade por sepse no Brasil, Reino Unido e Mundo (Médias anuais)

	População	Quantidade de casos (ano)	Quantidade de óbitos (ano)	Mortalidade (%)	Tendência
Brasil	215 milhões	400.000 186 casos por cem mil habitantes	240.000 112 casos por cem mil habitantes	60%	Aumento
Reino Unido	67 milhões	245.000 365 casos por cem mil habitantes	49.735 74 casos por cem mil habitantes	20,3%	Aumento
Mundo		48.900.000 611 casos por cem mil habitantes	11.000.000 137 casos por cem mil habitantes	18,7%	Redução

Fontes: Almeida *et al.* (2021), Brasil (2023), Jarman (2018, apud The UK Sepsis Trust); Rudd *et al.* (2020)

Conforme o quadro I, o Brasil possui uma incidência de sepse proporcionalmente menor que o Reino Unido e significativamente menor que a taxa mundial. Entretanto, a mortalidade é maior que a do país europeu. Os dados brasileiros, contudo, chamam a atenção, representando três vezes mais mortalidade do que a já alta porcentagem britânica de cerca de 20%. Isso significa que, na prática, se um indivíduo brasileiro for diagnosticado com sepse, ele tem mais de 50% de chance de ir a óbito em comparação com um cidadão britânico no Reino Unido. Essa informação nos leva a questionar justamente o que explicaria essa diferença entre os níveis de mortalidade por sepse entre os dois países.

Contudo, percebemos que a prevalência no Brasil é menor, o que pode ser explicado pela subnotificação. Uma evidência disso é o intenso aumento nos casos de sepse na Inglaterra dado, na verdade, pela realização de um diagnóstico correto por parte das equipes de saúde, sendo resultado de uma conscientização e qualificação correta das equipes (Jarman *apud* Burki, 2018). Almeida et al. (2021) também citam o problema:

Também é importante destacar a hipótese de subnotificação de internações e de óbitos por sepse, causando omissão de dados epidemiológicos importantes, visto que tais subnotificações podem estar associadas à falta de assistência médica, de recursos para diagnóstico de causa básica e laudos incorretos. (p. 9)

Ainda assim, os dados proporcionais quanto aos óbitos evidenciam que, mesmo frente a um possível aumento de casos que não levaram a óbito no Brasil devido à suposta subnotificação, ainda assim a quantidade de mortes é expressivamente mais elevada no país sul-americano do que no Reino Unido.

4. 2. ANÁLISE DESCRITIVA POR INDICADOR

Nesta etapa do trabalho, prosseguiremos à análise descritiva de cada eixo por país, buscando compreender as causas para a elevada discrepância nos casos de sepse. Analisaremos, para cada uma das macro temáticas, alguns indicadores selecionados por sua capacidade de explicar o país por meio de dados e medidas objetivas, com base nos eixos indicados por Marmot (2008) nos quais se basearam. Na análise descritiva por meio do quadro II, serão explicados a que se refere cada

indicador, as principais informações utilizadas para referência e em qual eixo de Marmot foi baseada. Para além, na análise comparativa, os dados serão detalhados por país.

QUADRO II - Estrutura analítica de determinantes sociais de saúde por indicador

Eixo	Indicador	Principais informações utilizadas	Eixo de Marmot (2008)
Político	Forma e sistema de governo	Estruturas organizacionais e formas de legitimação dos governos	Governance
	Nível democrático e liberdade de expressão	Democracy Index (V-Dem)	Cultural and societal norms and values
	Respeito aos direitos humanos	Nível de liberdades civis (Varieties of Democracy) e adesão a acordos internacionais de direitos humanos e em saúde	Cultural and societal norms and values
	Sistema econômico predominante	Ideologia política e participação e objetivos do Estado na economia	Governance
Institucional	Responsabilidade e nível de centralização do sistema de saúde	Responsabilidades formais e graus de concentração de competências e serviços	Health care system
	Forma de financiamento	Principais modalidades de obtenção dos recursos	Health care system
	Cobertura populacional	Classificação da população atendida pelo sistema quanto ao nível de universalização	Health care system
	Cobertura de serviços	Nível de complexidade dos serviços oferecidos	Health care system
Socioeconômico	Desemprego	Níveis de desemprego e desocupação	Social position
	Segurança alimentar	Porcentagem da população em insegurança alimentar leve, grave e moderada	Social position
	Pobreza e extrema pobreza	Porcentagem da população vivendo em situação de vulnerabilidade quanto à renda	Social position
	Renda per capita	Renda do país dividida pela quantidade de habitantes	Social position
	Distribuição de renda	Nível de desigualdade a partir do Índice de Gini e IDH	Social position

Fonte: elaboração própria.

4. 2. 1. EIXO POLÍTICO

No eixo político, analisaremos quatro indicadores: forma e sistema de governo, nível democrático e liberdade de expressão, respeito aos direitos humanos e sistema econômico predominante. Esses indicadores são cruciais para compreender as características políticas gerais desses Estados, refletindo a dinâmica entre o poder estatal e os direitos dos cidadãos.

4. 2. 1. 1. FORMA E SISTEMA DE GOVERNO

Primeiramente, quanto às características formais do governo dos países, temos que forma de governo é a sua estrutura organizacional, enquanto sistema está ligado às formas de legitimação e mecanismos de relação entre os poderes (Schier, 2017).

Em relação à forma de governo, o Brasil é uma república federativa e um Estado Democrático de Direito, ou seja, é composta por entes autônomos e indissolúveis e seus representantes são escolhidos pelo povo (BRASIL, 1988). Já o Reino Unido é uma Monarquia Constitucional, ou seja, possui uma família real que herda suas posições apenas por hereditariedade, porém, que é mero Chefe de Estado e não toma decisões de forma autocrática, atuando mais como consultores na esfera política (Estanislau, 2023).

Isso ocorre porque o sistema de governo inglês é o parlamentarismo. Nele, o povo elege o parlamento, que fica responsável por nomear o Primeiro-Ministro, que será o chefe do Poder Executivo e do Governo, nomeando também o Gabinete e ficando responsável pela execução e administração das leis e do interesse público (Schier, 2017). Já no Brasil, o sistema é o presidencialismo, em que há uma clara separação dos três poderes – executivo, legislativo e judiciário –, e o chefe do executivo é escolhido diretamente por meio do voto popular, exercendo seu mandato por um período de tempo pré-estabelecido e de forma independente dos demais poderes, sendo, simultaneamente, chefe de Estado e de Governo (idem, ibidem).

Nesse sentido, vê-se que praticamente não há similitudes na forma e sistema de governo dos dois Estados. Embora os demais indicadores a serem analisados no eixo político mostrarem que, na prática, há sim semelhanças, formalmente elas não

são expressas. Portanto, aqui, consideramos que a forma e sistema de governo são distintas.

