



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

MARIA LUIZA PEREIRA BARRETOS

Capacidade de saúde e cidadania: convergências empíricas e
teóricas entre qualidade da democracia e saúde pública na
América Latina (2000-2019)

Goiânia/GO

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

☒ Dissertação ☐ Tese ☐ Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Maria Luiza Pereira Barretos

3. Título do trabalho

Capacidade de saúde e cidadania: convergências empíricas e teóricas entre qualidade da democracia e saúde pública na América Latina (2000-2019)

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **João Carlos Amoroso Botelho, Usuário Externo**, em 03/10/2022, às 11:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARIA LUIZA PEREIRA BARRETOS, Discente**, em 04/10/2022, às 10:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3203462** e o código CRC **87A4F428**.

MARIA LUIZA PEREIRA BARRETOS

Capacidade de saúde e cidadania: convergências empíricas e
teóricas entre qualidade da democracia e saúde pública na
América Latina (2000-2019)

Dissertação de mestrado
apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre
em Ciência Política pelo Programa
de Pós-Graduação em Ciência
Política (PPGCP) da Universidade
Federal de Goiás.

Área de concentração: Estudos
Políticos Contemporâneos

Linha de Pesquisa: Instituições e
Comportamento Político em
Perspectiva Comparada

Orientador: Prof. Dr. João Carlos
Amoroso Botelho

Goiânia/GO

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Barretos, Maria Luiza Pereira

Capacidade de saúde e cidadania: [manuscrito] : convergências
empíricas e teóricas entre qualidade da democracia e saúde pública
na América Latina (2000-2019) / Maria Luiza Pereira Barretos. - 2022.
66 f.

Orientador: Prof. João Carlos Amoroso Botelho.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Ciências Sociais (FCS), Programa de Pós-Graduação em
Ciência Política, Goiânia, 2022.

Bibliografia.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista
de tabelas.

1. qualidade de democracia. 2. saúde pública. 3. capacidade de
saúde. 4. universalismo. 5. América Latina. I. Botelho, João Carlos
Amoroso, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 32 da sessão de Defesa de Dissertação de **Maria Luiza Pereira Barretos**, que confere o título de **Mestre(a) em Ciência Política**, na área de concentração em **Estudos Políticos Contemporâneos**.

Ao/s **vinete e oito dias do mês de setembro de dois mil e vinte e dois**, a partir da(s) **16:00 horas**, no(a) **endereço eletrônico meet.google.com/wer-gfbq-ref**, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada **“Capacidade de saúde e cidadania: convergências empíricas e teóricas entre qualidade da democracia e saúde pública na América Latina (2000-2019)”**. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Orientador(a), Professor(a) Doutor(a) **João Carlos Amoroso Botelho** com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor(a) Doutor(a) **Fabiana da Cunha Saddi (PPGCP-UFG), membro titular interno** e **Lucas Toshiaki Archangelo Okado (UFPA) membro titular externo**. Durante a arguição os membros da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido(a) o(a) candidato(a) **aprovado(a)** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo(a) Professor(a) Doutor(a) João Carlos Amoroso Botelho, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, ao(s) **vinete e oito dias do mês de setembro de dois mil e vinte e dois**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **João Carlos Amoroso Botelho, Usuário Externo**, em 03/10/2022, às 11:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **FABIANA DA CUNHA SADDI, Usuário Externo**, em 04/10/2022, às 12:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Toshiaki Archangelo Okado, Usuário Externo**, em 31/10/2022, às 14:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3203460** e o código CRC **928BD5DB**.

AGRADECIMENTOS

Meus primeiros agradecimentos são para as três pessoas mais queridas na minha vida, minha mãe e minhas irmãs, Cleudizan, Marillya, Natallya e Lucy. Vocês me orientam ao longo dos meus momentos – meus desafios e minhas conquistas. Aos meus amigos, Amanda, Lucas e Melanie que, nos últimos anos da pandemia, foram essenciais para o término do mestrado, auxiliando com coisas mais básicas até as mais complexas.

Gostaria de agradecer também meu orientador e amigo, João Botelho. Sua presença alterou a minha trajetória profissional para o melhor, sem contar sua amizade. Para a equipe FAPEG e os membros da CGE – Humberto Dantas, Diego Ramalho, Gabriel Madeira, Isabella Almeida, Isabella Amaral, Marjorie Lynn, Ana Carolina, entre outros –, obrigada por proporcionar diversas oportunidades de colaboração nos maravilhosos projetos da Controladoria Geral do Estado de Goiás. Karen Pessoa e Alexandra Novais, vocês são mulheres únicas, que pararam seu tempo para me ajudar na reta final da dissertação, sem pensar duas vezes.

Lucas Okado e Fabiana Saddi, espero que não tenha atrapalhado vocês tanto ao longo dos anos. Seus conhecimento e paciência comigo foram imprescindíveis para minha formação como pesquisadora. Por fim, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política e à Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás. O campus foi meu lar por muitos anos, e me orgulho de ter a UFG como alma mater. Era o ambiente que precisava para me conhecer e crescer como pessoa.

Resumo

O trabalho avalia o efeito que democracias, de diversos níveis de qualidade, têm sobre a saúde pública na América Latina entre 2000 e 2019. A saúde pública é retratada a partir da conceituação de capacidade de saúde de Ruger (2009) em Estados de justiça. A capacidade de saúde, florescimento humano para que indivíduos possam escolher seus modos de vida e ações valiosas, se torna viável em regimes que permitem participação pública e o tratamento de saúde como um direito humano. Para determinar a possível relação entre qualidade de democracia e (capacidade de) saúde, testes de correlação e análise de variância são aplicados, com testes complementares para agregar indicadores relacionados às variáveis trabalhados. A variável independente é o Índice de Democracia Participativa do projeto *Varieties of Democracy* (V-DEM), e as dependentes, as taxas de mortalidade infantil e expectativa de vida. O principal achado é uma associação forte entre qualidade da democracia e saúde pública. Em uma escala de 0 a 1, democracias de qualidade maior do que 0,4 geram impacto positivo na saúde pública, principalmente quando há uma maior difusão de políticas universais de bem-estar social. Ademais, os resultados na análise de variância demonstram a dificuldade desse tipo de teste estatístico para os elementos tratados.

Palavras-chave: qualidade de democracia; saúde pública; capacidade de saúde; universalismo; América Latina.

Abstract

The study assesses the effect that democracies, of varying levels of quality, have on public health in Latin America between 2000 and 2019. Public health is portrayed based on Ruger's (2009) conceptualization of health capacity in States of Justice. Health capacity, human flourishing so that individuals can select their ways of life and valuable actions, becomes feasible in regimes that allow public participation and the treatment of health as a human right. To determine the possible relationship between quality of democracy and (capacity for) health, correlation tests and analysis of variance are applied, with complementary tests to aggregate indicators related to the variables studied. The independent variable is the Participatory Democracy Index of the Varieties of Democracy (V-DEM) project, and the dependent variables, infant mortality and life expectancy rates. The main finding is a strong association between quality of democracy and public health. On a scale of 0 to 1, democracies of a quality greater than 0.4 have a positive impact on public health, especially when there is greater diffusion of universal social welfare policies. In addition, the results from the analysis of variance demonstrate the difficulty with this type of statistical test for the treated elements.

Keywords: quality of democracy; public health; health capability; universalism; Latin América.

Tabelas, quadros e gráficos

Tabela 1. Expectativa de vida entre 2000 e 2019 na América Latina

Tabela 2. Qualidade da democracia e variação na expectativa de vida

Tabela 3. Índice de Democracia Participativa na América Latina (2000-2019)

Gráfico 1. Índice de Democracia Participativa na América Latina (2000-2019)

Quadro 1. Requisitos de uma democracia

Tabela 4. Índice de Liberdade Global (2021)

Tabela 5. Tipo de acesso ao bem-estar social na América Latina (2000-2019)

Tabela 6. Taxa de mortalidade infantil na América Latina por quinquênio (1980-2020)

Gráfico 2. Taxa de mortalidade infantil na América Latina por quinquênio (1980-2020)

Gráfico 3. Taxa de expectativa de vida na América Latina (2000-2020)

Tabela 7. Medidas de tendência central sobre a taxa de mortalidade infantil na América Latina (2000-2019)

Gráfico 4. Boxplot das medidas de tendência central sobre a taxa de mortalidade infantil na América Latina (2000-2019)

Quadro 2. Indicadores extraídos do projeto V-DEM (2022)

Quadro 3. Descrição dos testes de correlação não paramétricos

Gráfico 5. Teste de correlação entre IDP e taxa de mortalidade infantil na América Latina (2000-2019)

Gráfico 6. Teste de correlação entre IDD e taxa de mortalidade infantil na América Latina (2000-2019)

Gráfico 7. Teste de correlação entre igualdade de saúde e taxa de mortalidade infantil na América Latina (2000-2019)

Tabela 8. Análise de variância e sumário do modelo

Gráficos 8 A a 8 D. Análise dos resíduos do modelo de ANOVA

Sumário

Introdução	9
1. A presença do direito à saúde no regime	13
1.1. <i>O elo entre democracia e saúde</i>	13
1.2. <i>A democracia latino-americana na literatura</i>	166
1.3. <i>Os casos não democráticos: Nicarágua e Venezuela</i>	19
2. Um Estado de justiça fundamentado na saúde	211
2.1. <i>Qualidade da democracia e saúde pública na literatura</i>	211
2.2. <i>A instauração da democracia e sua qualidade</i>	233
2.3. <i>O direito à saúde inserido no paradigma de capacidade de saúde</i>	26
2.4. <i>A qualidade da democracia e a capacidade de saúde</i>	29
3. Os sistemas de saúde na América Latina	311
3.1. <i>Inserção da saúde pública na América Latina</i>	311
3.2. <i>O acesso universal à saúde</i>	333
3.3. <i>Sustentação democrática e políticas de saúde</i>	38
4. O desenho de pesquisa	43
4.1. <i>Descrição das variáveis</i>	43
4.2. <i>Os testes estatísticos</i>	47
5. Os resultados	49
Conclusões	55
Referências bibliográficas	57

Introdução

Por que alguns países democráticos têm alto desempenho na saúde enquanto outros não? Há algum mecanismo institucional que proporciona melhoria na saúde pública? Diversas análises teóricas e empíricas sobre os sistemas de saúde ao redor do mundo investigam a possibilidade de uma associação direta entre o regime político e a saúde pública de um país. É o regime político que estabelece a estrutura em que as demais faces funcionam: os mercados financeiro e de trabalho; as liberdades para que o cidadão tenha ou não alternativas de educação, saúde, aposentadoria etc.; e a presença (ou falta) de oportunidades para participação na tomada de decisões em políticas públicas. Sendo assim, a qualidade do regime afeta a efetividade das políticas, como as políticas públicas de saúde e, ao fim, a saúde pública.

