

III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

DIRCEU PEREIRA SIQUEIRA

SAMYRA HAYDÊE DAL FARRA NASPOLINI

SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Representante Discente:

Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

Comunicação:

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - Paraná

Eventos:

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

D597

Direitos sociais e políticas públicas III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Dirceu Pereira Siqueira; Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini; Saulo De Oliveira Pinto Coelho – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-312-2

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: segurança humana para a democracia

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. III Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Apresentação

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Em mais essa edição do Grupo de Trabalhos de Direitos Sociais e Políticas Públicas no II Encontro Virtual do CONPEDI o tema da Pandemia foi o que recebeu mais destaque. Assim, os artigos foram separados em dois Blocos, o Bloco dos artigos relacionados à Pandemia e o Bloco de artigos sobre outras Políticas Públicas.

Bloco sobre a Pandemia

No artigo **A CAIXA DE PANDORA FOI ABERTA!": UMA ANÁLISE DA TRANSPANDEMIA COVID-19 NO BRASIL EM MEIO AO CONTEXTO DO DIREITO À SAÚDE COMO BEM COMUM DA HUMANIDADE**, Janaína Machado Sturza , Gabrielle Scola Dutra e Charlise Paula Colet Gimenez analisa a Transpandemia COVID-19 no Brasil frente ao contexto do direito à saúde como bem comum da humanidade, utilizando-se de conceitos da Metateoria do Direito Fraterno.

No artigo **PROPOSTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE DEVEM SER ADOTADAS NO PERÍODO DA COVID-19 PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PRATICADA CONTRA A MULHER**, Caroline Fockink Ritt e Luíse Pereira Herzog, analisam o crescimento de ocorrências de violência doméstica e familiar durante o isolamento social devido à pandemia do novo Coronavírus.

No artigo **A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO: O CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA E O ENFRENTAMENTO A JUDICIALIZAÇÃO DIANTE DO COLAPSO GERADO PELO COVID-19**, Janaína Machado Sturza , Tânia Regina Silva Reckziegel e Rosane Teresinha Porto, identificam a atuação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) na judicialização da saúde e como este vem enfrentando os colapsos gerados a partir da chegada do coronavírus (Covid-19).

No artigo **O PACTO PERVERSO: CONTEXTO PANDÊMICO NAS PRISÕES BRASILEIRAS 2020-2021**, Carlos Roberto Oliveira e Antonio Sergio De Freitas Junior, analisam as políticas públicas referentes à epidemia de COVID-19, através do estudo da situação sanitária das prisões brasileiras, no período de 2020-2021.

No artigo ESCOLA COMO LOCAL DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19, Marina Nogueira de Almeida e Francesca Carminatti Pissaia, buscam compreender a escola como espaço de proteção de crianças contra a violência.

No artigo COVID-19 E OS DESAFIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE DEMOCRÁTICO NO CÁRCERE, Aline Albieri Francisco , Ilton Garcia Da Costa e Vladimir Brega Filho, analisam as condições do serviço de saúde no cárcere e a necessidade de um serviço público democrático, utilizando o método dedutivo, com a análise de dados e revisão bibliográfica.

No artigo A ANTINOMIA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS E O CONTROLE DOS ENTES FEDERADOS NO CONTROLE PANDÊMICO, Alder Thiago Bastos e Paulo Antonio Rufino De Andrade, busca pela pesquisa exploratória, através de metodologia dedutiva demonstrar que o isolamento compulsório determinado pelo Estado-membro não impõe uma afronta ao direito fundamental da liberdade religiosa quando este é afrontado com o direito à vida, à saúde coletiva e ao meio ambiente.

O artigo ANÁLISE DO JULGAMENTO DA ADPF 770 E OS REFLEXOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19 de Augusto Pellatieri Belluzzo Gonçalves e Luisa Astarita Sangoi, tem por escopo analisar a decisão proferida na ADPF 770, em que o Supremo Tribunal Federal reconheceu a possibilidade de os Estados, os municípios e o Distrito Federal importarem e distribuírem vacinas para a prevenção do COVID-19. Objetiva-se analisar a linha de posicionamento adotada relativa ao direito à saúde, bem como as possíveis repercussões futuras da decisão.

Bloco sobre outras Políticas Públicas

No artigo UMA ANÁLISE SOBRE OS MODELOS DE DEFICIÊNCIA E SUA RECEPÇÃO NO DIREITO BRASILEIRO, Raimundo Wilson Gama Raiol , Evandro Luan de Mattos Alencar e Evander Dayan de Mattos Alencar tratam sobre os modelos de deficiência e a sua recepção no ordenamento jurídico brasileiro.

No artigo OS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS COMO PRESTACIONAIS E CUSTOSOS: DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO ATRAVÉS DO PLANEJAMENTO PÚBLICO, Jander Rocha da Silva, propõe uma análise dos Direitos Sociais com base na obra de Gerardo Pisarello e sua reflexão dos Direitos Sociais como direitos prestacionais e custosos para o Ente Público.

No artigo **POLÍTICAS PÚBLICAS, PROMOÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO COMPARADO BRASIL, INGLATERRA E ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA**, Camila Cristina De Oliveira Dumas , Gustavo Noronha de Avila e Thais Aline Mazetto Corazza, analisam a relação do fomento de políticas públicas de promoção à saúde com o índice de criminalidade, comparando dados oficiais de países com sistemas de saúde e índices de violência diversos, como Brasil, Inglaterra e Estados Unidos.