4. 2. 1. 2. NÍVEL DEMOCRÁTICO E LIBERDADE DE EXPRESSÃO

Partindo para a variável nível democrático e liberdade de expressão, utilizaremos o Democracy Index, pesquisa realizada pela Economist Intelligence Unit que analisa mais de 60 indicadores agrupados nas categorias de processo eleitoral e pluralismo, funcionamento do governo, participação política, cultura política e liberdades civis (EIU, 2023). A classificação de cada país tem uma nota que vai de 0 (zero, menos democrático) a 10 (dez, mais democrático), colocando os países em um dos níveis, de menos para mais livre: regimes autoritários, regimes híbridos, democracias falhas e democracias plenas (idem, ibidem).

TABELA I - Nível democrático e de liberdade de expressão no Brasil e Reino Unido entre 2019 e 2023, a partir do Democracy Index

	Brasil						Reino Unido					
	2019	2020	2021	2022	2023	Média	2019	2020	2021	2022	2023	Média
Processo eleitoral e pluralismo	9.58	9.58	9.58	9.58	9.58	9.58	9.58	10.0	9.58	9.58	9.58	9.66
Funcionamento do governo	5.36	5.36	5.36	5.00	5.36	5.28	7.50	7.50	7.50	7.50	7.50	7.50
Participação política	6.11	6.11	6.11	6.67	6.11	6.22	8.89	8.89	8.33	8.33	8.33	7.99
Cultura política	5.00	5.63	5.63	5.00	5.00	5.25	7.50	7.50	6.25	6.88	6.88	7.00
Liberdades civis	8.24	7.94	7.65	7.65	7.35	7.76	9.12	8.82	8.82	9.12	9.12	9.00
Média geral	6.86	6.92	6.86	6.78	6.68	6.78	8.52	8.54	8.10	8.28	8.28	8.34
Posição no ranking	52°	49°	47°	51°	51°	50°	14°	16°	18°	18°	18°	17°

Fonte: Economist Intelligence Unit (2019 - 2023)

A partir dos dados analisados, podemos perceber que o Brasil se encontra com uma média de 6.78, encaixando-se na categoria de democracia falha, enquanto

o Reino Unido é considerado uma democracia plena, com média de 8.34. É interessante notar, ainda, que os Estados assemelham-se aos seus pares: no período analisado, entre os países da América Latina e Caribe, a maioria esteve na classificação de democracia falha ou mais baixa (regimes híbridos ou autoritários), com uma média de 50% dos países na mesma classificação que o Brasil. Já dentre os países de democracia plena, menos de 25% estão fora da Europa. Devido aos países estarem em categorias diferentes, mas não distantes, classificá-lo-emos enquanto relativamente distintos quanto ao nível democrático.

4. 2. 1. 3. RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS

Da mesma forma, o respeito aos direitos humanos é indicador diretamente ligado aos valores do governo e da população. Para entendê-lo, consideraremos dois aspectos: os dados do Varieties of Democracy (V-Dem) e a adesão dos países a acordos internacionais de proteção aos direitos humanos. De início, analisemos os dados do V-Dem, que classificam os países de 0 (menos direitos) a 1 (mais direitos), analisando o quanto seus cidadãos possuem ou não liberdade de movimento, expressão e religião; se sofrem ou não trabalho análogo à escravidão, tortura – especialmente governamental – e perseguição política; e se possuem direito à propriedade privada (V-Dem, 2024).

TABELA II - Nível de liberdades civis no Brasil e Reino Unido entre 2019 e 2023, a partir do Varieties of Democracy

	Brasil						Reino Unido					
	2019	2020	2021	2022	2023	Média	2019	2020	2021	2022	2023	Média
Human rights index	0.69	0.68	0.66	0.67	0.84	0.78	0.91	0.90	0.89	0.89	0.90	0.90

Fonte: V-DEM Dataset (2024)

A partir da tabela acima, nota-se que tanto o Brasil quanto o Reino Unido, encontram-se acima da média mundial de liberdades civis do período, que é de 0.67. Porém, ainda possuem uma distinção de 0.12 no indicador, sendo maior no caso do país mais desenvolvido – o Reino Unido. Já quanto à adesão a acordos

internacionais no âmbito dos direitos humanos, os países mostram-se semelhantes, especialmente por fazerem parte da OMS.

Partindo para a análise dos acordos internacionais, cabe analisar se foram adotados ou não pelos dois países. O quadro abaixo apresenta o acordo, pacto ou declaração, o ano e se foi ou não aderido ou assinado pelos Estados. A escolha dos acordos internacionais se deu pela relevância de sua temática à temas de saúde e determinantes sociais, optando-se pela escolha de declarações que tratassem de direitos sociais, qualidade de vida e grupos marginalizados. Já as declarações específicas das áreas de saúde foram escolhidas por sua relevância e levando em conta um espaçamento temporal que nos permitisse observar o comportamento dos países ao longo do tempo.

QUADRO III - Adesão do Brasil e Reino Unido a acordos internacionais de Direitos Humanos e Direito à Saúde

Acordo	Ano	Brasil	Reino Unido
Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	1966	Adotado	Adotado
Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos	1966	Adotado	Adotado
International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (CERD)	1965	Adotado	Adotado
Declaração de Alma-Ata	1978	Assinado	Assinado
Convention on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW)	1979	Adotado	Adotado
UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)	2006	Adotado	Adotado
Convention on the Rights of the Child (CRC)	1989	Adotado	Adotado
Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment (CAT)	1984	Adotado	Adotado
Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado	2006	Adotado	Adotado
Declaração de Astana	2018	Assinado	Assinado

Fontes: Equality and Human Rights Commission (2019), Unicef (2018), Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (2024)

Apesar dos indicadores terem sido positivos e semelhantes entre os países analisados, ainda pode-se notar uma distinção entre teoria e prática, sendo a adesão formal a esses acordos mais dificultosa de ser desempenhada pelo país menos desenvolvido, fazendo com que concluamos pela semelhança relativa entre os países nesse indicador.

4. 2. 1. 4. SISTEMA ECONÔMICO PREDOMINANTE

Por fim, é importante tratar do sistema econômico predominante. Aqui, utilizaremos o conceito de Feijó (2008), que propõe um modelo de análise contendo três ideologias políticas principais – a social democracia do estado de bem-estar social, o liberalismo e o neoliberalismo – contendo, cada uma, sistemas econômicos específicos. Assim, supera-se a dicotomia socialismo/capitalismo, haja vista que o primeiro já é irrisório frente aos países do sistema internacional. O autor classifica tanto Reino Unido, quanto Brasil, dentro da ideologia política de social democracia do estado de bem-estar social; contudo, coloca aquele país como parte do sistema econômico europeu e esse, enquanto parte dos países em desenvolvimento (idem, ibidem). Ele explica:

“A social-democracia europeia é a que mais se aproxima do ideal de um estado de bem-estar social. Países como Holanda e Suécia cobram altos impostos dos seus cidadãos e oferecem, em troca, bons programas sociais extensivos à quase totalidade do público qualificado. [...] Países de economias capitalistas em desenvolvimento apresentam amplos programas de ação social de relativo alcance, mas que mobilizam recursos bastante insuficientes em face das enormes carências da população, por falta de fundos ou por deficiências no desenho das estruturas dos programas sociais (o Brasil é um bom exemplo).” (Feijó, 2008, p. 16)

Essa visão é interessante por fugir do simplismo de “economias capitalistas” – ambas o são – e dar-nos uma visão um pouco mais aprofundada de cada um dos sistemas econômicos. Fica evidente, portanto, que assim como no indicador anteriormente analisado, existe uma distinção entre teoria e prática: os países seguem a mesma ideologia, em tese, mas o quanto delas conseguem aplicar e atingir o suposto estado de bem-estar social depende de uma série de fatores ligados à suas capacidades econômicas, força do governo, entre outros, os quais poderão ser observados de forma mais prática mais à frente, no eixo socioeconômico. Assim, também esse indicador será considerado como relativamente semelhante.