Por um regime democrático proporcionar em vários graus os direitos civis, sociais e políticos à cidadania (Carvalho, 2002), a pergunta central indaga se e como a qualidade da democracia incide na saúde e suas políticas públicas. Há argumentos sobre o estado democrático liberal de justiça que pode fortalecer em menor ou maior grau o status do indivíduo, viabilizando ou não o acesso (universal) à saúde. Porém, tratar todas as democracias ao redor do mundo de modo homogêneo desconsidera as variações nos processos sócio-históricos e nas transições democráticas. Os dados disponíveis possibilitam com espaço menor de erro análises voltadas às democracias da terceira onda, que passaram por uma transição de regime no fim do século XX.

A América Latina, uma região cujos países passaram por processos políticos semelhantes quanto à competitividade de regimes e à participação pública, é o foco desse estudo. Dezoito países são tratados em perspectiva entre 2000 e 2019: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Peru, Nicarágua, Paraguai, República Dominicana, Venezuela e Uruguai. O ano de 2020 não está incluído devido à crise de saúde pública gerada pela pandemia do coronavírus. Ademais, Nicarágua e Venezuela são encarados como regimes não democráticos.

O período focado começa em 2000, quando se completou a transição para a democracia em um caso tardio, o Paraguai, e vai até 2019, o ano anterior à pandemia do

coronavírus. A maioria dos países latino-americanos foi capaz de superar a transição e manter suas democracias a partir do fim dos anos 1970 (Pérez-Liñán e Altman, 2017). Atualmente, a região passa por um momento de declínio em aspectos como o apoio popular ao regime, mas o período de convivência com a democracia já permite que a atenção se direcione mais a dimensões da qualidade democrática do que a riscos de ruptura. Apesar disso, um modelo de mensuração da qualidade ainda não é consensual na Ciência Política, ou sequer a ideia em si de qualidade da democracia. Este trabalho adota um enfoque mais abrangente do que os centrados nos aspectos procedimentais do regime (Levine e Molina, 2011; Lupu, Rodríguez e Zechmeister, 2021).

Como a democracia, idealmente, é um regime responsivo aos cidadãos de modo a que suas demandas sejam consideradas nas instituições, inclusive na formulação e na implementação de políticas sociais (Dahl, 1971; Levine e Molina, 2011; Safaei, 2006), alguns anseios básicos precisam ser levados em conta. Evitar a morte e gozar de boa saúde são anseios primordiais do ser humano. Logo, as instituições de uma democracia também servem para amenizar ou até erradicar essa preocupação humana básica.

Um exemplo na América Latina é a Costa Rica, que manteve um regime por mais de setenta anos, aprimorou sua qualidade (Altman e Pérez-Liñán, 2002) e, ao mesmo tempo, assegurou um sistema universal de saúde. O Brasil, com a restauração democrática nos anos 1980, também foi emblemático ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa época, em que não havia uma democracia no México, a reforma da saúde no país não teve o mesmo reconhecimento quanto à efetividade do sistema adotado. As políticas mexicanas de saúde são segmentadas e mantêm um nível alto de desigualdade; uma parte significativa da população não está coberta; e a parcela com plano de saúde tem acesso a um pacote limitado de tratamento curativo e preventivo (Machado, 2011).

A variedade de resultados que podem ser observados na relação entre qualidade da democracia e sistemas de saúde na América Latina requer uma análise mais robusta, como a que se propõe neste estudo. Os regimes nos países da região são da terceira onda de democratizações, a partir do fim dos anos 1970, à exceção de um ou outro caso, como a já mencionada Costa Rica. Apesar de uma seleção randomizada reduzir o grau de parcialidade, trata-se de uma opção geralmente ineficiente, cujas dificuldades podem ir da falta de dados ao desconhecimento da/o pesquisador sobre alguns casos (McGuire, 2010). A escolha deliberada e devidamente justificada possibilita a análise de casos para os quais a/o pesquisador tenha mais acesso a conhecimento e dados.

Conceitos centrais ao trabalho, como democracia, direito à saúde, capacidade de saúde, participação pública e universalismo de políticas de saúde, são abordados por meio de autores de referência para cada tópico, como Dahl (1971) e Ruger (2009). A democracia na era contemporânea, ou poliarquia, se define pela realização de eleições competitivas e pela garantia de liberdades individuais e acesso a fontes alternativas de informação (Dahl, 1971). As/os cidadãos têm a oportunidade de expressar suas opiniões e vê-las refletidas nas decisões coletivas.

Já a qualidade da democracia abrange dimensões teóricas e empíricas que, como mínimo, se referem à qualidade dos processos políticos (Levine e Molina, 2011). Na visão de Morlino (2015), aspectos substantivos do regime e sua responsividade também precisam ser considerados na análise. Para verificar os efeitos da democracia sobre os sistemas de saúde, a dicotomia entre regimes democráticos ou não é insuficiente. Afinal, a forma como o regime opera também é importante. Ruger (2009) aponta um efeito do sistema de saúde sobre a democracia, já que, sem acesso universal à saúde, a/o cidadão não estaria apto a atuar como eleitor, trabalhador, político etc. Partindo da abordagem de capacidade (*capability approach*) de Amartya Sen e de formulações de Aristóteles, Ruger estabelece o paradigma de capacidade de saúde para refletir sobre a relação entre democracia e saúde pública.

McGuire (2010) e Safaei (2006), por sua vez, demonstram como a existência de uma democracia contribui à saúde pública, independentemente da situação econômica do país, pois as garantias oferecidas pelo regime proporcionariam a manutenção de políticas de atenção primária à saúde e outros serviços sociais de custo baixo, o que teria o efeito de reduzir as taxas de mortalidade.

Como fontes de dados, o trabalho utiliza, sobretudo, o projeto *Varieties of Democracy* (V-DEM) e o Banco Mundial. Enquanto este fornece indicadores nacionais sobre mortalidade infantil e despesas com saúde, o V-DEM divulga anualmente seus índices de democracia, que abrangem visões distintas sobre o regime e se compõem de uma série de indicadores. O projeto conta com a colaboração de especialistas nos países ao redor do mundo, que fazem anualmente suas avaliações.

As variáveis dependentes são a taxa de mortalidade infantil e a expectativa de vida ao nascer, que servem para mensurar a capacidade de saúde do indivíduo. A taxa de mortalidade infantil se refere a crianças menores de cinco anos, que, ao morrer,

resultam em uma perda maior de anos de vida do que a morte de uma pessoa adulta ou idosa. A mortalidade de crianças menores de cinco anos é maior provável do que a de adultos na ausência de infraestrutura sanitária adequada na área de moradia.

A variável independente vem dos índices do V-DEM, que vão da democracia eleitoral à igualitária, passando por liberal, participativa e deliberativa. A escolha recai sobre o Índice de Democracia Participativa (IDP), que se compõe de aspectos como competição eleitoral, direito a voto, lisura das eleições, liberdade de expressão, filiação a organizações e responsividade. Dessa forma, se trata de um índice que considera a participação tanto em processos eleitorais quanto não eleitorais, o que é importante para avaliar o espaço de atuação que a democracia oferece para que a população influencie as políticas de saúde. A opção pelo IDP, então, visa ir além do caráter procedimental. Outras variáveis são incluídas nos modelos estatísticos, como despesas com saúde, igualdade e universalidade do sistema, entre outras, de forma a observar se há variação nos resultados em função dos indicadores selecionados.

O próximo capítulo relaciona direito à saúde e regime político. No terceiro, os conceitos de capacidade de saúde e qualidade da democracia são apresentados, de forma a que possam ser operacionalizados. O quarto tópico faz uma classificação dos sistemas de saúde pública na América Latina, agrupando os países conforme o tipo de acesso, universal ou sujeito a recursos (*means-tested*). Há ainda outros três capítulos: para os procedimentos metodológicos, os resultados da análise e as conclusões.

1. A presença do direito à saúde no regime

1.1. O elo entre democracia e saúde

Os poucos estudos sobre o tema, os efeitos da qualidade democrática na saúde pública, pressupõem que democracia e saúde são complementares e se limitam à avaliação de programas como os de transferência condicionada de renda (Bassett, 2008). Analistas de fora da Ciência Política ou do subcampo de políticas públicas dominam a cena e não vão além de verificar a existência ou não de uma democracia, como é o caso de Zhao e Dilip (2020). Eles constatarem, como está tornando o padrão nos últimos anos, que regimes autoritários asseguram o direito à saúde melhor, principalmente em crises de saúde, sem considerar o nível em que o regime implementa mecanismos democráticos e seus efeitos na saúde populacional. Ramos, Flores e Ross (2020) analisam países em estágios democráticos variados ao redor do mundo e encontram pouco ou nenhum efeito positivo de um regime competitivo sobre a saúde pública. Enquanto isso, outros trabalhos os contradizem, identificando um efeito positivo (Safaei, 2006; Khoo, 2013; Ruger, 2020).

Para chegar à sua conclusão, Ramos, Flores e Ross (2020) utilizam taxas de mortalidade infantil antes e depois das transições democráticas. Os autores concluíram, por exemplo, que a democracia não tem efeito positivo sobre a saúde na América Latina. Trabalhos como esse, que não encontram efeito positivo da democracia sobre a saúde, estão em sintonia com achados recentes sobre os problemas no enfrentamento ao coronavírus a partir de 2020 (OECD, 2020) e sobre o desempenho melhor de regimes autoritários nesse aspecto (Zhao e Dilip, 2020). Primeiramente, as escolhas do desenho podem facilmente levar a conclusões errôneas quanto aos conceitos teóricos. Tratando Ramos, Flores e Ross novamente, eles analisam 61 países ao redor do mundo cuja instauração democrática se manteve para no mínimo 5 anos, tratando os anos anteriores à democracia e minimamente o início da transição. Tratar momentos de instabilidade política, como os primeiros anos da implantação de um regime democrático, não necessariamente a presença, nem a qualidade de um regime competitivo.