No artigo **SEGURANÇA HUMANA E SAÚDE DOS (AS) JOVENS NOS CONTEXTOS EDUCATIVO E LABORAL: A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**, Sandra Liana Sabo de Oliveira, faz uma análise da situação dos (as) jovens, nos contextos educativo e laboral, particularmente em tempos de pandemia da COVID 19, sob o prisma da segurança humana e de sua dimensão da saúde.

No artigo **PODERES ESTATAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS**, Adriana Timoteo Dos Santos, analisa as funções desempenhadas pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário no âmbito das políticas públicas.

No artigo **O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA PRIVADA DA VONTADE E A ASCENSÃO DO DIREITO DE AUTODETERMINAÇÃO**, Rafaela Almeida Noble e Luiz Fernando Bellinetti, através de uma pesquisa qualitativa de método dedutivo, analisam a evolução do conceito de autonomia da vontade e a ascensão do direito de autodeterminação.

No artigo **ENTRE INCLUSÃO SOCIAL E LIVRE-INICIATIVA: O “CASO RESERVA RAPOSA SERRA DO SOL” E O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**, Antonio Celso Baeta Minhoto e Nilson Tadeu Reis Campos Silva, estudam o ativismo judicial, especialmente os das mais altas cortes em seus países. Como referência analítica, a pesquisa examina o caso da Reserva Raposa Serra do Sol, demarcada em julgamento do STF.

No artigo **O DIREITO À EDUCAÇÃO POR MEIO DA IMPLEMENTAÇÃO E EXPANSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COMO DIREITO SOCIAL BASILAR PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**, Rachel Vecchi Bonotti e Marcelo Benacchio, realizam a análise do direito à educação como um direito social basilar para a o desenvolvimento humano.

No artigo **O CUSTO DOS DIREITOS, A RESERVA DO POSSÍVEL E A NECESSIDADE DE REFORMULAÇÃO DA INTERFERÊNCIA DO PODER JUDICIÁRIO**, Andrea Bezerra e Andre Studart Leitao, abordam os aspectos dos custos para efetivação dos direitos

fundamentais, bem como sobre a forma como o poder público, por meio da cláusula da reserva do possível, definirá quais direitos vai custear com o orçamento que possui, dentro do que entender razoável.

No artigo O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE A PARTIR DE MUDANÇAS NO FUNCIONAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, David de Medeiros Leite , Lúcia Helena Jales Correia Lima de Queiroz e Patrício Ferreira da Silva, aborda sobre a criação do Sistema único de Saúde (SUS) como meio de propiciar o direito fundamental à saúde.

No artigo ENSAIO SOBRE A RENDA BÁSICA UNIVERSAL: HISTÓRICOS E PERSPECTIVAS DE IMPLEMENTAÇÃO, Noelle Costa Vidal , Andre Studart Leitao e Pedro Alexandre Menezes Barbosa, buscam retomar as discussões relativas à renda básica universal e aos desafios orçamentários, políticos e sociais decorrentes de sua aplicação.

No artigo EDUCAÇÃO COMO DIREITO, NORMA E VALOR: OS REFLEXOS DA QUALIDADE EDUCACIONAL NA VIOLÊNCIA, Paulo V A Ferreira, apresenta a educação como um direito fundamental, sua previsão no ordenamento e sua capacidade de gerar bons valores nas pessoas, refletindo diretamente nos índices de violência.

No artigo A INTERVENÇÃO JUDICIAL NA DISCRICIONARIEDADE PÚBLICA COMO MEIO DE CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS, Alexandra Fonseca Rodrigues e Alexandre Manuel Lopes Rodrigues, analisam os aspectos da intervenção judicial em decisões tomadas pela Administração pública sob o pressuposto de concretização dos direitos fundamentais sociais.

No artigo NOVAS PROPOSIÇÕES TEÓRICAS DA FUNÇÃO SOCIAL DA PROPRIEDADE A PARTIR DA EDUCAÇÃO RURAL INCLUSIVA, Fabrício Veiga Costa e Frederico Kern Ferreira Barros analisam o paradoxo existente entre os investimentos econômicos e sociais no campo, especificamente da educação rural, tendo como parâmetro a discrepância existente entre a qualidade da educação rural em comparação à urbana no Brasil, segundo dados oficiais levantados.

O artigo O DIREITO DE ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AS DIVERSAS ESPÉCIES DE BARREIRAS de Bernardo Brito de Moraes, tem como objetivo explicitar como as disposições sobre acessibilidade estão dispostas pelo ordenamento jurídico pátrio, bem como demonstrar quais são as diversas espécies de barreiras que devem ser enfrentadas pelas pessoas com deficiência.

No artigo CONFLITOS, COOPERAÇÃO E MEDIAÇÃO: ANÁLISE DA ATUAÇÃO DA COMISSÃO ESTADUAL DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA NO CAMPO E NA CIDADE (COECV) COMO POLÍTICA DE MEDIAÇÃO DE LITÍGIOS POSSESSÓRIOS, Daniela Ferreira Dos Reis , Vitor Hugo Souza Moraes e Arnaldo Vieira Sousa, analisam a política de mediação de conflitos possessórios a partir dos trabalhos desenvolvidos pela COECV, no Maranhão.

No artigo DIREITOS SOCIAIS E PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE DA (IN) VISIBILIDADE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA, Tatiane Campelo Da Silva Palhares, objetiva refletir sobre a condição de pessoas em situação de rua a partir do mínimo existencial para o alcance dos direitos sociais.

No artigo DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: QUAL O CONCEITO DE SAÚDE QUE O BRASIL TUTELA? Camila Cristina De Oliveira Dumas , Gustavo Noronha de Avila e Thais Aline Mazetto Corazza, objetivam verificar qual o conceito de saúde tutelado pelo Brasil, dentre os modelos existentes, tendo como marco teórico sua previsão constitucional e a Lei n. 8.080/1990.