4. 2. 2. EIXO INSTITUCIONAL

Partindo ao eixo institucional, aqui será abordado mais especificamente os sistemas de saúde, com base nos componentes indicados por Lobato e Giovanella (2012) como mais relevantes: responsabilidade e nível de centralização, financiamento, cobertura populacional e cobertura de serviços. Haja vista especificidades de cada sistema já terem sido postas anteriormente no segundo capítulo, que se adentrou sobre idiossincrasias dos sistemas de saúde, a proposta nos tópicos a seguir será, de modo a evitar a redundância no trabalho, apresentar cada um dos indicadores de forma resumida e comparativa.

4. 2. 2. 1. RESPONSABILIDADE E NÍVEL DE CENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

O Brasil é uma federação, ou seja, possui entes federativos autônomos e indissociáveis – a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Cada um deles possui responsabilidades específicas quanto ao Sistema de Saúde. Já o Reino Unido é um Estado Unitário, sendo liderado pelo Parlamento e não tendo uma Constituição formal. É, contudo, composto por quatro nações, o que faz com que alguns autores questionem a unitariedade do Estado, denominando-o como “quasi-federalista”. Ainda assim, o NHS possui apenas uma esfera de controle principal, que é o Parlamento. Os demais órgãos, entes e comitês estão a ele subordinados, incluindo o Departamento de Saúde. Nesse âmbito, portanto, há uma diferenciação formal entre os dois países, que não se configura tanto na prática, onde se vê, em ambos, um nível considerado de descentralização.

No SUS, a União faz a gestão federal da saúde por meio do Ministério da Saúde, que formula políticas nacionais mas não chega a aplicá-las; isso fica por conta das Secretarias estaduais e municipais de Saúde (Min. da Saúde, 2024a). Para além do Ministério e Secretarias, existem entes que fazem a gestão de vários estabelecimentos de saúde, como fundações – a exemplo da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro e a Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – e mesmo empresas públicas – como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que faz a gestão dos hospitais universitários.

Ademais, não se pode deixar de citar a relevância do setor privado que atua de forma complementar ao setor público, seja por meio de Organizações Sociais de Saúde sem fins lucrativos – como é o exemplo da Gestão Hospitalar Martiniano Fernandes (FGH) que atua em Pernambuco e faz a gestão de 14 serviços de saúde –, seja por meio de hospitais, planos de saúde e outras empresas com fins lucrativos. Dessa forma, dada a existência de tantos entes com autonomia jurídica, financeira e orçamentária, vê-se que o SUS é um sistema altamente descentralizado e capilarizado.

Já em relação ao NHS, como já dito, a própria natureza quase federalista do Reino Unido já o diferencia entre si, por cada nação dentro do Reino Unido possuir uma série de grupos e organizações envolvidas no sistema. Neles, existe invariavelmente a figura do governo enquanto principal alocador de recursos e tomador de decisões nacional, e secretarias e departamentos em âmbito nacional que cuidam de áreas específicas, como gestão administrativa, controle de qualidade e sistemas digitais (NHS, 2022). Existem também as subdivisões locais, que incluem equipes de gestão regional e autoridades e clínicos gerais locais, responsáveis pelo atendimento direto à população (idem, ibidem). Assim, é uma estrutura que, embora descentralizada, possui órgãos de gestão em seu cerne, ao longo de toda a cadeia.

Assim, as formas de responsabilização formal e os órgãos ao longo da estrutura dos sistemas analisados são relativamente distintos, cada um se adaptando à respectiva forma de Estado e realidade nacionais. Dessa forma, não há que se falar em semelhança de forma específica. Contudo, os níveis de descentralização podem ser classificados como altos em ambos os casos analisados, sendo um ponto importante para que não os diferenciemos completamente. Dessa forma, o mais correto é classificá-los enquanto relativamente distintos.

4. 2. 2. 2. FORMAS DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

O financiamento de um sistema de saúde pode ser público ou privado. Nos sistemas universais de saúde, o financiamento é, via de regra, público, ou seja, advindo dos tributos cobrados da população pelo governo – afinal, segundo . Esse financiamento se dá de forma obrigatória e solidária, ou seja, toda a população paga para que todos usem, não sendo um pagamento direto por um serviço como

acontece em transações comerciais.

No SUS, as três esferas de governos estão vinculadas a repassar recursos para o SUS, sendo obrigatório o investimento em saúde de pelo menos 15% das receitas dos municípios e 12% da receita dos estados (Brasil, 2012). Já o NHS tem cerca de 99% do seu financiamento de taxas da população, com o 1% restante advindo de pequenas taxas cobradas diretamente dos usuários (King's Fund, 2024). Assim, esse é mais um ponto em que os sistemas de saúde se encontram, sendo semelhantes.

4. 2. 2. 3. COBERTURA POPULACIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE

A cobertura populacional de um sistema de saúde pode ser universal – quando atende toda a população – ou segmentada. Os sistemas analisados neste trabalho são ambos universais, com acesso irrestrito à população, independente de classe social, situação empregatícia ou quaisquer outros critérios. Porém, se quanto à população nacional, o acesso é universal tanto no Brasil quanto no Reino Unido, a situação é diferente quando se trata de migrantes e refugiados.

No Brasil, o SUS deve atender todas as pessoas que o procurem, o que inclui migrantes, refugiados e mesmo apátridas (Min. da Saúde, 2024c). Em 2024, inclusive, foi lançada nota técnica com orientações de atendimento a essas pessoas, englobando a legislação pertinente e diretrizes quanto à estrutura do atendimento – documentação, registro, linguagem, entre outros (idem, ibidem).

Já no Reino Unido, via de regra, migrantes não podem utilizar os serviços do NHS, exceto nas seguintes situações: atenção primária (clínico geral); serviços de emergência; serviços relacionados a algumas doenças transmissíveis; alguns serviços de planejamento familiar; serviços cuja causa seja tortura, mutilação genital feminina, violência doméstica e sexual; e para refugiados, prisioneiros ou vítimas de tráfico humano (NHS, 2014). Embora seja um rol relativamente extenso, nota-se que são basicamente voltados para questões que afetam sua própria população (como doenças transmissíveis e planejamento familiar, ou seja, freando o nascimento de imigrantes em seu território) ou questões básicas de respeito aos direitos humanos, em situações nas quais negar atendimento seria violar gravemente normas internacionais.