Ademais, a literatura recente se atém a momentos de crise, o que não fornece conclusões definitivas (Ruger, 2020; Zhao e Dilip, 2020). Afinal, crises abrem oportunidades de repensar e aprimorar modelos existentes de saúde diante dos novos

desafios, como entendido por Ruger (2020). Esses momentos críticos tendem a estimular reações da população e, por consequência, gerar mudanças institucionais, o que requer a presença e a operação de uma democracia que ofereça espaços de participação à cidadania, como as conferências e os conselhos de políticas públicas.

De qualquer maneira, a expectativa de vida ao nascer, um indicador comum para mensurar a efetividade de políticas sociais, aumentou 5% na América Latina entre 2000 e 2019 (ver quadro 1). A expectativa de vida supera as médias mundial e regional em metade dos 16 países democráticos da amostra: Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Panamá e Uruguai. Em seis países, os valores são maiores do que a média mundial e menores do que a regional em todo ou parte do período: Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras, Peru e República Dominicana.

Tabela 1. Expectativa de vida entre 2000 e 2019 na América Latina

Expectativa de vida							
País	2000	2005	2010	2015	2019	Mudança entre 2000 e 2015	Mudança entre 2000 e 2019
Argentina	73,58	74,45	75,28	76,07	76,67	3%	4%
Bolívia	62,45	65,31	68,01	70,28	71,51	13%	15%
Brasil	70,12	71,90	73,62	74,99	75,88	7%	8%
Chile	76,37	77,63	78,78	79,65	80,18	4%	5%
Colômbia	72,95	74,27	75,42	76,53	77,29	5%	6%
Costa Rica	77,45	78,12	78,77	79,57	80,28	3%	4%
El Salvador	68,88	70,12	71,21	72,41	73,32	5%	6%
Equador	72,76	74,11	75,09	76,14	77,01	5%	6%
Guatemala	67,85	69,76	71,48	73,25	74,30	8%	10%
Honduras	70,69	72,03	73,32	74,50	75,27	5%	6%
México	74,34	75,30	75,07	74,90	75,05	1%	1%
Nicarágua	69,53	71,20	72,43	73,65	74,49	6%	7%
Panamá	75,06	75,89	76,79	77,78	78,51	4%	5%
Paraguai	70,55	71,67	72,65	73,66	74,25	4%	5%
Peru	71,11	72,91	74,41	75,79	76,74	7%	8%
República Dominicana	69,43	70,77	72,05	73,24	74,08	5%	7%
Uruguai	74,73	75,83	76,75	77,37	77,91	4%	4%
Venezuela	72,11	72,85	73,13	72,58	72,06	1%	0%
América Latina	71,69	73,06	74,10	74,96	75,60	5%	5%
Mundo	68	69	71	72	73	4%	5%

Elaboração da autora com dados do Banco Mundial (2019)

A expectativa de vida ao nascer indica o número de anos que um infante viverá se padrões prevalentes de mortalidade, existentes no seu nascimento, se mantêm ao longo da sua vida.

A democracia pode impactar as políticas de saúde, independentemente de fatores socioeconômicos. O pressuposto é que regimes de maior qualidade fortalecem os sistemas de saúde, já que há mais espaço para o efeito de aspectos como *accountability* e responsividade (Altman e Pérez-Liñán, 2002; Levine e Molina, 2007; Pérez-Liñán e Mainwaring, 2013). Até as redemocratizações na América Latina, a partir do fim dos anos 1970, os sistemas nacionais de saúde enfrentavam dificuldades para alcançar quem não tivesse um vínculo formal de trabalho e estavam conduzidos por elites burocráticas. Desde então, o que se tem vivenciado é uma nova era na saúde pública da América Latina (Fleury, 2017).

Isso não significa que não havia participação pública para melhorias em políticas de saúde antes das redemocratizações. A área da saúde tem um histórico de participação cidadã na América Latina. Em países como Bolívia, há um engajamento de atores diversos nos processos decisórios da área, de consultores, representantes de organizações não governamentais e sindicalistas a cidadãos (Silva, 2011). Essa diversidade de atores, presentes nos conselhos nacionais e regionais, incide no formato e no impacto das políticas de saúde. Por outro lado, atores como indígenas e trabalhadores informais eram marginalizados e só conquistam algum espaço a partir das redemocratizações (Cabrera, 2021).

Ainda que decisões do Executivo para interromper ações ou políticas, como a vacinação contra uma doença, sejam comuns, elas podem ser barradas ou revertidas pelos demais Poderes. A qualidade democrática, em aspectos como contestação pública e controles sobre o Poder Executivo, também pode ilustrar o efeito que esses aspectos têm para a saúde pública (Altman e Pérez-Liñán, 2002).

A revisão da literatura indica a necessidade de aprofundar a discussão, pois há poucos estudos que mensuram a qualidade da democracia e seu efeito sobre a saúde pública. Ramos, Flores e Ross (2020), por exemplo, apresentam um panorama rico em dados, mas operacionalizam o regime político de forma dicotômica, em democrático ou não democrático. Como um exercício introdutório, é possível separar, de acordo com a classificação de Mainwaring e Bizzarro (2019) para a qualidade do regime, os 18 países latino-americanos enfocados e contrastar as situações em expectativa de vida. A média

de anos de vida nos países classificados como em avanço é superior aos estagnados, assim como aos em erosão ou em que houve ruptura desde 2008 (ver quadro 2).

Tabela 2. *Qualidade da democracia e variação na expectativa de vida*

País	Ano da transição	Classificação de Mainwaring e Bizzarro (2019)	Expectativa de vida (2017)	Variação na expectativa de vida entre 2000 e 2017
Argentina	1984	Estagnação	76,37	4%
Bolívia	1986	Estagnação	70,95	14%
Colômbia	1992	Estagnação	76,93	5%
Panamá	1992	Estagnação	78,15	4%
República Dominicana	1996	Estagnação	73,69	6%
Média			75,22	6,6%
Brasil	1987	Avanço	75,47	8%
Chile	1990	Avanço	79,91	5%
El Salvador	1995	Avanço	72,87	6%
Guatemala	1997	Avanço	73,81	9%
México	1996	Avanço	74,95	1%
Paraguai	1993	Avanço	73,99	5%
Peru	2001	Avanço	76,29	7%
Uruguai	1985	Avanço	77,63	4%
Média			75,62	5,5%
Equador	1980	Erosão	76,58	5%
Honduras	1990	Ruptura em 2010	74,89	6%
Nicarágua	2008	Ruptura em 2008	74,07	7%
Média			74,48	6,2%
Costa Rica	1949	-	79,91	3,8%
Venezuela	1999	-	72,25	0,19%

Elaboração da autora com dados de Mainwaring e Bizzarro (2019) e Banco Mundial (2019). A Costa Rica e a Venezuela não são classificados por Mainwaring e Bizzarro (2019).

1.2. A democracia latino-americana na literatura

A trajetória para que se alcançasse a disseminação da democracia na América Latina foi longa e custosa. A transição para a democracia na América Latina se iniciou no fim dos anos 1970, como parte da terceira onda de democratização no mundo, e teve de conviver com um legado de autoritarismo e práticas coercitivas na política deixado pelo período de ditaduras nas décadas de 1960 e 1970. Com o tempo, a experiência democrática e as iniciativas de aprimoramento do regime possibilitaram avanços.

Na atualidade, uma série de países da região apresenta os elementos mínimos que caracterizam o regime, como eleições competitivas e limpas, sufrágio universal, liberdades de expressão e organização e acesso a fontes alternativas de informação (Dahl, 1971). A participação política interage com os direitos e deveres das/os cidadãos na operação do regime (Mainwaring e Bizzarro, 2019; Lupu, Rodríguez e Zechmeister, 2021). Por outro lado, crises recorrentes têm dificultado a sustentação da democracia na região, inclusive pelo apoio popular ao regime, e a melhora da sua qualidade.

Indicadores de qualidade democrática na América Latina mostram um quadro diverso, como já se pôde observar na Tabela 2 com as classificações de Mainwaring e Bizzarro (2019). Tendo o Índice de Democracia Participativa (IDP) do V-DEM como referência, o que se faz neste trabalho, é possível identificar que houve tanto avanços quanto retrocessos no período enfocado, entre 2000 e 2019, assim como rupturas do regime na Nicarágua e na Venezuela que ainda não foram superadas (ver quadro 3).

Tabela 3. *Índice de Democracia Participativa na América Latina (2000-2019)*

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	0,569	0,372	0,368	0,363	0,369	0,372	0,374	0,389	0,394	0,394	0,391
Bolívia	0,458	0,455	0,451	0,448	0,519	0,527	0,565	0,564	0,565	0,583	0,561
Brasil	0,604	0,604	0,606	0,614	0,614	0,066	0,066	0,657	0,654	0,654	0,652
Chile	0,585	0,585	0,585	0,585	0,585	0,581	0,595	0,595	0,595	0,594	0,589
Colômbia	0,372	0,368	0,363	0,369	0,372	0,374	0,389	0,394	0,394	0,391	0,423
Costa Rica	0,638	0,638	0,658	0,657	0,656	0,656	0,066	0,701	0,701	0,701	0,705
El Salvador	0,319	0,324	0,332	0,331	0,033	0,033	0,342	0,345	0,344	0,367	0,382
Equador	0,494	0,494	0,492	0,497	0,495	0,493	0,504	0,476	0,481	0,461	0,425
Guatemala	0,352	0,352	0,352	0,354	0,361	0,359	0,357	0,358	0,363	0,036	0,357
Honduras	0,332	0,332	0,332	0,341	0,341	0,338	0,313	0,314	0,313	0,287	0,259
México	0,395	0,424	0,431	0,437	0,444	0,444	0,042	0,395	0,402	0,402	0,408
Nicarágua	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485
Panamá	0,485	0,491	0,491	0,488	0,485	0,481	0,491	0,491	0,491	0,493	0,493
Paraguai	0,337	0,337	0,338	0,353	0,373	0,373	0,373	0,373	0,388	0,404	0,411
Peru	0,269	0,457	0,539	0,543	0,054	0,539	0,526	0,522	0,522	0,052	0,057