No artigo A LEI Nº 13.467/2017 NO ESCOPO DO SISTEMA PLURINORMATIVO LABORAL: O PRINCÍPIO DA PROTEÇÃO COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA A APLICAÇÃO DE UMA NORMA JURÍDICA, Jaime Waine Rodrigues Mangueira e Jailton Macena De Araújo estudam como o art. 611-A, inserido na CLT pela Lei nº 13.467 /2017, exacerba a prevalência do negociado sobre o legislado, ao permitir a negociação in pejus, contrariando o Princípio da Proteção.

O artigo A ABORDAGEM DAS CAPACIDADES DE AMARTYA SEN E AS CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE SOBRE CAPACIDADE CIVIL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO DIREITO BRASILEIRO de Raimundo Wilson Gama Raiol , Evandro Luan de Mattos Alencar e Evander Dayan de Mattos Alencar trata sobre o sistema de capacidade civil no direito brasileiro e a questão da autonomia e liberdade de escolha das pessoas com deficiência.

Desejamos a todos que aproveitem os artigos sobre temas tão relevantes para as questões estruturais do nosso país.

Os Coordenadores:

Dirceu Pereira Siqueira

Universidade Cesumar, Maringá, PR

Samyra Haydêe Dal Farra Napolini

UNIVEM - Marília e FMU-SP

Saulo De Oliveira Pinto Coelho

Universidade Federal de Goiás

POLÍTICAS PÚBLICAS, PROMOÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO COMPARADO BRASIL, INGLATERRA E ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

PUBLIC POLICIES, HEALTH PROMOTION: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN BRASIL, ENGLAND AND THE UNITED STATES OF AMERICA

Camila Cristina De Oliveira Dumas ¹

Gustavo Noronha de Avila ²

Thais Aline Mazetto Corazza ³

Resumo

Utilizando-se da análise bibliográfica, objetiva-se analisar a relação do fomento de políticas públicas de promoção à saúde com o índice de criminalidade, comparando dados oficiais de países com sistemas de saúde e índices de violência diversos, como Brasil, Inglaterra e Estados Unidos. Verificou-se que mesmo em países com sistemas de acesso à saúde universal (Brasil), não há diminuição da desigualdade, pois a eficácia do sistema depende da boa gestão dos governantes. Assim, a violência é um fator de saúde pública e cabe aos governantes instituírem políticas de fortalecimento dos sistemas para diminuir a desigualdade e a violência do país.

Palavras-chave: Políticas públicas, Sistema de saúde, Violência, Atenção plena, Saúde

Abstract/Resumen/Résumé

Using bibliographic analysis, the objective is to analyze the relationship between the promotion of public health promotion policies and the crime rate, comparing official data from countries with different health systems and violence rates, such as Brazil, England and the United States. It was found that even in countries with universal health access systems (Brazil), there is no reduction in inequality, as the effectiveness of the system depends on the good management of government officials. Thus, violence is a public health factor and it is up to the government to institute policies to strengthen systems to reduce inequality and violence.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Public policy, Health system, Violence, Mindfulness, Health

¹ Mestre em direitos de personalidade pelo Unicesumar.

² Mestre e Doutor em Ciências Criminais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Realizou Estágio de Pós-Doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

³ Doutoranda e Pesquisadora Capes no Unicesumar. Mestre e graduada em Ciências Jurídicas pelo Unicesumar, Maringá (PR). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3674899072994320>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5133-2238>.

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um dos direitos previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, declaração esta criada em 1948. Dessa maneira, o atendimento a este direito ocorrerá, principalmente, através da promoção de políticas públicas instauradas pelos governos dos países.

Além disso, a violência também é uma forma de obstar o direito a saúde, afinal, os efeitos causados por este fenômeno tendem a prejudicarem a saúde dos que por ele são afetados, tanto no aspecto mental, dado os aspectos psicológicos decorrentes do medo, da ansiedade e do constante estado de alerta, quanto ao aspecto físico, quando chegado ao extremo em que a violência afeta a integridade física do indivíduo.

No entanto, através de estudos consistentes, verifica-se que o oposto também ocorre, ou seja, ao promover o atendimento à saúde de uma população os índices de violência tendem a diminuir.

Ora, o esperado era que o aumento da violência proporcionasse a diminuição da qualidade e atendimento à saúde de um país, porém, o que se verifica é que, nos países em que há maior universalidade e eficácia das políticas de saúde, os índices de violência são diminutos.

Através da análise de dados dos países Brasil, Estados Unidos e Inglaterra, objetiva-se entender as semelhanças e diferenças encontradas nos dois países desenvolvidos e no país em desenvolvimento quanto aos aspectos de saúde e violência. Sabe-se que o Brasil tem um grande sistema de saúde, mas que o referido sistema padece de diversas falhas e ineficiências. Além disso, o índice de violência no país é alarmante, reflexo, também, da desigualdade que paira sobre a nação.

Os Estados Unidos, por sua vez, detêm de uma das maiores economias do mundo, mas ainda enfrenta falhas no acesso à saúde, além de contabilizar altos índices de violência e mortalidade do mundo. A Inglaterra, por fim, também possui um sistema de saúde universal e relativamente eficiente, sendo também um país com baixos índices de violência.

Deste modo, a análise de dados pretende verificar qual a relação entre estes fatores e como estes países vêm aplicando meios de conter a violência através do fomento da saúde pública.

Enfim, utilizando-se da análise bibliográfica, objetiva-se, de forma objetiva, analisar a relação do fomento de políticas públicas de promoção à saúde com o índice de criminalidade, comparando dados oficiais de países com sistemas de saúde e índices de violência diversos, como Brasil, Inglaterra e Estados Unidos.