Dessa forma, vê-se que, embora ambos os sistemas sejam universais,

pode-se dizer que o brasileiro é “mais universal”. Ainda que não se negue a universalidade do sistema britânico, não se pode ignorar as limitações trazidas pela exclusão de imigrantes ao acesso à saúde no país. Dessa forma, não é este um ponto de absoluta semelhança entre os sistemas, porém, também não há distinção clara; assim, considera-se como relativamente semelhantes.

4. 2. 2. 4. COBERTURA DE SERVIÇOS DO SISTEMA DE SAÚDE

A cobertura de serviços oferecidos, de acordo com Lobato e Giovanella (2012), pode ser coletiva ou de assistência médica. Ambos os sistemas de saúde aqui analisados possuem uma cobertura universal, ou seja, incluem os serviços coletivos e individuais. Como serviços coletivos, de prevenção e controle, de vigilância sanitária e epidemiológica, podemos citar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), que atua no âmbito do SUS. De forma semelhante, há, sob o NHS, o UK Health Security Agency (UKHSA).

Já sobre os serviços individuais, tanto o sistema brasileiro quanto o britânico possuem serviços perpassando os três níveis de complexidade: primários (de atenção básica), secundários (hospitalar e urgência) e terciários (atenção especializada). No âmbito da cobertura de serviços, também podemos citar ações de promoção de saúde e o acesso à medicamentos. Ambos o SUS e o NHS possuem os serviços, os quais já foram detalhados no segundo capítulo deste trabalho.

Dessa forma, os dois sistemas analisados também conversam bastante enquanto fornecedores de uma gama ampla de serviços para a população, podendo ser caracterizados como genuinamente universais nesse sentido. Ademais, sua semelhança é evidente, não se encontrando diferenças significativas.

4. 2. 3. EIXO SOCIOECONÔMICO

O último eixo a ser analisado é o socioeconômico, por sua imensa relevância à temática dos indicadores sociais – afinal, esse é o que mais impacta a rotina e o dia a dia dos usuários dos sistemas de saúde em si. Nele, serão analisados alguns indicadores considerados centrais especialmente no que tange acesso à renda e qualidade de vida e bem-estar, fatores essenciais à saúde. Foram escolhidos o

desemprego, segurança alimentar, pobreza, renda per capita e distribuição de renda.

4. 2. 3. 1. DESEMPREGO

Os dados de desemprego são de extrema relevância para entender a saúde econômica da população de um país, estando diretamente relacionada aos demais indicadores aqui postos. Essa medida é feita em forma de porcentagem simples, levando em consideração a quantidade de desempregados de um país em relação à força de trabalho total, que inclui todos os trabalhadores, ativos no mercado ou em busca de emprego (IBGE, 2024).

TABELA III - Níveis de desemprego no Brasil e Reino Unido entre 2019 e 2023 (%)

	2019	2020	2021	2022	2023	Média
Brasil	11,9%	13,9%	13,2%	9,3%	7,8%	11,2%
Reino Unido	3,9%	4,7%	4,6%	3,9%	4%	4,2%

Fontes: IBGE (2024), ONS (2024)

Observando-se os dados acima, pode-se notar uma latente diferença entre os dados do Brasil e do Reino Unido. Enquanto o país sul-americano está se recuperando de taxas historicamente altas de desemprego, a questão continua sendo um problema a ser enfrentado. Já quanto ao Reino Unido, os dados não apresentam um desafio tão latente, ficando em torno de 4%. Dessa forma, tanto devido à diferença quanto aos números totais, quanto ao nível de preocupação que a questão representa para cada país, consideramos que esse indicador apresenta realidade bastante distinta entre os dois países.

4. 2. 3. 2. SEGURANÇA ALIMENTAR

A segurança alimentar de uma população está diretamente relacionada ao seu acesso à saúde. Como o tema está em ascensão, não foi possível juntar uma quantidade confiável e considerável de dados ao longo dos anos. Portanto, na tabela abaixo estão descritos apenas os dados mais recentes de cada país. Enquanto o

Brasil divide três categorias de insegurança alimentar (leve, moderada e grave), o Reino Unido o faz em apenas duas categorias (baixa e muito baixa). Assim, de modo a simplificar a visualização dos dados, utilizaremos duas categorias: a primeira apenas com o nível mais leve, e a segunda concatenando casos moderados e mais graves.

Como forma de referência, podemos utilizar a Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança alimentar, que divide os domicílios da seguinte forma:

Segurança alimentar: os moradores do domicílio têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente; **Insegurança alimentar leve:** Apresentam comprometimento da qualidade da alimentação em detrimento da manutenção da quantidade percebida como adequada; **Insegurança alimentar moderada:** apresentam modificações nos padrões usuais da alimentação entre os adultos concomitante à restrição na quantidade de alimentos entre os adultos; **Insegurança alimentar grave:** são caracterizados pela quebra do padrão usual da alimentação com comprometimento da qualidade e redução da quantidade de alimentos de todos os membros da família, inclusive das crianças residentes neste domicílio, podendo ainda incluir a experiência de fome. (Min. da Saúde, 2022b, grifo nosso)

TABELA IV - População em insegurança alimentar no Brasil e Reino Unido em 2023 (%)

	Brasil (2023)	Reino Unido (2022/2023)
Insegurança alimentar leve	18,2%	5%
Insegurança alimentar moderada e grave	9,4%	6%

Fontes: IBGE (2024), House of Commons Library (2024)

Nota-se, com base nos dados apresentados, que tanto em relação à insegurança alimentar leve, quanto moderada e grave, e até mesmo em números totais, a situação no Brasil apresenta-se como extremamente mais urgente, com mais de um quarto da população enfrentando algum tipo de dificuldade em relação à qualidade dos alimentos e acesso à alimentação. Essa triste situação se repete em diversos outros países do Sul Global, e acentua a diferença entre os dois países, não se deixando de lado que uma boa alimentação é uma das principais chaves para uma boa saúde. Por esse motivo, consideramos esse indicador como distinto nos dois países.

4. 2. 3. 3. POBREZA E EXTREMA POBREZA

Os dados sobre pobreza e extrema pobreza mostram-se mais transparentes sobre os indicadores de renda per capita (que mostram apenas a média) ou desigualdade social (que evidencia a concentração de renda). Eles serão apresentados antes para que tenhamos ciência, ao analisar os próximos indicadores aqui mencionados, para que se tenha uma real noção sobre a quantidade de pessoas em vulnerabilidade social extrema nos países analisados. O parâmetro utilizado são os valores do Banco Mundial de U\$6,85/ dia para pessoas em situação de pobreza e U\$2,15 para pessoas em situação de extrema pobreza (IBGE, 2024).