República Dominicana	0,413	0,422	0,419	0,418	0,409	0,403	0,004	0,397	0,396	0,395	0,395
Uruguai	0,073	0,724	0,737	0,734	0,747	0,756	0,755	0,751	0,743	0,758	0,769
Venezuela	0,426	0,386	0,359	0,354	0,345	0,034	0,325	0,318	0,313	0,307	0,003
América Latina	0,423	0,458	0,463	0,465	0,427	0,406	0,365	0,474	0,475	0,431	0,431
Países democráticos	0,418	0,461	0,468	0,471	0,429	0,425	0,36	0,483	0,484	0,436	0,455
Países não democráticos	0,456	0,436	0,422	0,42	0,415	0,26	0,405	0,402	0,399	0,396	0,244

(continuação do quadro 3)

País	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Média	Classificação (2000-2019)
Argentina	0,423	0,445	0,443	0,447	0,446	0,455	0,481	0,473	0,477	0,4223	Baixa
Bolívia	0,556	0,544	0,528	0,511	0,473	0,463	0,463	0,445	0,411	0,5045	Média
Brasil	0,649	0,642	0,634	0,063	0,618	0,549	0,502	0,488	0,424	0,518	Média
Chile	0,592	0,591	0,059	0,597	0,599	0,597	0,006	0,587	0,565	0,5334	Média
Colômbia	0,445	0,443	0,447	0,446	0,455	0,481	0,473	0,477	0,461	0,4169	Baixa
Costa Rica	0,705	0,701	0,698	0,695	0,687	0,681	0,674	0,667	0,662	0,6474	Média
El Salvador	0,383	0,039	0,392	0,423	0,415	0,418	0,428	0,041	0,376	0,3034	Baixa
Equador	0,425	0,426	0,406	0,398	0,401	0,397	0,426	0,482	0,465	0,4569	Baixa
Guatemala	0,354	0,351	0,353	0,353	0,365	0,388	0,375	0,363	0,349	0,3426	Baixa
Honduras	0,265	0,263	0,266	0,278	0,276	0,276	0,277	0,244	0,247	0,2947	Baixa
México	0,404	0,402	0,371	0,037	0,039	0,039	0,402	0,433	0,402	0,3377	Baixa
Nicarágua	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	0,485	Baixa
Panamá	0,492	0,049	0,496	0,487	0,489	0,487	0,478	0,459	0,455	0,4636	Baixa
Paraguai	0,426	0,401	0,374	0,381	0,377	0,376	0,371	0,364	0,363	0,3747	Baixa
Peru	0,587	0,592	0,578	0,577	0,564	0,055	0,546	0,597	0,059	0,4118	Baixa
República Dominicana	0,389	0,389	0,372	0,372	0,343	0,333	0,324	0,323	0,329	0,3623	Baixa
Uruguai	0,768	0,764	0,775	0,771	0,747	0,744	0,073	0,073	0,727	0,6495	Média
Venezuela	0,296	0,287	0,241	0,226	0,219	0,021	0,181	0,163	0,016	0,241	Muito baixa
América Latina	0,48	0,434	0,44	0,419	0,444	0,403	0,387	0,398	0,404	0,4314	Baixa
Países democráticos	0,491	0,44	0,45	0,427	0,456	0,421	0,394	0,407	0,423	0,44	Baixa
Países não democráticos	0,391	0,386	0,363	0,356	0,352	0,253	0,333	0,324	0,251	0,363	Baixa

Elaboração da autora com dados do V-DEM (Coppedge, 2022a)

O IDP abrange aspectos procedimentais e participativos e varia de 0 (pior valor) a 1 (melhor valor). O componente eleitoral advém do Índice de Democracia Eleitoral (IDE), que mensura a extensão em que os elementos característicos da poliarquia de Robert Dahl (1971) estão presentes.

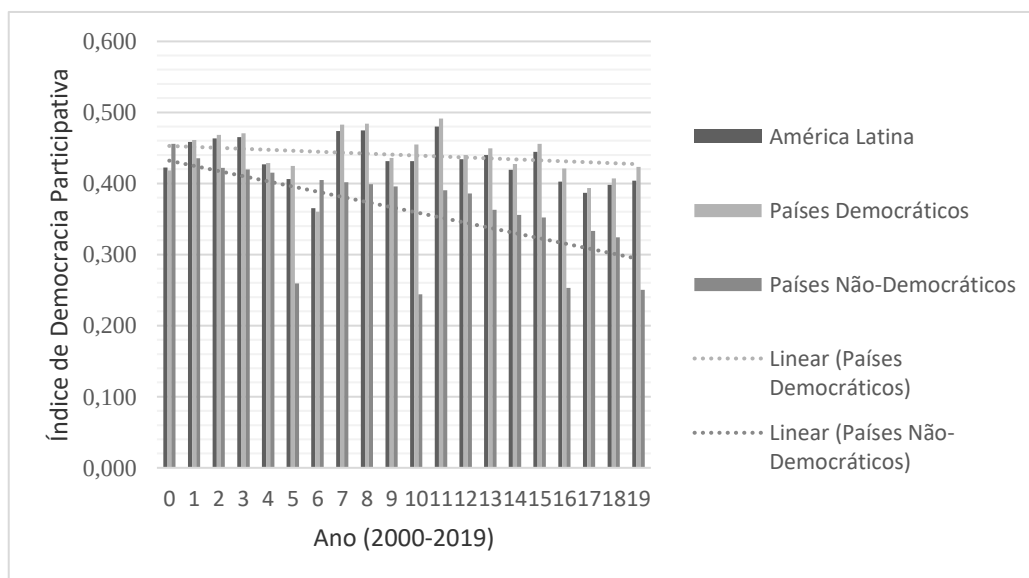
A classificação da qualidade democrática, realizada pela autora, se baseia na distribuição dos 18 países da amostra em quatro faixas de valores: 0 a 0,25 - qualidade muito baixa; 0,251 a 0,50 - baixa qualidade; 0,501 a 0,75 - média qualidade; 0,751 a 1,00 - alta qualidade.

Os valores para a Nicarágua estão constantes ao longo do período por falta de dados.

O gráfico 1 é uma representação visual das médias exibidas no quadro acima para a América Latina, os 16 países democráticos na atualidade e os dois países não

democráticos. No conjunto da região, houve uma ascensão da qualidade da democracia ao longo do período enfocado, sobretudo entre 2007 e 2011.

Gráfico 1. *Índice de Democracia Participativa na América Latina (2000-2019)*



Elaboração da autora com dados do V-DEM (Coppedge, 2022a)

1.3. Os casos não democráticos: Nicarágua e Venezuela

A Nicarágua e a Venezuela estão na amostra de casos como regimes não democráticos, já que a literatura os classifica como regimes autoritários ou, no mínimo, híbridos. São casos igualmente relevantes para se verificar a relação entre qualidade ou existência da democracia e saúde pública. Se a limitação ou a ausência de participação política da população incide sobre os resultados das políticas de saúde e a capacidade de saúde como um todo, a Nicarágua e a Venezuela são úteis para verificar essa relação.

Mainwaring e Bizzarro (2019) classificam a Nicarágua como um país em que houve a ruptura da democracia em 2008 e manteve um regime autoritário desde então. Para a *Freedom House* (2021), se trata de um regime não livre, a mesma classificação conferida à Venezuela. Quanto à expectativa de vida nos dois países, Tabela 1 mostra que está abaixo da média na América Latina. A Nicarágua e a Venezuela são casos que

Altuve (2021) define como de erosão (*backsliding*) democrática, com regressão em ao menos dois dos componentes de competição, participação e *accountability*.

Com Hugo Chávez, que governou a Venezuela de 1999 a 2013, e seu sucessor, Nicolás Maduro, que governa desde então, as instâncias de *accountability* horizontal passaram a ser ocupadas por aliados, assim como a competição eleitoral foi se tornando cada vez mais limitada. Ao mesmo tempo, contestação pública e liberdade de expressão foram sendo cerceadas, com a perseguição a opositores e a cassação da concessão e o estrangulamento financeiro de órgãos de mídia (Altuve, 2021). Na Nicarágua, Daniel Ortega, que governa o país desde 2007, reproduziu estratégias dos colegas venezuelanos em termos de ocupação das instituições de controle e cerceamento da competição e da contestação pública de forma geral para empurrar a democracia nicaraguense na mesma direção do autoritarismo (Altuve, 2021; Mainwaring e Bizarro, 2019).

No Índice de Democracia Participativa do V-DEM, as médias da Nicarágua e da Venezuela entre 2000 e 2019 são, respectivamente, 0,485 e 0,241, conforme se pode observar no quadro 3. O valor para a Venezuela é o pior entre os 18 países enfocados. O Quadro 2, que se apresenta mais adiante no texto, descreve a composição do IDP.

Mainwaring e Bizarro (2019) e Altuve (2021) avaliam que Honduras também é um caso de regime não democrático. Essa avaliação parece ser exagerada na atualidade, apesar dos problemas graves, como um golpe de Estado em 2009 que destituiu o então presidente, Manuel Zelaya, e acusações de fraude em eleições posteriores. Com todas essas dificuldades, uma candidata de oposição, Xiomara Castro, conseguiu se tornar a primeira mulher eleita para a Presidência do país em 2021. Um caso que preocupa mais por ora e avança na direção de reproduzir o que se passou em Nicarágua e Venezuela é o de El Salvador sob a Presidência de Nayib Bukele, eleito em 2019.

2. Um Estado de justiça fundamentado na saúde

2.1. Qualidade da democracia e saúde pública na literatura

Escassez de moradia e endemias preveníveis são persistentes entre habitantes de áreas marginalizadas da América Latina. O progresso no tratamento dessas questões não foi suficiente para eliminá-las em vários países da região ou em bolsões de pobreza de outros. Uma abordagem ética sobre o atendimento de saúde oferecido à população pode distinguir aspectos relacionados à qualidade da democracia que incidem no bem-estar social. Essa abordagem se torna necessária, então, para uma análise do regime político vigente que parta de uma área de políticas públicas em particular: o sistema de saúde.

Trata-se de um sistema imprescindível em qualquer sociedade, pois se refere ao primeiro direito humano, o direito à saúde. Um regime de boa qualidade se entrelaça à prosperidade da condição humana, o cerne de uma democracia segundo o paradigma de capacidade de saúde (*health capability paradigm*) proposto por Ruger (2009). A adoção desse paradigma possibilita a avaliação da qualidade democrática com base no critério da promoção da saúde.