Verificou-se que mesmo em países com sistemas de acesso à saúde universal, como é o caso do Brasil, não há diminuição da desigualdade, pois a eficácia do sistema depende da boa

gestão dos governantes. Assim, a violência é um fator de saúde pública e cabe aos governantes instituírem políticas de fortalecimento dos sistemas para diminuir a desigualdade e a violência do país.

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

A promoção à saúde no Brasil tem estreita relação com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Criado a partir da Constituição Federal de 1988, nos termos do artigo 198 as diretrizes que norteiam este sistema são os seguintes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A partir das diretrizes estabelecidas pela Constituição, será papel de todos os entes da federação (Municípios, Estados e Governo Federal) promoverem o acesso à saúde através do SUS, nos termos do art. 198 da Lei Maior.

Deste modo, falar de políticas públicas de promoção à saúde é falar do funcionamento do próprio SUS, já que o referido sistema é o responsável por criar e colocar em prática tais políticas.

A Lei nº 8.080/1990 é a norma que institui as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços prestados pelo SUS. Nos termos do art. 4º da lei, o SUS é definido como o

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Nessa lei estão instituídos os campos de atuação deste sistema e como será feita a implantação destes serviços. Vale ressaltar que a abrangência do atendimento do SUS é extensa, compreendendo ações de identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde através de meios assistenciais e de atividades preventivas, a atuação das vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, de saúde do trabalhador, de assistência terapêutica e farmacêutica, de políticas de saneamento básico, de vigilância nutricional, proteção ao meio ambiente, atendimento e prestação de serviços de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e insumos correlacionados, fiscalização e inspiração de alimentos, água e bebidas, a formulação e execução da política de sangue e também

no desenvolvimento científico e tecnológico voltado para área de saúde, entre outras ações dispostas na mencionada lei (BRASIL, 1990).

Não obstante, a Lei nº 8.090/1990 também elenca quais são os papéis de cada ente da federação na aplicação e desenvolvimento de todas as atribuições do SUS, dividindo, também, as competências de cada ente. O artigo que traz todas as atribuições contém trinta e um incisos, demonstrando que a lei é específica quanto à distribuição de papéis (BRASIL, 1990).

Isto posto, entre 1990, data da criação da lei, e 2008 diversos cidadãos tiveram acesso a serviços que antes só eram prestados pela rede privada e com alto custo. Dados mostram que até 2008, foram “110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família” (SANTOS, 2008, p.2010).

No entanto, mesmo exista este sistema complexo, de grande abrangência e que vem realizando um trabalho imensurável à população brasileira, na prática existem diversos problemas enfrentados pelo SUS e que acarretam em sua não universalização e alcance pleno.

Os impasses que acometam o funcionamento pleno do SUS são vários. Em um estudo realizado por professores da Universidade Federal de São Paulo foi constatado que, os dois maiores problemas deste sistema consistem no subfinanciamento, onde os investimentos feitos pelos governos não acompanham o crescimento populacional, e as insuficiências da gestão local do SUS, já que o alcance maior do SUS está nos municípios, em razão destes estarem mais próximos dos cidadãos (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010, p.41).

Dentro do macroproblema da insuficiência da gestão local, residem outras causas paralelas, sendo elas: a baixa resolutividade da rede básica de serviços, que ocorre a partir da burocratização dos serviços, da repartição dos procedimentos, entre outros fatores; a deficiência na formação dos profissionais de saúde, que tantas vezes são contratados a partir de indicação e não de sua experiência e conhecimento profissional; além da deficiência na gestão dos sistemas locoregionais de saúde, verificada na incapacidade de planejamento, gestão de gastos e de trabalho médico (CECÍLIO et al, 2007, p.202-205).

No entanto, um ponto a ser destacado é quanto o investimento feito pelos governos para fomentação do SUS. Dados do Portal da Transparência do Governo Federal mostram que, em 2017, foram gastos R\$608,3 bilhões de reais em saúde, correspondendo a 9,2% do Produto Interno Bruno do ano (BARROS, 2019).

Esta porcentagem de investimentos não difere do percentual gasto por países que possuem sistemas de saúde considerados como de boa qualidade, como o Canadá, que reserva

10,4% do PIB para investimentos em saúde, e o Reino Unido, que reserva 9,9% do seu PIB para cobrir tais gastos (SALDIVA; VERAS, 2010, p.50).

As autoras supramencionadas trazem importantes dados para justificar, então, a diferença do sistema público de saúde de países como o Brasil, que padece em um sistema deficitário, e os demais países desenvolvidos que investem o mesmo percentual e possuem maior abrangência no atendimento,

Uma análise mais detalhada indica que o cenário é um pouco mais complexo. Por exemplo, gastar maiores frações do PIB com financiamento do sistema de saúde não significa melhores condições de saúde para a população. Os cinco países que mais gastam proporcionalmente com saúde são (dados de 2015, OMS), por ordem decrescente, Libéria (15,2% do PIB), Serra Leoa (18,3% do PIB), Estados Unidos da América (16,8% do PIB), Tuvalu (15% do PIB) e Ilhas Marshall (22,1% do PIB). Mesmo com as expressivas proporções de dispêndio em saúde em relação ao total de riquezas produzidas pelos países acima mencionados, não seria temerário afirmar que nenhum deles possui equidade de acesso à saúde comparável às do Canadá e do Reino Unido, que gastam muito menos para o mesmo fim. Os países mais pobres da relação acima apresentam problemas de saúde tão graves que fazem que os recursos alocados sejam insuficientes [...]. O conjunto de informações acima indica que a solução para o adequado funcionamento do sistema de saúde de um país depende de dois fatores: financiamento suficiente e gestão adequada dos recursos obtidos. O Brasil precisa melhorar nesses dois quesitos (SALDIVA; VERAS, 2010, p.50).