TABELA V - População em situação de pobreza no Brasil e Reino Unido entre 2019 e 2023 (%)

		2019	2020	2021	2022	2023	Média
Brasil	Pobreza	32,5%	31%	36,7%	31,6%	27,5%	31,8%
	Extrema pobreza	7,3%	6,0%	9%	5,9%	4,4%	3,8%
Reino Unido	Pobreza	22%		22%		-	22%

Fonte: IBGE (2024), Joseph Rowntree Foundation (2024)

Os dados da tabela V mostram que, embora a pobreza no Reino Unido seja um problema real que assola cerca de um quinto de sua população, a situação no Brasil é mais urgente, apresentando uma média de quase 32% nos últimos cinco anos, bem como uma média de quase 4% da população em extrema pobreza, indicador que, embora venha diminuindo, chegou a assustadores 9% em 2021. Ademais, podemos perceber a ausência de dados estruturados anuais no Reino Unido, bem como de pesquisas focadas na extrema pobreza, que pode indicar menos urgência do país quanto à temática. Ademais, é importante notar que fatores

como a qualidade da assistência social e o próprio valor da moeda afetam negativamente o país sul-americano. Por essa razão, e pela própria proporção dos dados apresentados, conclui-se que a situação nos países é distinta.

4. 2. 3. 4. RENDA PER CAPITA

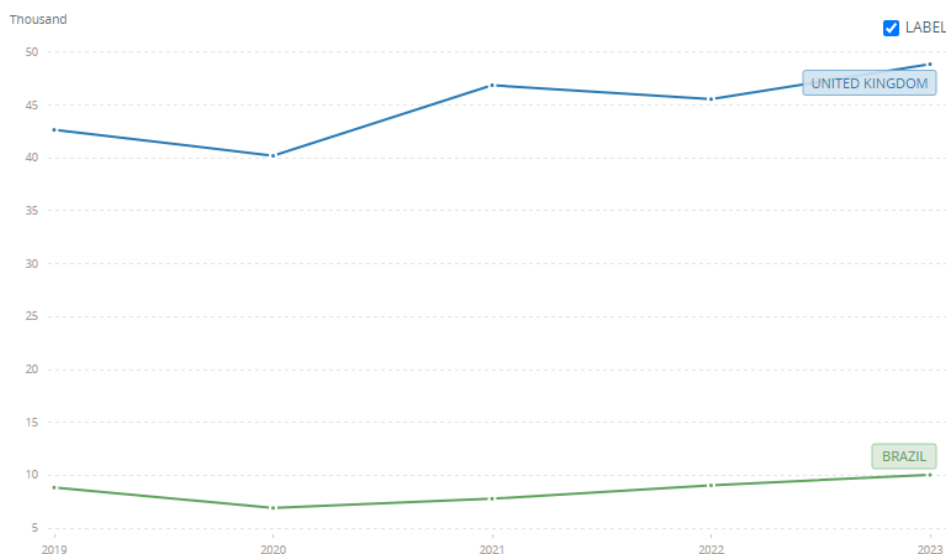
Partindo para análises mais econômicas da população, a renda per capita – que mostra a média de renda por pessoa em um período anual – é um importante indicador por ir além dos valores totais de riqueza de um país, apresentando-o de forma proporcional.

TABELA VI - Renda per capita no Brasil e Reino Unido entre 2019 e 2023 (US\$)

	2019	2020	2021	2022	2023	Média
Brasil	8.845,3	6.923,6	7.794,8	9.065,4	10.043,6	8.534,54
Reino Unido	42.662,5	40.217,0	46.869,7	45.564,1	48.866,6	44.835,98

Fonte: Banco Mundial (2024a)

FIGURA II - EVOLUÇÃO RENDA PER CAPITA NO BRASIL E REINO UNIDO EM US\$ - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



Fonte: Banco Mundial (2024a)

Na tabela e no gráfico acima podemos perceber a abissal distância entre a renda per capita da população inglesa e brasileira, bem como algumas particularidades no comportamento do indicador ao longo dos anos, como uma recuperação mais rápida e intensa da economia inglesa após o baque inicial da pandemia. Frente ao exposto, classifica-se a situação dos países como distinta com base na renda per capita.

4. 2. 3. 5. DISTRIBUIÇÃO DE RENDA

A renda per capita é apenas uma divisão simples, contudo, sabemos que os insumos não são divididos igualmente na sociedade. Para isso, foram desenvolvidos uma série de indicadores buscando compreender como é feita essa divisão e os níveis de desigualdade e distribuição de renda. Utilizaremos, portanto, o Índice de Gini, indicador que, de acordo com o IPEA (2004), é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Apresentamos abaixo os valores medidos pelo Banco Mundial, em que o valor zero apresenta uma condição de igualdade total, em que todos possuem a mesma renda; e o valor cem apresenta um cenário em que apenas uma pessoa detém toda a riqueza (Idem, ibidem).

TABELA VII - Índice de Gini no Brasil e Reino Unido entre 2017 e 2021

	2017	2018	2019	2020	2021	Média
Brasil	53.3	53.9	53.5	48.9	52.9	52.5
Reino Unido	32.6	33.7	32.8	32.6	32.4	32.8

Fonte: Banco Mundial (2024b)

Frente ao quadro acima, percebe-se que a distinção entre os países é bastante acentuada, com a questão da distribuição de renda apresentando um desafio muito maior ao Brasil. Por essa razão, consideramo-nos enquanto distintos.

4. 2. 3. 6. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH)

De forma complementar, utilizaremos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). De acordo com a ONU (2024), esse é um indicador que avalia o desempenho médio em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: uma vida longa e saudável, acesso a conhecimento e um padrão de vida digno. Os resultados são divididos em baixo, médio, alto e muito alto.

TABELA VIII - Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil e Reino Unido entre 2017 e 2021

	2018	2019	2020	2021	2022	Classificação
Brasil	0,762	0,764	0,758	0,756	0,760	Alto
Reino Unido	0,928	0,933	0,920	0,931	0,940	Muito alto

Fonte: ONU (2024)

Quanto ao desenvolvimento humano, ambos os países estão acima da média mundial, com o Brasil com um IDH alto e o Reino Unido, muito alto. Devido à distinção entre os países existir de forma considerável, mas ainda estarem relativamente próximos, consideramos esse indicador relativamente distinto.