A riqueza material, um fator geralmente utilizado para mensurar estado de saúde e acesso a ela, não é um parâmetro suficiente. Garantia de direitos humanos, transição à democracia, manutenção do regime e sua qualidade são aspectos que também pesam para a prosperidade humana em uma acepção mais geral e a saúde. A oportunidade de participar e influenciar as decisões coletivas que uma democracia oferece aumenta as perspectivas de desenvolvimento humano. Segundo Gerring, Thacker e Alfaro (2012), o argumento por trás da relação causal entre democracia e desenvolvimento humano é que a participação política empodera as/os cidadãos, inclusive marginalizados, e incentiva a que os governos sejam mais transparentes e responsivos às demandas cidadãs.

O paradigma de capacidade de saúde de Ruger (2009), que tem em Aristóteles e Amartya Sen seu fundamento teórico, implica a existência de um Estado democrático de justiça que oferece cobertura universal de saúde por meio dos princípios de suficiência e prioridade. A autora identifica características definidoras da saúde e da vida humana e

propõe ações coletivas e individuais para assegurar a capacidade de saúde, no sentido de o que cada indivíduo consegue ser e ter de saúde no seu ambiente rotineiro.

Os princípios de suficiência e prioridade questionam: quais políticas públicas seriam suficientes para assegurar a capacidade de saúde e como são os mecanismos de prioridade das políticas, se e quando existem? Em países de renda baixa ou média como são a maioria dos casos neste trabalho, a escolha entre modelos de bem-estar social que se baseiam em acesso universal ou seletividade com base em critérios como o nível de renda familiar (*means-tested*) é uma questão fundamental. Os sistemas de saúde não costumam ser integralmente universais ou exclusivamente baseados em segmentação, tendendo a estar em algum ponto entre os dois polos, mas a definição do modelo é determinante para as chances e a qualidade de vida dos indivíduos.

Ruger considera que a governança compartilhada, as parcerias público-privadas e a educação em saúde são elementos importantes para promover eficiência, combate ao desperdício e maior responsabilidade individual. Um objetivo da autora é a reforma do sistema de saúde nos Estados Unidos, algo que se buscou durante os dois mandatos de Barack Obama (2009-2017) e se tem promovido na América Latina desde os anos 1990, como Machado (2011) retrata para os casos argentino, brasileiro e mexicano.

Autores que enfocam as políticas de saúde na América Latina (Cabrera, 2021; Fleury, 2017; Machado, 2011) dialogam com Ruger, já que ela oferece uma abordagem fundamentada teoricamente para questões como critérios de priorização e alocação de recursos, tão prementes no cenário de corte de gastos públicos na região. Por outro lado, a literatura na Ciência Política que relaciona democracia e saúde na América Latina é escassa. Trabalhos como os de Besley e Kudamatsu (2006), Safaei (2006) e Ramos, Flores e Ross (2020) utilizam dados de *Freedom House* ou *Polity IV* para operacionalizar o regime de forma dicotômica, como presente ou ausente, em países ao redor do mundo e desconsideram variações de qualidade das democracias e peculiaridades regionais.

Mesmo que o direito à saúde tem recebido mais atenção nas últimas décadas, suas oscilações nas conversas internacionais e regionais demonstram a falta de preocupação para sanar problemáticas relacionadas à saúde populacional. Foi devido à pandemia de COVID-19 a partir de 2020 que o ápice de preocupação sobre saúde pública chegou no palco. O momento crítico gerou um maior investimento financeiro e

no diálogo entre atores de países e áreas distintas (OECD, 2020). A reconceitualização da saúde como um direito gratuito e universal tem sido outro efeito (Cabrera, 2021; Ruger, 2020). O ponto em comum é a percepção de um cenário contraditório, em que o custo da saúde é crescente, a cobertura dos serviços é insuficiente e os planos privados são inacessíveis a grupos vulneráveis. As intervenções públicas também se mostraram poucos capazes de amenizar ou solucionar esse quadro, sobretudo em momentos de crise.

2.2. A instauração da democracia e sua qualidade

A democracia é um regime político que se caracteriza por ser responsivo (Dahl, 1971). Assim, as/os cidadãos têm a oportunidade de: (1) formular suas preferências; (2) expressar suas preferências publicamente por meio da ação individual ou coletiva; e (3) ter suas preferências igualmente consideradas na conduta do governo. Essas atividades são possíveis quando o regime apresenta oito requisitos mínimos (ver Quadro 1), que foram reclassificados nas dimensões de competição, direitos individuais e participação por Altman e Pérez-Liñán (2002). Estes elaboram um índice de qualidade democrática que parte dos componentes definidos por Dahl.

Quadro 1. *Requisitos de uma democracia*

Oportunidade	Requisitos institucionais	Reclassificação
Formular preferências	3. Direito ao voto 5. Fontes alternativas de informação	Direitos individuais
	1. Liberdade para formar e aderir a organizações 2. Liberdade de expressão	Participação
	4. Direito de líderes políticos a competir por apoio	Competição

Expressar preferências	3. Direito ao voto 7. Eleições livres e justas 6. Fontes alternativas de informação	Direitos individuais
	1. Liberdade para formar e aderir a organizações 2. Liberdade de expressão 4. Elegibilidade para cargos públicos	Participação
	5. Direito de líderes políticos a competir por apoio 8. Instituições para fazer com que as políticas governamentais dependam de votos e outras expressões de preferência	Competição
Ter preferências consideradas na conduta do governo	3. Direito ao voto 4. Elegibilidade para cargos públicos 6. Fontes alternativas de informação 7. Eleições livres e justas	Direitos individuais
	1. Liberdade para formar e aderir a organizações 2. Liberdade de expressão 8. Instituições para fazer com que as políticas governamentais dependam de votos e outras expressões de preferência	Participação
	5. Direito de líderes políticos a competir por apoio	Competição

Elaboração da autora com base em Dahl (1971) e Altman e Pérez-Liñán (2002)

Os oito componentes refletem uma ideia chave, a receptividade do governo às preferências das/os cidadãos, considerados como politicamente iguais (Dahl, 1971). A análise da qualidade democrática é dinâmica, já que aspectos distintos podem avançar e regredir ao mesmo tempo, assim como as trajetórias podem ser revertidas no futuro. A reclassificação de Altman e Pérez-Liñán (2002) em competição, direitos individuais e participação avalia o quanto o potencial de se tornar uma democracia de alta qualidade se realiza. Para Levine e Molina (2007), a qualidade do regime é o quanto ele varia em: decisão eleitoral, participação, *accountability*, responsividade e soberania. Com estas três últimas dimensões, os autores buscam: (1) avaliar o quanto as/os cidadãos exercem controle sobre as autoridades eleitas por meio das eleições (*accountability* vertical), as instituições fiscalizam umas às outras (*accountability* horizontal) e os atores sociais são capazes de exercer pressão e influenciar as decisões políticas (*accountability* social); (2) estimar o quanto essas decisões respondem às demandas populares; e (3) verificar se as autoridades eleitas são de fato quem toma as decisões.

Morlino (2015) inclui dois aspectos substantivos do regime, que são liberdades e igualdade, e abrange entendimentos distintos de democracia, da eleitoral à igualitária. Além dessas duas dimensões substantivas, há cinco procedimentais (Estado de Direito, *accountability* eleitoral, *accountability* interinstitucional, competição e participação) e a de responsividade. A dimensão de participação, enfatizada neste trabalho por meio do paradigma de capacidade de saúde, é um aspecto em comum às diferentes propostas de operacionalização da qualidade da democracia.

O Índice de Liberdade Global da *Freedom House*, um organismo financiado em grande parte por recursos públicos nos Estados Unidos para divulgar anualmente suas avaliações sobre o exercício de liberdades individuais nos países ao redor do mundo, é utilizado com frequência na literatura, de forma corrigida ou não, como uma medida de existência da democracia ou de qualidade do regime, o que é o caso de Levine e Molina (2011). A Tabela 4 apresenta a última edição do índice, de 2021, para a amostra de 18 países da América Latina.

Tabela 4. *Índice de Liberdade Global (2021)*

País	Pontuação total	Direitos políticos	Liberdades civis	Condição
Argentina	84	35	49	Livre
Bolívia	66	27	39	Parcialmente livre
Brasil	74	31	43	Livre
Chile	93	38	55	Livre
Colômbia	65	29	36	Parcialmente livre
Costa Rica	91	38	53	Livre
El Salvador	63	30	33	Parcialmente livre
Equador	67	27	40	Parcialmente livre
Guatemala	52	21	31	Parcialmente livre
Honduras	44	19	25	Parcialmente livre
México	61	27	34	Parcialmente livre
Nicarágua	30	10	20	Não livre
Panamá	83	35	48	Livre
Paraguai	65	28	37	Parcialmente livre
Peru	71	29	42	Parcialmente livre
República Dominicana	67	26	41	Livre
Uruguai	98	40	58	Livre
Venezuela	14	1	13	Não livre

Elaboração da autora com dados da *Freedom House* (2021)

A Nicarágua e a Venezuela têm as menores pontuações e são os únicos países classificados como não livres. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá, República Dominicana e Uruguai estão na condição de livres. Os outros nove são definidos como parcialmente livres. Os índices do V-DEM são medidas mais apropriadas de democracia do que os da *Freedom House*, já que estes não avaliam diretamente o regime e incluem, por exemplo, liberdade econômica, um item pouco ou nada associado à democracia, o que pode enviesar os resultados contra governos de esquerda (Levine e Molina, 2007).

É comum que as análises de qualidade democrática e efetividade de governo se entrelacem. Porém, ainda que uma democracia de qualidade e um bom governo sejam desejáveis, não se confundem (Levine e Molina, 2007). A qualidade do regime depende da operação de processos que não se limitam ao período de um governo. Ao mesmo tempo, os resultados de políticas públicas podem gerar efeitos sobre o regime.

2.3. O direito à saúde inserido no paradigma de capacidade de saúde

Um anseio comum das/os cidadãos é evitar a morte, o que exige um sistema de saúde institucionalizado para proporcionar esse fim. Segundo Venkatapuram (2011), a saúde e a longevidade do ser humano são determinados por: (1) interação dos atributos biológicos e das necessidades ao longo da vida; (2) comportamentos individuais; e (3) ambiente físico externo e condições sociais.