Deste modo, verifica-se, mesmo que o Brasil realize altos investimentos em saúde e na fomentação do SUS, ainda precisa se aprimorar nas questões concernentes à gestão dos fundos destinados, visando atender universalmente a população brasileira, a partir da prática das políticas públicas já estabelecidas em lei.

2.1 Dados do Índice de Violência no Brasil

A violência enfrentada no Brasil é um problema constante e os fatores que influenciem no aumento contínuo são vários.

Dados do IPEA mostram que, em 2018, ocorreram 57.956 homicídios no país, dentro os quais 4.519 eram mulheres e 53.437 eram homens. Além disso, dentro do número de homens mortos, 53,3% deles tinham entre 15 a 29 anos.

Outro dado extremamente relevante é que, no período entre 2008 a 2018, 46,6% dos homens assassinados e 41,4% das mulheres também assassinadas possuíam de 4 a 7 anos de escolaridade, o que corresponde ao ensino fundamental incompleto (IPEA, 2020). O próprio Instituto responsável pelo estudo concluiu que o fenômeno da mortalidade violenta no país é extremamente perverso, pois, *“mais da metade das vítimas são indivíduos com plena capacidade produtiva, em período de formação educacional, na perspectiva de iniciar uma trajetória*

profissional e de construir uma rede familiar própria” (IPEA, 2020). Como forma de atenuar tais dados, o órgão sugere que o aumento de investimentos em políticas públicas é um primeiro passo para diminuir os números inflamados (IPEA, 2020).

Um agravante a esta questão, em comparativo com a promoção da saúde e do combate à violência, é a diferença no enfoque de ambas as políticas. Enquanto o olhar da saúde pública em relação à violência é voltado para as vítimas, visando tratar da sua saúde mental e física, a segurança pública se preocupa com o criminoso, no intuito de investigar, prevenir ou diminuir a criminalidade, demonstrando a divergência destes órgãos públicos (MINAYO, 2016, p.18).

Assim, verificando a dissonância entre os objetivos de duas políticas que deveriam estar entrelaçadas, nota-se que o problema de violência talvez não esteja ligado diretamente a baixos investimentos, mas sim na má gestão e aplicação destas políticas, conforme já exposto no tópico anterior.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA INGLATERRA

A Inglaterra, semelhante ao Brasil, possui um sistema interligado de promoção à saúde: o NHS (*National Health Service* ou Serviço Nacional de Saúde, tradução livre). Na verdade, o NHS foi fonte de inspiração para a criação do SUS aqui no Brasil (MIGUEL, 2019). Fundado em 1948, o NHS foi um dos sistemas pioneiros no mundo a oferecer um serviço público de saúde à população do país, como também foi pioneiro em manter uma “hierarquização de um sistema de cuidados baseado em evidências e na atenção primária” (FILIPPON et al., 2016, p.2).

A organização do NHS se dá em três componentes: serviços hospitalares especializados, serviços qualificados como “clínica geral” e de saúde pública. As atribuições deste sistema são: atenção à saúde primária, *actue trusts*, que são serviços secundários e de maior especialização; *ambulance trusts*, caracterizados por transportes emergenciais; *mental health trusts*, consistindo na prestação de serviços comunitários, assistência social e internamento de pacientes com doenças psíquicas; serviços comunitários de saúde, prestados por fundações e não fundações comunitárias de saúde voltadas para atendimento domiciliar de pacientes em tratamento de alguma enfermidade (NICOLETTI; FARIA, 2017, p.317).

O financiamento do NHS é feito através de verbas públicas, semelhante ao Brasil. A porcentagem de investimento em saúde no Reino Unido é semelhante ao gasto pelo Brasil em relação ao PIB: o país inglês investe cerca de 9,1% do seu PIB com políticas de saúde

(NICOLETTI; FARIA, 2017, p.317). No entanto, mesmo com percentuais próximos de investimento, a discrepância na qualidade dos serviços entre tais países tem uma justificativa.

Segundo dados da OMS, o Brasil possui população absoluta de aproximadamente 207 milhões de pessoas, possuindo gasto total em saúde de 8,3%. O Reino Unido, por sua vez, possui população de cerca de 64 milhões, com gasto total em saúde de 9,1%, sendo que 87% destes gastos são direcionados somente para a Inglaterra, que apresenta uma população de aproximadamente 54 milhões de pessoas (27). Assim, apesar de possuírem gastos equivalentes, o SUS necessita cobrir uma população quase quatro vezes maior que o NHS inglês, o que reflete no gasto per capita em saúde do país, no qual é 2,5 vezes maior no NHS do que no SUS (NICOLETTI; FARIA, 2017, p.317).

Deste modo, neste aspecto verifica-se que a análise dos gastos não deve se concentrar somente no percentual do PIB, é preciso analisar o quanto é investido por pessoa em cada país, para que seja auferido o real valor destinado às políticas de saúde.

3.1 Dados do Índice de Violência na Inglaterra

O indicativo de violência da Inglaterra e no Reino Unido é menos alarmante do que em comparação ao Brasil – mas isso não significa que o país não se dedique a diminuir os números.

Em um estudo promovido pelo *North West Public Health Observatory (NWPHO)* (2012, p.10) mostra que, entre 2011 a 2012, foram registrados 550 homicídios na Inglaterra e no País de Gales, países componentes do Reino Unido, onde dois terços dos mortos eram homens. Neste mesmo período, foram registrados 53.665 crimes sexuais no Reino Unido.