4. 3. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE BRASIL E REINO UNIDO

QUADRO IV - Estrutura de análise comparativa de indicadores sociais da saúde entre Brasil e Reino Unido

EIXO	INDICADOR	SITUAÇÃO NOS PAÍSES ANALISADOS		NÍVEL DE SEMELHANÇA
		BRASIL	REINO UNIDO	
Saúde	Quantidade de casos de sepse por 100.000 hab.	186	365	Distintos
	Mortalidade (%)	60%	20,3%	Distintos
Político	Forma e sistema de governo	República federativa presidencialista	Monarquia parlamentarista	Distintos
	Nível democrático e liberdade de expressão	Democracia falha	Democracia plena	Relativamente semelhantes
	Respeito aos direitos humanos	Nível de liberdades civis elevado; signatário de acordos internacionais	Nível de liberdades civis elevado; signatário de acordos	Semelhantes

			internacionais	
	Sistema econômico predominante	Capitalismo; social democracia do estado de bem-estar social; país em desenvolvimento	Capitalismo; social democracia do estado de bem-estar social; modelo europeu; país desenvolvido	Relativamente semelhantes
Institucional	Responsabilidade e nível de centralização	Altamente descentralizado e capilarizado ao longo dos entes federativos	Gestão nacional unitária, com nível relativamente elevado de descentralização	Relativamente distintos
	Financiamento	Público, advindo de impostos e tributos	Público, advindo de impostos e tributos	Semelhantes
	Cobertura populacional	Universal	Universal, com ressalvas em relação a imigrantes	Relativamente semelhantes
	Cobertura de serviços	Serviços coletivos e individuais (ambulatoriais, de emergência e especializados)	Serviços coletivos e individuais (ambulatoriais, de emergência e especializados)	Semelhantes
Socio-econômico	Desemprego	Média de 11,2% (2019 - 2023)	Média de 4,2% (2019 - 2023)	Distintos
	Segurança alimentar	27,6% da população em insegurança alimentar	11% da população em insegurança alimentar	Distintos
	Pobreza e extrema pobreza	Média de 31,8% (2019 - 2023)	Média de 22% (2019 - 2022)	Distintos
	Renda per capita	Média de R\$8.534,54 (2019 - 2023)	Média de R\$44.835,98 (2019-2023)	Distintos
	Distribuição de renda	Concentração de renda elevada	Concentração de renda relativamente baixa	Distintos
	Índice de desenvolvimento humano	Alto	Muito alto	Relativamente distintos

Fonte: Elaboração própria

Analisando o quadro IV, vê-se que os dados da sepse evidenciam-se enquanto distintos, principalmente porque, apesar da quantidade de casos ser supostamente – afinal, o fenômeno de diagnóstico correto está aumentando os casos no Reino Unido, o que ainda não se configurou no país sul-americano – menor no Brasil, o que acontece com a mortalidade é o extremo oposto. Nesse

sentido, cabe a nós buscar, dentre os indicadores relativos aos determinantes sociais, qual dos eixos mais se aproxima desse resultado. O eixo político é majoritariamente classificado como “relativamente semelhante”; o institucional, majoritariamente como “semelhante”; e o socioeconômico, majoritariamente distinto.

Frente a essa análise dos dados, percebe-se que o eixo socioeconômico é o que mais chega próximo de explicar a distinção na mortalidade por sepse. Esse resultado encontrado confirma a hipótese inicial, de que, devido às relativas similaridades entre os contextos políticos e especialmente entre os sistemas de saúde predominantes nos países, a qualidade de vida, renda e condições sociais em geral seria o que mais explicaria essa distinção.

De fato, percebe-se que, enquanto o Reino Unido possui as características de um país desenvolvido, com indicadores socioeconômicos relativamente uniformes. O Brasil, por outro lado, lida com as dificuldades de um país subdesenvolvido, notadamente a distribuição de renda, o desemprego, a pobreza e a insegurança alimentar. Nesse sentido, e considerando que os determinantes sociais da saúde são influências multifacetadas que veem a saúde mais do que por uma lente meramente biológica, e sendo preciso reconhecer que fatores como a renda, a educação, a habitação e a segurança alimentar desempenham papéis cruciais no bem-estar e na qualidade de vida da população, conforme explicam Marmot *et al.* (2008), percebe-se que um dos principais fatores para a negligenciada saúde brasileira está não no seu sistema de saúde, mas sim na sociedade que ele engloba.

Fica evidente, portanto, que investir em saúde é investir no bem-estar da população, e não meramente no sistema de saúde, concepção comum no Brasil, mas que precisa com urgência ser alterada. Precisamos, enquanto país subdesenvolvido, entender que superar a pobreza e a marginalização, conforme postulados da nossa própria Constituição Federal, é de suma importância não apenas para nosso bem-estar social, mas também para a saúde e para que o SUS possa, de fato, funcionar. Vemos, a partir dos resultados encontrados, que a teoria não é o problema, sendo muito bem estruturados nossas instituições, sistema político e de saúde. Porém, na prática, somos um país que ainda tem muito a enfrentar quanto à nossa posição de subdesenvolvimento no sistema internacional se quisermos superar essas adversidades e ter uma população mais saudável e longa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho pretendeu analisar as discrepâncias nos sistemas de saúde do Brasil e do Reino Unido à luz dos determinantes sociais da saúde, por meio de dados sobre a incidência e mortalidade por sepse e da construção de uma estrutura analítica dos países a partir dos eixos político, institucional e sociocultural. A importância do tema se dá devido a interdependência entre os países ser evidente e urgente, conforme demonstrado pelo aquecimento global e pela pandemia de Covid-19, os quais ressaltam a necessidade de cooperação internacional em políticas de saúde. No entanto, há desafios significativos na integração desses determinantes nas políticas públicas, frequentemente negligenciados em favor de abordagens individualistas e biológicas, especialmente em tempos de crise.

Com o objetivo geral de analisar as disparidades na mortalidade por sepse no Brasil e no Reino Unido a partir da análise dos determinantes sociais da saúde, o trabalho foi desenvolvido a partir de três objetivos específicos, incluindo a compreensão dos sistemas de saúde brasileiro e britânico, uma análise da incidência de sepse nos países e a construção da estrutura comparativa. Para estruturar essa compreensão, foi preciso, primeiramente, estabelecer o conceito de saúde global - evoluído a partir de "saúde internacional" para englobar uma compreensão mais abrangente e estrutural, com grande participação da OMS - e de determinantes sociais da saúde. Este último refere-se a condições materiais e psicossociais que afetam a saúde de indivíduos e comunidades, refletindo uma visão que vai além da biologia e abrange comportamentos e contextos de vida.

Também foi apresentado um panorama geral sobre os sistemas de saúde do Brasil, o SUS, e do Reino Unido, o NHS. Esse conceito refere-se ao conjunto de ações, organizações e regras destinadas à atenção em saúde, incluindo as instituições formais, a sociedade civil e outros atores não governamentais. No Brasil e no Reino Unido, os sistemas de saúde públicos são universais, tendo aquele surgido já na década de 1990 e o europeu, em 1948.

Os dois sistemas possuem diversas similaridades: o financiamento coletivo a partir de impostos e tributos, a cobertura populacional universal, a cobertura de serviços indo desde o atendimento ambulatorial até serviços especializados e a estrutura que, embora com algumas diferenças, é descentralizada. Essa similaridade também foi encontrada na análise do eixo político entre os dois países. Contudo, a

análise dos dados sobre a sepse revelou distinções significativas entre o Brasil e o Reino Unido, com uma mortalidade alarmantemente maior no país sul-americano; da mesma forma, as distinções mais enfáticas foram encontradas no contexto socioeconômico, notadamente no que diz respeito à qualidade de vida e renda.