Certos arranjos sociais, originados da decisão de um regime político em oferecer cobertura universal de saúde à população carente e da oferta no mercado, podem causar ou prevenir sofrimento humano e morte evitáveis. Isso não se refere aos casos em que uma pessoa tem uma deficiência física ou mental, e sim, a cuidados primários, como consultas regulares para evitar doenças mortais ou a morte de um portador da doença; cuidados pré-natais e neonatais; e necessidades de infraestrutura básica para reduzir as condições de saúde debilitantes evitáveis.

Quando a inexistência ou a escassez desses arranjos sociais leva à morte ou a deficiências de saúde, a capacidade individual de ser ou fazer o que se deseja é inibida. Assim, um sistema público de saúde não só precisa existir como ser capaz de nutrir, manter e restaurar a capacidade de cada indivíduo de ser saudável. As instituições políticas precisam ter a mesma preocupação com cada cidadão. Ademais, estar vivo e saudável contribui a outros aspectos da vida de um indivíduo, como a riqueza material e o nível de participação política.

A capacidade de saúde se refere ao florescimento humano, no sentido de tornar possível que os indivíduos tenham a liberdade de escolher modos de vida e ações que lhes sejam valiosas (Cabrera, 2021). Para avaliar a presença e o avanço dessa condição em uma democracia, o paradigma da capacidade de saúde é uma forma de fundamentar

teoricamente e associar o direito à saúde com a qualidade do regime. Nesse paradigma, a saúde é um bem priorizado pela sociedade que tem precedência sobre outros.

O direito à saúde é um conjunto de normas éticas, baseadas no que é essencial para uma vida decente, e estabelece como os indivíduos devem ser tratados por Estado e atores não estatais (Venkatapuram, 2011). A capacidade de saúde se refere ao exercício desse direito. Cabrera (2021) a define como a liberdade individual para alcançar e manter estados de saúde de acordo com o que se valoriza na vida.

Ruger (2009) não define a capacidade de saúde, como Venkatapuram (2011) e Cabrera (2021), já que aborda o conceito por meio de uma teia de atores, parcerias e instituições. O que Ruger enfoca no seu paradigma é uma abordagem de justiça social que entrelaça saúde, capacidade e atendimento, os três “imperativos morais”.

Esse paradigma é uma construção liberal, eticamente individualista e pluralista, que valoriza liberdade, diversidade e escolha. Ao mesmo tempo, a dimensão coletiva é contemplada por ideias desenvolvimentistas. A capacidade de saúde de Ruger (2009) prioriza a preocupação humana com o bem-estar, mas também considera fatores mais amplos que moldam as escolhas pessoais. Assim, a teoria engloba questões normativas e procedimentais e elementos como ação coletiva e políticas públicas.

Como não há garantias de boa saúde, já que os indivíduos estão sujeitos a fatores exógenos e endógenos ao nascer, as sociedades podem, especialmente as que valorizam as preferências das/os cidadãos, conformar instituições e sistemas eficazes para alcançar a plena capacidade de saúde da população. Dessa forma, não se ignora alguém que sofre ou morre por um problema evitável de saúde, assim como se atua para que as decisões de saúde dos indivíduos sejam protegidas.

Ruger (2020) aplica seu paradigma aos sistemas de saúde em democracias. Para a autora, Alemanha e Taiwan exemplificam a realização do paradigma da capacidade de saúde nas suas instituições democráticas. Como seus líderes reconhecem a obrigação moral de proteger aos outros e a si mesmos, adotaram respostas eficazes em momentos de crise de saúde. São ações necessárias: (1) se engajar coletivamente para governar de modo a promover o bem comum; (2) compartilhar a responsabilidade por sistemas de informação cientificamente fundamentados; (3) ter uma comunicação pública racional, compassiva e transparente; e (4) inspirar outros a confiar no seu governo e a ser éticos.

Ruger reconhece que não há exemplo perfeito e que o objetivo do exercício é refletir sobre a importância das ações descritas.

Khoo (2013) compara os trabalhos de Ruger (2009) e Venkatapuram (2011). O conceito de capacidade de saúde do segundo abrange quatro fatores e se contrapõe ao entendimento da primeira. Os quatro elementos são biologia humana, comportamento individual, ambiente físico externo e condições sociais. O enfoque recai sobre o último, com a justificativa de que são as condições originadas da vida em sociedade que geram a negligência das capacidades de saúde da população.

Para assegurar a capacidade de saúde, é preciso governança compartilhada de saúde, em que trabalhadores do setor, provedores e instituições trabalham em conjunto e deliberam com atores cívicos e especialistas para a solução de problemas. Ruger (2009) incorpora, então, a necessidade de um processo deliberativo, inclusivo e cientificamente embasado para tomar decisões a respeito da saúde de uma coletividade. Cabrera (2021) aplica o paradigma de Ruger para a análise dos cuidados públicos de saúde ao povo *P'urhépecha* no México e conclui que os indígenas não estão incluídos no processo de tomada de decisões e que as políticas de saúde adotadas não consideram o modo de vida desse povo. Suas tradições fazem com que, por exemplo, diabetes e consumo de drogas sejam comuns entre os *P'urhépecha*.

Por outro lado, Ruger não considera certas políticas que afetam a capacidade de saúde dos indivíduos. Em programas como *Bolsa Família* no Brasil e *Oportunidades* no México, as transferências de renda a famílias carentes são condicionadas às frequências escolar e clínica de crianças e mães. Portanto, são políticas de outra área que acabam tendo efeito sobre a saúde e gerando menos problemas de má nutrição e doenças entre as crianças carentes, sobretudo as menores de cinco anos (Bassett, 2008).

2.4. A qualidade da democracia e a capacidade de saúde

A conexão entre a qualidade da democracia e a capacidade de saúde é mais forte do que pode parecer inicialmente. Cada nova crise, seja econômica, política ou sanitária, global ou regional, demonstra essa relação. Com a crise imobiliária estadunidense em 2007, por exemplo, que foi o estopim para uma crise econômica mundial a partir do ano

seguinte, políticas sociais tiveram de ser readequadas. As estruturas políticas do regime de um país, democrático ou não, fornecem padrões de conduta e regras para lidar com as consequências de crises, que também recaem sobre a saúde (Ruger, 2020).

Os países mais bem sucedidos são aqueles que promovem a justiça social no seu regime, como a Alemanha na crise de saúde mundial em 2020 (Ruger, 2020). O êxito advém de acesso universal à saúde e/ou a planos e sistemas de saúde com equipamentos e insumos necessários; programas de proteção a desempregados, famílias carentes e grupos minoritários; oportunidades de participação cidadã na tomada de decisões; e parcerias que facilitem a adoção de medidas temporárias e a produção e a distribuição de novos insumos (Safaei, 2006; Ruger, 2009).

As ferramentas de análise da qualidade da democracia possibilitam que se avalie o quanto a população tem espaço para influenciar as decisões coletivas na área de saúde e ver suas preferências consideradas. A tendência é que, quanto mais alta é a qualidade do regime, melhores sejam os resultados do sistema e das políticas de saúde, refletidos em fatores como taxa menor de mortalidade infantil e maior expectativa de vida.

Ademais, a capacidade de saúde envolve abastecimento de água e saneamento, que são essenciais para a prevenção de doenças e a redução da mortalidade. Medidas nessas áreas requerem investimentos públicos, que, em democracias cujas autoridades estão sujeitas a contestação, se tornam factíveis. A implantação de sistema de esgoto em áreas carentes pode se concretizar se a comunidade local exerce pressão sobre políticos interessados na reeleição. Organizações da sociedade civil, que tendem a florescer em regimes abertos, podem reforçar essa mobilização. O tipo de regime também pode ter efeito sobre aspectos como acesso a oportunidades e seguridade social e distribuição de renda e riqueza, que, por sua vez, incidem sobre a capacidade de saúde.

3. Os sistemas de saúde na América Latina

3.1. Inserção da saúde pública na América Latina

A saúde ingressou nas decisões políticas, no caso em regimes europeus e no estadunidense, a partir do século XIX. Ocasionada pela situação de extrema pobreza dos guetos urbanos, da falta de condições mínimas de higiene e do consequente surgimento de epidemias, as políticas de saúde surgiram (Saddi, 2014). No entanto, o tratamento de doenças e questões atreladas à medicina não necessariamente indicam o direito à saúde. A consideração da saúde como política pública na América Latina se mostrou presente um século depois, entre os anos 1920 e 1930, por meio da pressão por proteção social da classe trabalhadora urbana. Políticas de saúde eram majoritariamente voltadas a esse grupo e ofereciam acesso marginal aos demais setores populacionais. Assim, as medidas não tinham efeito para a redução de pobreza e das desigualdades socioeconômicas entre trabalhadores não formalizados e rurais (Carvalho, 2002; Cruz-Martinez, 2019).

Conceitos médicos e programas de saúde pública foram importados de Europa ou Estados Unidos e contestados ou avançados por profissionais da região. A atuação de instituições como a Fundação Rockefeller contribuiu para o avanço do atendimento de saúde no México e no Brasil entre os anos 1910 e 1940 (Benchimol, 1995), mas isso se deu com pouca ou nenhuma participação de atores locais. Como resultado, medidas de saúde acabariam sendo rejeitadas. Ademais, a instabilidade política gerada por golpes, revoluções e intervenções militares dificultava ou impedia a universalização de direitos. Sistemas de saúde, integrados por um conjunto de políticas de saúde em vários níveis, só surgiram na América Latina a partir dos anos 1970.

A redemocratização possibilitou uma consolidação mínima de sistemas de saúde e a posterior reforma desses sistemas (Saddi, 2014). É nesse momento em que se viu a afirmação do direito à saúde. As abordagens nacional e internacional da saúde pública levaram a que o sistema abranja toda a cidadania do país (tratamento como direito civil) e estrangeiros (direito humano) (Atun; *et. al.*, 2015; Attonen e Sipilä, 2014). Nos anos 1990, as reformas de saúde se originaram das mesmas pressões externas e internas. Com variações entre os países, essas reformas se realizaram sob os princípios de equidade, solidariedade e ação coletiva (Atun *et. al.*, 2015). No cenário internacional, diante da preocupação com a saúde pública em países de média e baixa renda, o Banco Mundial,

o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a Organização das Nações Unidas (ONU) e outras agências fizeram investimentos e/ou empréstimos a governos nacionais, como no caso boliviano (Silva, *et. al.*, 2011).