No entanto, a dificuldade das autoridades locais está na contabilização destes números. Isto por que há uma diferença entre os números registrados pela polícia e o número de pessoas que utilizam o sistema de saúde como vítimas de violência (NWPHO, p.11).

Exemplificando, entre 2010 a 2011 na Inglaterra, o sistema de saúde contabilizou 34.713 admissões nos hospitais de vítimas de algum tipo de violência, enquanto o sistema policial registrou pouco mais de 30 mil ocorrências do tipo (NWPHO, p.11).

O relevante desta questão é que esse estudo foi preparado pelo próprio sistema de saúde inglês, o NHS, como uma forma de entender os índices de violência e como eles impactam nos gastos públicos com saúde. Neste mesmo estudo, foi indicado que o custo da violência para o serviço de saúde é 2,9 bilhões de libras anuais, de modo que, o país vem aplicando medidas para atenuar tais números (NWPHO, p.6).

4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS DA AMERICA

A saúde pública americana, por sua vez, se difere do sistema brasileiro e do sistema inglês. Isto por que não existe propriamente um sistema único de saúde, universal e com acesso a todos os contribuintes. Os governantes de cada estado determinam como os cuidados à saúde serão prestados, financiados e organizados, de modo que tal sistema é considerado um sistema liberal (COSTA, 2013, p.155).

No entanto, o investimento em saúde feito pelo país em 2017 foi de 8% do valor do PIB, porcentagem que se aproxima dos investimentos feitos pelo Brasil e pela Inglaterra (TIKKANEN et al., 2020).

Assim, o sistema de saúde americano é complexo, por conter diversos subsistemas, divididos em sistemas públicos, privados com fins lucrativos e privados sem fins lucrativos. No entanto, ainda com a reforma do sistema de saúde realizado por Barack Obama em 2010, em 2018 8,5% da população americana não contava com qualquer tipo de seguro a saúde, nem mesmo o público. Além disso, 67% dos cidadãos tem acesso à saúde através de algum plano privado, onde 55% da população só tem acesso a tais planos a partir do financiamento do empregador, de modo que, na hipótese de desemprego, perde-se o acesso básico a saúde. Por fim, somente 8% da população americana conta e utiliza o sistema público de saúde (TIKKANEN et al., 2020).

Logo, verifica-se que as políticas públicas de acesso à saúde nos Estados Unidos não são voltadas a universalidade de acesso. Na verdade, parte dos gastos do país está no auxílio de empresas privadas de saúde, enquanto outra parte é gasta no fomento do sistema público, que é utilizado por menos de 10% da população do país e ainda exclui 8% da população que não possui qualquer tipo de plano de acesso à saúde (TIKKANEN et al., 2020).

4.1 Dados do Índice de Violência nos Estados Unidos

A violência nos Estados Unidos é considerada um problema de saúde pública. O país tem uma taxa de homicídio sete vezes maior do que outros países de alta renda (FREIRE-VARGAS, 2018). Além disso, em 2017, 19.500 pessoas foram vítimas de homicídio, onde atualmente a estatística demonstra que, a cada 7 minutos alguém morre de forma violenta (CDC, 2019).

O custo da violência para o sistema de saúde é de 90 bilhões de dólares anuais, enquanto que os gastos do país com as vítimas de suicídio realizado com armas de fogo são de \$93,5 bilhões anuais (APHA, 2018).

Outro fator preocupante nos índices de violência nos Estados Unidos é quanto à violência sofrida por mulheres e crianças. Anualmente 12 milhões de pessoas sofrem algum tipo de violência conjugal e mais de 10 milhões de crianças e adolescentes padecem de algum tipo de violência realizada no ambiente familiar. No entanto, somente uma pequena parte das vítimas relata às agressões sofridas a alguma autoridade policial, de modo que a porta de entrada para a ciência de tais agressões é o sistema de saúde (SUMNER et al., 2015).

Deste modo, o que se verifica é que a violência nos Estados Unidos é um problema sério no país, ainda que ele seja considerado um país de primeiro mundo e altamente desenvolvido. A desigualdade existente e a política de armamento, que permite que qualquer cidadão tenha acesso a armas são fatores que contribuem para estes índices, ainda que haja outras questões que agravam diretamente o problema.

5 RELAÇÃO ENTRE A PROMOÇÃO À SAÚDE E O ÍNDICE DE VIOLÊNCIA E O COMPARATIVO ENTRE BRASIL, INGLATERRA E ESTADOS UNIDOS

Através dos dados colacionados, verifica-se que os cenários dos três países se diferem por diversos aspectos. O Brasil, por exemplo, possui um expressivo número de investimentos em políticas públicas, no entanto, tais valores não refletem na realidade do sistema de saúde. Já a Inglaterra possui um sistema de saúde sólido, que recebe um alto número de investimentos, mas ainda padece com algumas inconsistências. Os Estados Unidos, por sua vez, concentram as políticas de saúde na área privada, de modo que, ainda que haja a prestação pública deste serviço, parte da população não tem nenhum acesso a profissionais e políticas de saúde.

Quanto ao cenário de violência, os dados aqui apresentados demonstram que qualquer que seja o país o número da população que tem acesso à saúde é inversamente proporcional ao índice de violência.