Assim, conclui-se que os determinantes sociais são essenciais à mortalidade por sepse e, portanto, investir em saúde vai além de aprimorar o sistema de saúde; trata-se de promover o bem-estar da população como um todo. O Brasil precisa mudar sua perspectiva e reconhecer que a superação da pobreza e da situação de subdesenvolvimento é vital, não apenas para o bem-estar social, mas também para a eficácia do SUS e a qualidade de vida dos nacionais. Embora a história que nos trouxe ao subdesenvolvimento seja imutável, podemos mudar o nosso presente e principalmente o futuro da nossa população.

REFERÊNCIAS

- 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final**. Brasília, 1986. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 07 ago. 2024.
- ADAMS, Vincanne. A History of International Health Encounters: Diplomacy in Transition. In: KICKBUSCH, Ilona; NOVOTNY, Thomas E; TOLD, Michaela (org.). **21st Century Global Health Diplomacy**. Singapura: World Scientific Publishing, 2013. p. 41 - 64.
- ALMEIDA, Nyara Rodrigues Conde de; et al. et al. Análise de tendência de mortalidade por sepse no Brasil e por regiões de 2010 a 2019. **Rev Saúde Pública**. 2022;56:25. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003789>
- ANGUS, D. C.; VAN DER POLL, T. Severe sepsis and septic shock. **The New England Journal of Medicine**, v. 369, n. 9, p. 840-851, 29 ago. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23984731/>. Acesso em: 10 ago. 2023.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Desigualdades em saúde: Entrevista com Nancy Krieger. **Tempo Social, Revista de Sociologia da Usp**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 177-194, mar. 2015.
- Banco Mundial. **GDP per capita (current US\$) - United Kingdom, Brazil**. 2024a. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2023&locations=GB-BR&start=2014>. Acesso em: 04 set. 2024.
- _____. **Gini index**. 2024b. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>. Acesso em: 04 set. 2024.
- BERKHOUT, Esmé, et al. The Inequality Virus. **Oxfam International**, Oxford, 25 jan. 2021. Disponível em: <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621149/bp-the-inequality-virus-250121-en.pdf>. Acesso em 02 set. 2023.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.
- _____. 2023. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Dia Mundial da Sepse: Brasil tem alta taxa de mortalidade por sepse entre os países em desenvolvimento: diagnóstico acertado e início do tratamento na primeira hora são fundamentais. Diagnóstico acertado e início do tratamento na primeira hora são fundamentais**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitaisuniversitarios/regiao-sudeste/hu-ufff/comunicacao/noticias/2023/dia-mundial-das-sepse-brasil-tem-alta-taxa-de-mortalidade-por-sepse-dentre-os-paises-emdesenvolvimento#:~:text=Antes%20conhecida%20como%20infec%C3%A7%C3%A3o%20generalizada,tentar%20combater%20o%20agente%20infeccioso>. Acesso em: 17 jul. 2024.
- _____. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**.
- _____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**.
- _____. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. [Brasília]: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/cebas/cnes-cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>. Acesso em: 29 ago. 2024.
- BOYLE, Seán. **United Kingdom (England): health system review**. Londres: World Health Organization, 2011. 86 p. (Health Systems in Transition). Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330328/HiT-13-1-2011-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 05 set. 2024.
- BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta hacia una nueva salud pública

(saúde coletiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Antioquia, n. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013.

BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 1, p. 62-72, fev. 2006.

BURKI, Talha Khan. Sharp rise in sepsis deaths in the UK. **The Lancet Respiratory Medicine**, [S.L.], v. 6, n. 11, p. 826, nov. 2018. Elsevier BV. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30219243/>. Acesso em: 07 ago. 2024.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Relatório final. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 07 ago. 2024.

ESTANISLAU, Julia. Tradição monárquica inglesa tem papel importante no cumprimento da Constituição. **Jornal da USP**. São Paulo, jan. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=599042>. Acesso em: 01 set. 2024.

EPSJV/FIOCRUZ. '**A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos**'. Portal EPSJV/Fiocruz, 2017. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 04 set 2024.

EQUALITY AND HUMAN RIGHTS COMMISSION. **Monitoring and promoting UN treaties**. [S/L]: Equality and Human Rights Commission, 19 out. 2019. Disponível em: <https://www.equalityhumanrights.com/our-work/our-human-rights-work/monitoring-and-promoting-un-treaties>. Acesso em: 25 jul. 2024.

FEIJÓ, Ricardo Luis Chaves. A nova disciplina de sistemas econômicos comparados: uma proposta. **Revista de Economia Política**, v. 28, n. 1 (109), p. 116-135, jan.-mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/xKLrFyV3pZssdLsv3k6N3gK/?format=pdf>. Acesso em: 12 ago. 2024.

GENSINI, Gian Franco; YACOUB, Magdi H.; CONTI, Andrea A. The concept of quarantine in history: from plague to SARS. **Journal of Infection**, v. 49, n. 4, p. 257-261, nov. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15474622/>. Acesso em: 30 ago. 2023.

HOUSE OF COMMON. **Food poverty: Households, food banks and free school meals**. House of Common Library, 2024. Disponível em: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9209/CBP-9209.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.

IBGE. **PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?&t=series-historicas&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=desemprego. Acesso em: 10 set. 2024.

_____. **PNS - Pesquisa Nacional de Saúde**. IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>. Acesso em: 02 set. 2024.

IPEA. **O que é? - Índice de Gini**. IPEA, 2004. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28. Acesso em: 04 set. 2024.

Joseph Rowntree Foundation. **UK Poverty 2024: The essential guide to understanding poverty in the UK**. JRF, 2024. Disponível em: <https://www.jrf.org.uk/uk-poverty-2024-the-essential-guide-to-understanding-poverty-in-the-uk>. Acesso em: 02 set. 2024.

KEOHANE, Robert e NYE, Joseph. **Power and Interdependence**. Nova Iorque: Longman, 1989.

KICKBUSCH, I.; BERGER, C. B. (2010). Diplomacia da Saúde Global. **Revista Eletrônica De**

Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde, 4(1). <https://doi.org/10.3395/reciis.v4i1.693>. Disponível em: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/693/1338>. Acesso em: 17 ago. 2023.

KING'S FUND. **The NHS budget and how it has changed**. The King's Fund, 2024. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/data-and-charts/nhs-budget-nutshell>. Acesso em: 04 jul. 2024.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; *et al* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

MARMOT, Michael. Economic and social determinants of disease. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 10, p. 988-989, 2001. Epub 1 nov. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11693982/>. Acesso em: 03 ago. 2023.

MARMOT, Michael. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, v. 365, n. 9464, p. 1099-1104, 19-25 mar. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15781105/>. Acesso em: 02 ago. 2023.

MARMOT, Michael; FRIEL, Sharon; BELL, Ruth; HOUWELING, Tanja Aj; TAYLOR, Sebastian. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **The Lancet**, [S.L.], v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, nov. 2008. Elsevier BV. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18994664/>. Acesso em: 02 ago. 2023.