Apesar dos avanços, a capacidade dos sistemas de saúde na América Latina ainda é limitada. México, Costa Rica, Colômbia e Chile, por exemplo, têm uma oferta de 2,1 leitos por 1.000 habitantes, sendo que o recomendado é 4,7 (OECD, 2020). Já no Equador, a prioridade à COVID-19 em 2020 deixou epidemias comuns em segundo plano e levou a um aumento de casos de dengue (Navarro *et. al.*, 2020). De modo geral, os valores relacionados ao tratamento e à preservação da saúde só aumentam, ao passo que até os planos privados mais baratos não são acessíveis a toda a população. Ainda que intervenções para erradicar ou atenuar fome e subnutrição sejam baratas e eficazes, persistem doenças e mortes causadas por esses problemas evitáveis.

As demandas por democracia e direito à saúde, então, se deram em paralelo e se reforçaram (Atun *et. al.*, 2015; Buss e Labra, 1995; Fleury *et. al.*, 2013). Com isso, a capacidade de saúde surgiu por meio de: (1) reconhecimento do direito à saúde no plano nacional, seja pelas próprias constituições ou pela ratificação de tratados internacionais; (2) extensão da cobertura de saúde a trabalhadores não formalizados; (3) estruturação de sistemas de saúde em resposta às pressões sociais; e (4) obras de infraestrutura em áreas que incidem sobre a saúde pública, como saneamento básico.

Um caso peculiar é o do Chile, onde a formalização do direito à saúde se deu sob a ditadura militar nos anos 1980, com um modelo misto de planos privados e sociais que aumenta a desigualdade no acesso. De modo geral, a redemocratização na América Latina favoreceu as tentativas de reformular a fragmentação da cobertura de saúde. Em países que não têm um sistema unificado, como Argentina, Chile, Colômbia, México e Peru, se adotou um modelo organizacional de pluralismo estrutural, que estabelece os tipos de planos conforme a função, em vez do grupo social (Atun *et. al.*, 2015).

Já Brasil, Costa Rica e Uruguai têm sistemas unificados e garantidos nas suas constituições. Além da revisão da fragmentação estrutural, Atun *et. al.* (2015) apontam que a redemocratização favoreceu a descentralização da tomada de decisões aos demais níveis administrativos dos países e a melhoria da regulação. Apesar da distinção entre sistemas unificados e pluralistas de saúde, as iniciativas para adotar políticas universais e promover capacidade de saúde apresentam semelhanças.

3.2. O acesso universal à saúde

Partindo do tratamento da capacidade de saúde como o exercício do direito à saúde em um regime político, a meta do paradigma de Ruger (2009) é uma cobertura acessível para toda a população, com medidas preventivas que respeitem costumes e tradições e medidas curativas da mais alta complexidade. Porém, devido ao custo alto, a alocação de recursos pode ser insuficiente. Os sistemas de saúde latino-americanos têm orçamentos limitados e, muitas vezes, menores do que o mínimo necessário para dar conta do atendimento ao conjunto da sociedade.

Além disso, há uma série de dilemas na alocação dos recursos escassos. É mais válido direcionar recursos a atendimentos menos complexos de saúde da família, que previnem doenças comuns e de tratamento caro como hipertensão e diabetes, ou para indivíduos com doenças e/ou sequelas graves, que exigem procedimentos caros e com níveis baixos de sucesso para a retomada da vida plena? Enquanto, no primeiro caso, se prioriza a prevenção para evitar danos maiores à capacidade futura de saúde de muitos, no segundo, se valoriza a situação individual no presente. Da mesma forma, é justo que pobres sejam o foco do atendimento público de saúde?

Em países de renda baixa ou média, as respostas a estas perguntas precisam orientar as escolhas políticas entre um modelo de acesso universal ou de seletividade com base na renda familiar (*means-tested*) (Mkandawire, 2005). Essa categorização não se refere à estruturação, que distingue entre sistemas unificados e pluralistas, e sim, ao acesso, no sentido de se e como o conjunto da sociedade tenha cobertura de saúde.

Os sistemas de saúde, entendidos como o conjunto de políticas públicas para o acesso à saúde, não costumam ser integralmente universais ou exclusivamente baseados em segmentação e tendem a estar em algum ponto entre os dois polos. Porém, o ponto ocupado pode ser decisivo para as chances e a qualidade de vida dos indivíduos. Com exceção de Guatemala, Paraguai e Venezuela, os países da amostra adotam políticas de bem-estar social que podem ser consideradas como universais (ver quadro 6).

Tabela 5. Tipo de acesso ao bem-estar social na América Latina (2000-2019)

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Bolívia	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Brasil	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4
Chile	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Colômbia	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Costa Rica	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
El Salvador	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Equador	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3
Guatemala	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Honduras	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
México	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Nicarágua	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3
Panamá	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Paraguai	0	0	0	1	1	2	2	2	3	3	3
Peru	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
República Dominicana	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3
Venezuela	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Uruguai	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5

(continuação da Tabela 5)

País	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Moda
Argentina	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Bolívia	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4
Brasil	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Chile	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Colômbia	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Costa Rica	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
El Salvador	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3
Equador	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Guatemala	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Honduras	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
México	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Nicarágua	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Panamá	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Paraguai	3	3	2	2	2	2	2	1	1	2
Peru	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4
República Dominicana	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3
Venezuela	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Uruguai	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Elaboração da autora com base no indicador do V-DEM (Coppedge, 2022a) que distingue entre políticas de bem-estar social com acesso universal e segmentadas por renda (*means-tested*). Os valores significam: 0: Não há, ou de forma muito limitada, políticas de bem-estar social (programas de educação, saúde, seguridade social, geração de emprego e redução da pobreza);

1: Quase todas as políticas de bem-estar social são do tipo *means-tested*;

2: Muitas políticas de bem-estar social são do tipo *means-tested*, mas uma parte significativa (como um quarto ou um terço) é universal e potencialmente beneficia a toda a população;

3: As políticas de bem-estar social são divididas igualmente entre universais e do tipo *means-tested*;

4: Muitas políticas de bem-estar social são universais, mas uma parte significativa (como um quarto ou um terço) é do tipo *means-tested*;

5: Quase todas as políticas de bem-estar social são universais, com exceção de uma parte pequena que é do tipo *means-tested*.

As políticas públicas de bem-estar social avaliadas na Tabela 5 abrangem as áreas de educação, saúde, seguridade social, geração de emprego e redução da pobreza. Os valores vão de 0, o que significa políticas mais segmentadas, a 5, o que significa políticas mais universais. Com exceção de Guatemala, Paraguai e Venezuela, os valores mais frequentes para os países da amostra ao longo do período considerado estão entre 3 e 5. O Uruguai é o único país cujo valor mais frequente entre 2000 e 2019 foi de 5. Bolívia, Brasil, Costa Rica, Panamá e Peru tiveram um valor mais frequente de 4, e Argentina, Chile, Colômbia, El Salvador, Equador, Honduras, México, Nicarágua e República Dominicana, de 3.

Até 2005, a literatura descrevia o sistema de saúde uruguaio como estratificado e segmentado (Budowski, 2020). O atendimento à maioria da população estava a cargo de organizações autônomas sem fins lucrativas, ao passo que a Administração de Serviços Estatais de Saúde (ASSE) se encarregava das pessoas de baixa renda. Com a reforma de 2005, houve integração de setores e maior controle público por meio da Junta Nacional de Saúde (JUNASA), o que limitou a competição no mercado e promoveu cooperação e complementaridade de serviços entre os sistemas público e privado. Também houve reflexo nos resultados. A taxa de mortalidade infantil foi a mais baixa dos 18 países da amostra em 2020, com 56 mortes a cada mil habitantes.

Os resultados na saúde pública do Uruguai podem ser reflexo da qualidade alta da sua democracia. Entre os 18 países da amostra, o Uruguai apresenta a maior média no Índice de Democracia Participativa, do V-DEM, ao longo do período considerado. No Índice de Liberdade Global, da *Freedom House*, também foi o país da amostra com a maior pontuação em 2021 (98).

Os países cujos valores mais frequentes na Tabela 5 ficaram entre 3 e 4 contam com sistemas de saúde muito diversos. O Brasil e a Costa Rica se aproximam da ou já alcançaram a cobertura universal. A Bolívia, por sua vez, caminha para a universalidade do seu sistema segmentado, expande o financiamento a ele e oferece um seguro público de saúde para grupos vulneráveis.

Há outras iniciativas que merecem ser citadas. Na Argentina, o programa *Nacer* alcançou em 2007 cobertura nacional em atenção primária à saúde e se direcionava a mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos que não tinham cobertura de planos

sociais ou privados. O programa foi rebatizado em 2011 como *Sumar* e se estendeu a crianças entre seis e nove anos, adolescentes entre 10 e 19 e mulheres e homens de até 64 anos (Chiara, Crojethovic e Ariovich, 2017). No Chile, há cobertura obrigatória do fundo nacional para pessoas pobres, acima de 80 anos, vítimas de violação de direitos humanos e seus parentes e quem depende das famílias (menores de 18 anos, grávidas e deficientes mentais). Por fim, no Peru, o atendimento é subsidiado para pessoas pobres e parcialmente subsidiado para trabalhadores de microempresas e autônomos de baixa renda (Machado, 2011; Mathauer e Behrendt, 2017).

Um destaque negativo é o Paraguai, apesar do aumento de 5% na expectativa de vida entre 2000 e 2017 (ver quadro 3). Por outro lado, o país registrou valores de 0 ou 1 no início e no fim do período considerado para o indicador do V-DEM que distingue entre políticas de bem-estar social universais e segmentadas por renda. De acordo com Giménez-Caballero *et. al.* (2021), a população pobre não recebe cobertura suficiente. A República Dominicana e a Nicarágua, cujos valores mais frequentes na Tabela 5 foram de 3, também não oferecem acesso regular a serviços básicos de saúde para a população pobre (Mathauer e Behrendt, 2017; Muiser, Saenz e Bermudez, 2011). Os três países não adotam a universalidade e preferem o regime do tipo *means-tested*, segmentando a oferta de serviços para quem não tenha vínculo formal de emprego.