Por exemplo, no Brasil 71,25% da população brasileira possui o SUS como referência para o acesso à saúde, seja para o tratamento de enfermidades já existentes, seja como meio preventivo. No entanto, o índice de efetividade do SUS é de 28,75%, ou seja, somente em 28,75% dos casos atendidos pelo sistema atingem os resultados esperados pela medicina (BRASIL, 2015). Deste modo, é possível compreender que, ainda que a cobertura seja universal, o Sistema Único de Saúde ainda está longe do ideal para o atendimento.

Não obstante, os dados de eficácia do SUS contrastam com o elevado número de homicídios ocorridos anualmente no Brasil. Além disso, não se pode olvidar que os dados da

violência dos Estados Unidos também são elevados, principalmente quando em comparação aos números de países desenvolvidos.

A questão que surge é: qual a relação entre violência e acesso à saúde? A primeira razão encontrada é de que o sistema de saúde quem tem o primeiro acesso à vítima de violência e é ele o responsável por manter contato com a pessoa ao longo da vida. Isto porque o sistema de saúde deve

Identificar os sinais nas vítimas; acolhê-las e oferecer cuidados imediatos e contínuos para problemas de saúde – incluindo saúde mental; fazer a conexão com outros serviços legais e de suporte, para garantir assistência jurídica e outras necessidades, como habitação ou no caso do Brasil, até mesmo o acesso aos programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família. Também é essencial que os sistemas implementem políticas internas de qualificação e diálogo para os seus trabalhadores, a fim de que eles enfrentem tanto barreiras individuais quanto estruturadas socialmente e possam, de fato, amparar as mulheres (FLAESCHEN, 2020).

Outro fator importante é quanto o próprio papel da saúde pública, já que

Por definição, a saúde pública não trata de pacientes individuais. Ela se concentra em enfermidades, condições e problemas que afetam a saúde e tem por objetivo fornecer o maior benefício para o maior número de pessoas. Isto não quer dizer que a saúde pública não se interesse pelo cuidado dos indivíduos. Sua preocupação é prevenir problemas de saúde e levar segurança e cuidados às populações na sua totalidade (DAHLBER; KRUG, 2006).

Assim, o papel da saúde pública deverá ser, também, de prevenção de problemas que podem acarretar no prejuízo da saúde pública, o que abrange a violência.

Um estudo desenvolvido pelo sistema de saúde inglês mostra que, em locais onde houve intervenção de enfermeiras de família houve a diminuição dos índices de violência no local (NWPHO, 2012), demonstrando mais uma vez que a presença de profissionais da área nos locais marcados pela desigualdade e carentes de políticas públicas de saúde é um fator determinante para atenuar a violência.

Outro fator determinante é quanto ao fator emocional que envolve a violência, isto é, indivíduos com vícios em suas emoções e que tenham dificuldades de enfrentar os problemas decorrentes tendem a serem violentos. Por isso, é papel do sistema de saúde criar um apoio e suporte para estes indivíduos, no intuito de que evitar que tais emoções desencadeiem ações violentas (DAHLBER; KRUG, 2006).

Um aspecto positivo quando a questão da importância da atenção à saúde emocional como meio de combate à violência é a aplicação de uma nova política na Inglaterra. No país foi incluída uma nova disciplina nas escolas inglesas: a prática de *mindfulness*, que consiste, basicamente na prática de atenção plena. Os professores trabalham em conjunto com especialistas

em saúde mental e ensinam às crianças e adolescentes técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios e outros métodos capazes de controlar suas emoções. A aplicação desta prática ainda é feita como um método de estudo para auferir se a prática funciona neste modelo, que inicialmente durará até 2021(MAGRA, 2019).

No Brasil, o Programa e-Cidadania apresentou um projeto de lei ao Senado Federal, com o teor semelhante ao já aplicado nas escolas da Inglaterra, visando inserir inteligência emocional e meditação como disciplina nos currículos de educação básica, a ser lecionada por psicólogos. Houve mais de 20 mil manifestações de individuais de cidadãos que apoiavam a aprovação da lei. No entanto, o Senado Federal determinou o arquivamento do projeto, sob justificativa de que a matéria já está contida nas habilidades exigidas na Base Nacional Comum Curricular (BRASIL, 2018). No entanto, a realidade é que, na prática, aos alunos das escolas públicas enfrentam dificuldades para ter acesso ao ensino básico, de modo que, ainda que as questões atinentes à inteligência emocional componham o currículo base de ensino, pouco é aplicada a disciplina nas escolas.

Por fim, verifica-se a relação estreita entre políticas públicas de saúde e violência, no entanto, é essencial que o poder público mantenha esforços contínuos para por em prática as diversas políticas necessárias para que a população tenha acesso pleno à saúde.

6 CONCLUSÃO

A violência é um problema grave que acomete países em desenvolvimento, como o Brasil, e os países ricos e desenvolvidos, como é o caso da Inglaterra e dos Estados Unidos. Assim, cabe a estas nações criarem estratégias e políticas que visem coibir e atenuar os índices de violência que são crescentes.

A relação entre violência e saúde pública é estreita e a justificativa para tal é que a saúde pública é responsável por aplicar medidas preventivas de doenças que, tantas vezes, se não curadas, podem resultar em atos violentos.

Enquanto a presença da violência é um fator que atinge a saúde física e mental dos indivíduos, a ausência de saúde também resulta no aumento de violência. Isto por que a falta de acesso à saúde significa uma maior desigualdade entre a população e a desigualdade é um fator desencadeante para violência, basta verificar a realidade brasileira, onde em uma região existem pessoas que detenham de alto poder aquisitivo e também cidadãos que encontram dificuldades para obter o próprio sustento diário.