MCCAREY, Martha, *et al*. Health and Brexit: six years on. **Nuffield Trust**, 2022. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2022-12/1671199514-health-and-brexit-web.pdf>. Acesso em: 03 set. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. 1º ed. Brasília: CONASS, 2019.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. **Convenções Internacionais**. MDH, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/atuacao-internacional/organizacao-das-nacoes-unidas-onu/convencoes-internacionais>. Acesso em: 15 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 05 ago. 2024.

_____. **Insegurança Alimentar e Nutricional**. Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/inseguranca-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 12 set. 2024.

_____. **Sistema Único de Saúde - SUS**. Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus#:~:text=A%20rede%20que%20comp%C3%B5e%20o,sanit%C3%A1ria%2C%20ambiental%20e%20assist%C3%A2ncia%20farmac%C3%AAutica>. Acesso em: 7 ago. 2024.

_____. **Unidades Básicas de Saúde - UBS**. Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/unidades-basicas-de-saude-ubs2>. Acesso em: 14 ago. 2024.

NASCIMENTO, Ulisses Alves do. **O que é Accountability e como fortalece a democracia?** Centro de Liderança Pública, 2024. Disponível em: <https://clp.org.br/o-que-e-accountability/#:~:text=Um%20aspecto%20muito%20poderoso%20da,desperd%C3%ADcios%20e%20servi%C3%A7os%20mal%20feitos>. Acesso em: 22 set. 2024.

NHS. **NHS entitlements: migrant health guide**. Gov.uk, 2014. Disponível em:

<https://www.gov.uk/guidance/nhs-entitlements-migrant-health-guide>. Acesso em 10 set. 2024.

_____. **Structure of the NHS**. NHS England, 2022. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/long-read/structure-of-the-nhs/>. Acesso em: 17 ago. 2024.

NUFFIELD TRUST. **NHS reform timeline**. Nuffield Trust, 2024. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/features/nhs-reform-timeline>. Acesso em: 26 ago. 2024.

ONS. **Unemployment rate (aged 16 and over, seasonally adjusted): %**. Office for National Statistics, 2024. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/unemployment/timeseries/mgsx/lms>. Acesso em: 4 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/english>. Acesso em: 12 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Astana**. Global Conference on Primary Health Care. Astana, out. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2023.

_____. **Declaração de Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Alma-Ata, set. 1978. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2. Acesso em: 05 ago. 2023.

_____. **Constituição**. BRASIL - Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 05 ago. 2023.

_____. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. OMS, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703>. Acesso em: 02 jul. 2024.

_____. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**. OMS, 2010. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 12 ago. 2023.

_____. **Cobertura universal de saúde (CUS)**. OMS, 2023. Disponível em: [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc)). Acesso em: 15 jul. 2024.

PAIM, Jairnilson, *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Rio de Janeiro, 2011. Rio de Janeiro, Fiocruz, 21 Slides. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39645>. Acesso em: 20 ago. 2024.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/#>. Acesso em: 22 ago. 2024.

Prescott HC, Harrison DA, Rowan KM, Shankar-Hari M, Wunsch H. Temporal Trends in Mortality of Critically Ill Patients with Sepsis in the United Kingdom, 1988-2019. **Am J Respir Crit Care Med**. 1 mar. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38259190/>. Acesso em:

RIVETT, Geoffrey. **The history of the NHS**. Nuffield Trust, 2020. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/health-and-social-care-explained/the-history-of-the-nhs>. Acesso em: 25 ago. 2024.

RUDD, KE; et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. **The Lancet**. 16 jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31954465/>. Acesso em: 04 ago. 2023.

SCHIER, Paulo Ricardo. Presidencialismo. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). **Tomo: Direito Administrativo e Constitucional**. Vidal Serrano Nunes Jr., Maurício Zockun, Carolina Zancaner Zockun, André Luiz Freire (coord. de tomo). 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/38/edicao-1/presidencialismo>. Acesso em: 14 set. 2024.

Sepsis Trust. **About Sepsis**. Sepsis Trust, 2024. Disponível em: <https://sepsistrust.org/about-sepsis/>. Acesso em: 10 set. 2024.

SILVA, Letícia Batista; BICUDO, Valéria. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, Tatiane Valeria Cardoso dos; SILVA, Letícia Batista; MACHADO, Thiago de Oliveira (Orgs.). **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115-131. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51905>. Acesso em: 26 set. 2023.

SINGER, Mervyn, *et al.* The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA**. 23 fev. 2016; doi 10.1001/jama.2016.0287. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journ/vgbftrtgvs/als/jama/article-abstract/2492881>. Acesso em: 04 ago. 2023.

SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina Holanda Cunha; LIMA, José Wellington; SANTIAGO, Anna Vicente; SANTIAGO, Adriana Xavier. Social Determinants of Health among children aged between 5 and 9 years within the urban area, Sobral, Ceará, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 160-177, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400060014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/8pFxGfC6tDsjNv5StyQP4ms/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2024.

TEIXEIRA, S. M. F.; OUVENEY, A. L. M. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 2-3, p. 74–83, 2012. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rbpg/article/view/78739>. Acesso em: 20 ago. 2024.

The Economist Intelligence Unit. **Democracy Index 2019**. Disponível em: <https://www.eiu.com/topic/democracy-index/#introduction>. Acesso em: 05 set. 2024.

_____. **Democracy Index 2020**. Disponível em: <https://www.eiu.com/n/campaigns/democracy-index-2020/>. Acesso em: 05 set. 2024.

_____. **Democracy Index 2021**. Disponível em: <https://www.eiu.com/n/campaigns/democracy-index-2021/>. Acesso em: 05 set. 2024.

_____. **Democracy Index 2022**. Disponível em: <https://www.eiu.com/n/campaigns/democracy-index-2022/>. Acesso em: 05 set. 2024.

_____. **Democracy Index 2023**. Disponível em: <https://www.eiu.com/n/campaigns/democracy-index-2023/>. Acesso em: 05 set. 2024.

UN Data. Disponível em: https://data.un.org/Data.aspx?d=WDI&f=Indicator_Code%3AS.I.POV.GINI. Acesso em: 06 set. 2024.

UNICEF. **New global commitment to primary health care for all at Astana conference**. Unicef, 2018. Disponível em: [https://www.unicef.org/press-releases/new-global-commitment-primary-health-care-all-astana-conference#:~:text=The%20Declaration%20of%20Astana%2C%20unanimously,4\)%20align%20stakeholder%20support%20to](https://www.unicef.org/press-releases/new-global-commitment-primary-health-care-all-astana-conference#:~:text=The%20Declaration%20of%20Astana%2C%20unanimously,4)%20align%20stakeholder%20support%20to). Acesso em: 06 ago. 2023.

V-DEM. **The V-Dem Dataset**, 2024. Disponível em: <https://www.v-dem.net/data/the-v-dem-dataset/>. Acesso em: 04 set. 2024.

WEISS, Thomas G. Weiss; WILKINSON, Rorden. Rethinking Global Governance? Complexity, Authority, Power, Change. **International Studies Quarterly**, v. 58, Mar. 2014.