Além disso, através da análise de dados referente à questão da saúde e violência nos Estados Unidos, foi possível concluir que, em um país que possui uma das maiores economias do mundo e é responsável por desenvolver importantes tecnologias que impactam a vida de todo globo terrestre, ainda existe um número expressivo de pessoas que não possuem nenhum acesso a serviços de saúde, mesmo vivendo em um país tão rico. E tal fator impacta diretamente no índice de violência, já que o país é um dos países que mais registram homicídios.

Já a respeito da Inglaterra, que possui um dos sistemas mais sólidos de saúde do mundo, mesmo enfrentando problemas complexos, a universalidade e eficácia são fatores determinantes pelo baixo número de mortes violentas e do baixo índice de criminalidade no país. É claro que a extensão do território contribui para que o problema seja controlado de forma mais efetiva, no entanto, o constante estudo do governo pela manutenção da saúde como forma de prevenção à violência, aliado a políticas de apoio e fortalecimento da saúde mental de crianças demonstra que o país inglês está no caminho ideal para a atenuação dos números da violência.

Por fim, quanto ao Brasil, foi possível verificar que os investimentos aqui são altos, porém mal geridos e direcionados, o que acarreta numa baixa efetividade do sistema de saúde.

O cenário do país é bem diferente dos demais acima analisados, no entanto, o Brasil possui potencial para diminuir o índice de violência através da universalidade e eficácia do sistema de saúde, já que a nossa economia também é uma das maiores do mundo e carece, também, de uma gestão eficiente.

Assim, é possível concluir que a desigualdade, mais uma vez, é fator primordial para desencadeamento da violência e que a diminuição deste fator ocorrerá com o aumento da universalidade e eficácia da saúde, pois, por saúde se entende a manutenção e apoio do ser humano como um todo e neste aspecto e, para evitar seres humanos cada vez mais doentes e vítimas da violência é preciso haja maior atenção na saúde plena de cada cidadão.

REFERÊNCIAS

APHA – AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. **Violence is a Public Health Issue: Public Health is Essential to Understanding and Treating Violence in the U.S.** Nov./2018. Disponível em: <https://apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2019/01/28/violence-is-a-public-health-issue> . Acesso em: 22 set. 2020.

BARROS, Alexandre. Despesas com saúde ficam em 9,2% do PIB e somam R\$ 608,3 bilhões em 2017. 20 dez. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26444-despesas-com-saude-ficam-em-9-2-do-pib-e-somam-r-608-3-bilhoes-em-2017> . Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm . Acesso em: 14 set. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Indicadores que compõem o IDSUS.** Brasília, 2015. Disponível em: http://idsus.saude.gov.br/indic_idsus.html . Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Sugestão nº 37, de 2018.** Inteligência Emocional e Meditação em todas as escolas do país. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/134574> . Acesso em: 26 set. 2020.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **National Violent Death Reporting System (NVDRS).** Nov./2019. Disponível em: https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nvdrs/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Fnvdrs%2Findex.html . Acesso em: 20 set. 2020.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. In: **RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, v.1, p. 200-207, 2007. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84> . Acesso em: 17 set. 2020.

COSTA, Júlio Pinto da. A Reforma Obama e o Sistema de Saúde dos EUA. In: **Revista Arquivos de Medicina.** Porto, v. 27, n. 4, p. 158-167, ago. 2013. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000400004&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 17 set. 2020.

DAHLBER, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema de saúde pública. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro , v. 11, p.1163-1178, 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 26 set. 2020.

FLAESCEN, Hara. Epidemia invisível: o papel do SUS no combate à violência contra as mulheres. Mar./2020. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1135> . Acesso em: 24 set. 2020.

FREIRE-VARGAS, Liliana. **Violence as a Public Health Crisis**. Jan./2018. Disponível em: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/violence-public-health-crisis/2018-01> . Acesso em: 18 set. 2020.

FILLIPON, Jonathan et al. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para a o direito à saúde. In: **Caderno de Saúde Pública**. v. 32, n. 8, Rio de Janeiro, 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da Violência 2020: Principais resultados**. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/27/atlas-da-violencia-2020-principais-resultados> . Acesso em: 17 set. 2020.

MAGRA, Iliana. **Schools in England Introduce a New Subject: Mindfulness**. Fev./2019. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2019/02/04/world/europe/uk-mindfulness-children-school.html>. Acesso em: 26 set. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza Minayo. Violência e Segurança Pública. In: BUENO, Leonardo Brasil et al. **Saúde e segurança pública: desafios em territórios marcados pela violência**. Rio de Janeiro: Cooperação Social/Fiocruz, 2016.

MIGUEL, Rafa de. **O SUS britânico é uma história de amor que supera a polarização política**. Londres, 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/20/internacional/1563633329_652618.html . Acesso em: 17 set. 2020

NWPHO - NORTH WES PUBLIC HEALTH OBSERVATORY. **Protecting people promoting health: A public health approach to violence prevention for England.** Liverpool, out./ 2012. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216977/Violence-prevention.pdf . Acesso em: 17 set. 2020.

NICOLETTI, Maria Aparecida; FARIA, Taissa de Matos. **Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica.** In: Revista Infarma – Ciências Farmacêuticas. v. 29, n. 4, Brasília, 2017.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde.** São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.mpdft.mp.br/saude/images/politicas_publicas/Políticas_publicas_saude_brasil.pdf . Acesso em: 15 set. 2020.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. In: **Ciência Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2008, v. 13, p. 2009-2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900002&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 17 set. 2020.

SUMNER, Steven A et al. Violence in the United States. In: **Jama Network.** 2015, v. 314, n. 5, p.478-488. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2422549> . Acesso em: 24 set. 2020.

TIKKANEN, Rosa et al. **United States.** Jun./2020. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states> . Acesso em: 18 set. 2020.