A ideia de universalidade ajuda a definir o conjunto de valores que fundamenta o sistema de saúde (Budowski, 2020; Fleury, 2017; Machado, 2011; Venktapuram, 2011). O termo “universal” tem sido empregado para descrever sistemas de políticas públicas de bem-estar social ao longo do tempo. Segundo Anttonen e Sipilä (2014), os mecanismos, as justificativas e as presunções de universalismo nas políticas sociais variam conforme o momento sociopolítico do país. Também é comum que políticas apresentadas como universais não o sejam completamente e excluam trabalhadores não formalizados, por exemplo, algo que se passava no México, principalmente até a implantação do Seguro Popular em 2003 (Castro, 2014).

O universalismo se refere a um conjunto de princípios e práticas sobre as metas e a execução de uma política social. Para se caracterizar como universal, a política deve ser extensiva a toda a cidadania e ter a mesma disponibilidade de recursos para cada indivíduo. Ou seja, não há exclusão de grupos ou indivíduos, os recursos disponíveis são iguais para todos e todas, e a maioria das/os cidadãos se beneficia da política.

O modelo universal, às vezes entendido como sinônimo do Estado de bem-estar social implantado por governos social-democratas na Europa, se baseia nos princípios de que todos e todas têm o mesmo direito a uma vida decente e que a cidadania plena deve ser garantida incondicionalmente. Porém, o universalismo não significa que cada cidadão receba os mesmos benefícios e/ou serviços sociais independentemente das suas necessidades (Anttonen e Sipilä, 2014; Clark, 2015).

Aquelas/es elegíveis gozam dos mesmos direitos, mas, muitas vezes, há alguma seleção, sobretudo de renda, o chamado *means-testing* ou *targeting*. Essa discriminação positiva parte da ideia de que, quando algo é ofertado igualmente a todos, indivíduos de grupos vulneráveis merecem atenção especial para receber o benefício ou serviço de modo menos discrepante. Por exemplo, se há menos participação de mulheres e negros em espaços de poder, a adoção de cotas de candidaturas e vagas é uma forma de incidir sobre esse quadro de representação desigual.

Para Anttonen e Sipilä (2014), políticas universais são, no mínimo, improváveis sem a oportunidade de participação popular nas decisões políticas que a democracia oferece, inclusive porque a estrutura de poder e a cultura política condicionariam as políticas sociais. Na América Latina, a extensão dos direitos políticos foi anterior às dos civis e sociais, diferentemente dos países ocidentais desenvolvidos, que começaram pela extensão dos direitos civis (O'Donnell, 1998). Carvalho (2002) aplica essa distinção de cidadanias proposta por T. H. Marshall ao Brasil, mas enfoca o momento da introdução dos direitos, e não o da sua extensão, como faz O'Donnell. A regulação do trabalho a partir do governo provisório instalado pela Revolução de 1930 foi o modo de introdução de direitos sociais no país.

O universalismo tende a ser impulsionado por coalizões de interesses diversos nas democracias. Até entre grupos vulneráveis e sindicatos de trabalhadores pode haver divergências. Mulheres de baixa renda tendem a apoiar benefícios universais porque isso favorece o empoderamento feminino e a autonomia das suas famílias, enquanto os sindicatos estão menos interessados em obter benefícios que se estendam para além da categoria que representam. A promoção do universalismo depende de vários fatores, tanto culturais quanto políticos, assim como há momentos críticos que favorecem seu avanço (Anttonen e Sipilä, 2014; Clark, 2015).

3.3. Sustentação democrática e políticas de saúde

As/os cidadãos de uma democracia podem influenciar as decisões políticas, seja por meio da eleição de representantes ou da participação em instâncias e mecanismos como conselhos de políticas públicas e orçamento participativo. Dessa forma, na área de saúde, é possível colaborar para a prevenção de doenças e o aprimoramento do sistema de atendimento (Khoo, 2013). O modelo brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido internacionalmente pelo espaço que oferece para a participação cidadã, mas tem restrições financeiras e outros problemas que dificultam sua operação, como o alto nível de politização (Machado, 2011; Saddi, 2014). Um país com justiça social e bem-estar cidadão tende a estar mais capacitado para lidar com desafios no seu sistema de saúde.

Além da diversidade nos sistemas, a América Latina tem resultados distintos das políticas de saúde adotadas. As Tabelas 5 e 6 e os Gráficos 2 e 3 apresentam dados sobre a taxa de mortalidade infantil e a expectativa de vida ao nascer nos países enfocados ao longo das últimas quatro décadas. É possível comparar as trajetórias da mortalidade infantil entre os períodos de 1980 a 1999, quando as transições à democracia estavam se completando na América Latina, e de 2000 a 2020. No conjunto da região, o declínio da taxa foi um pouco maior no primeiro período, de 55%, do que no segundo, de 47%. Os resultados foram melhores em sete dos 18 países.

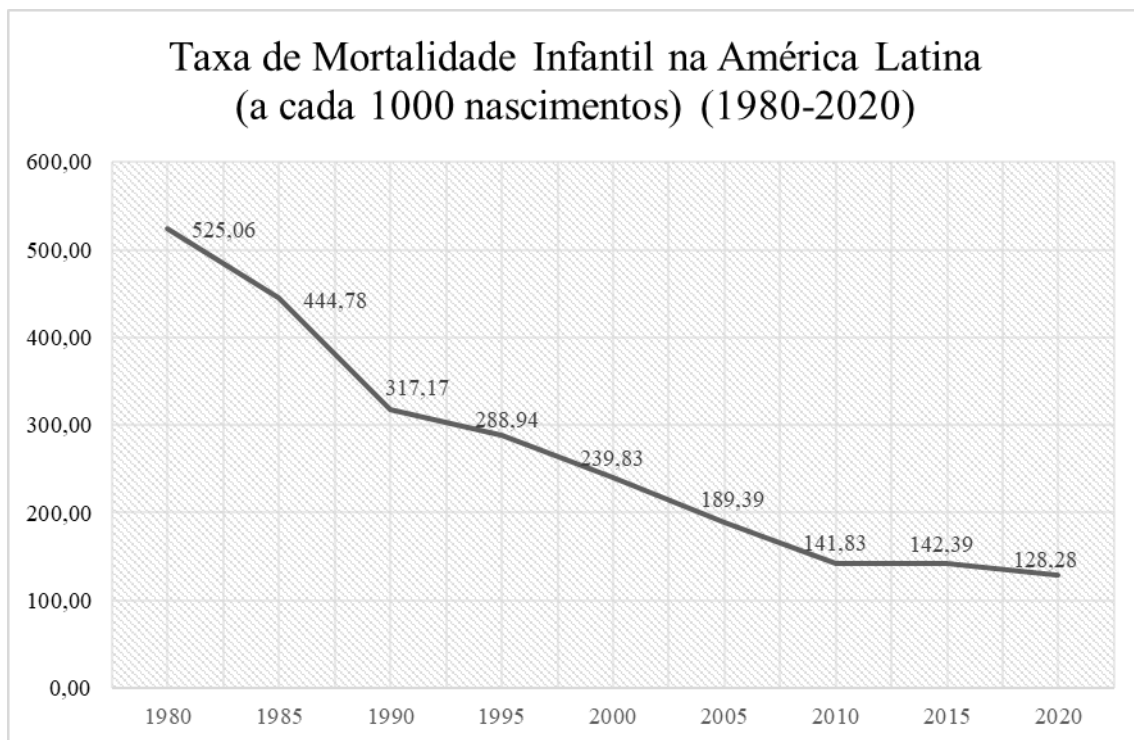
Um caso que chama a atenção é o do Uruguai, cuja taxa de mortalidade infantil aumentou 337% de 1980 a 1999 e diminuiu 64% de 2000 a 2020. O regime autoritário no país durou de 1973 a 1985. Na Venezuela, que passou a ter problemas na separação de poderes e na competição eleitoral com a ascensão de Hugo Chávez à Presidência em 1999 e, sobretudo, com a transmissão do cargo a Nicolás Maduro em 2013, a trajetória da mortalidade infantil foi contrária à registrada no Uruguai. A taxa diminuiu 91% de 1980 a 1999 e aumentou 15% de 2000 a 2020.

Tabela 6. Taxa de mortalidade infantil na América Latina por quinquênio (1980-2020)

País	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	Declínio ou crescimento de 1980 a 1999 (%)	Declínio ou crescimento de 2000 a 2020 (%)
Argentina	369,00	269,00	253,00	215,00	175,00	148,00	129,00	102,00	76,00	-51%	-57%
Bolívia	1109,00	982,00	84,00	701,00	559,00	431,00	33,00	254,00	207,00	-47%	-63%
Brasil	766,00	628,00	526,00	411,00	304,00	22,00	167,00	142,00	131,00	-58%	-57%
Chile	278,00	189,00	161,00	111,00	92,00	77,00	74,00	67,00	58,00	-65%	-37%
Colômbia	452,00	35,00	292,00	249,00	212,00	183,00	157,00	134,00	114,00	-52%	-46%
Costa Rica	191,00	196,00	139,00	127,00	111,00	99,00	92,00	77,00	67,00	-39%	-40%
El Salvador	833,00	592,00	464,00	36,00	274,00	212,00	166,00	133,00	111,00	-65%	-59%
Equador	665,00	526,00	423,00	33,00	247,00	199,00	163,00	132,00	111,00	-96%	-55%
Guatemala	86,00	721,00	595,00	492,00	41,00	343,00	286,00	237,00	201,00	394%	390%
Honduras	686,00	556,00	451,00	369,00	303,00	244,00	198,00	165,00	139,00	-54%	-54%
México	539,00	444,00	363,00	295,00	238,00	195,00	164,00	139,00	118,00	-54%	-50%
Nicarágua	773,00	607,00	507,00	404,00	314,00	249,00	203,00	166,00	138,00	-96%	-56%
Panamá	352,00	30,00	26,00	237,00	219,00	195,00	17,00	146,00	123,00	-36%	-44%
Paraguai	496,00	428,00	364,00	313,00	279,00	25,00	22,00	19,00	162,00	-43%	-42%
Peru	832,00	712,00	567,00	427,00	293,00	206,00	153,00	122,00	10,00	-62%	-97%
República Dominicana	636,00	543,00	46,00	381,00	324,00	298,00	289,00	288,00	279,00	-48%	-14%
Uruguai	35,00	251,00	201,00	179,00	148,00	125,00	93,00	76,00	53,00	337%	-64%
Venezuela	353,00	297,00	247,00	221,00	184,00	158,00	147,00	164,00	211,00	-91%	15%
América Latina	525,06	444,78	317,17	288,94	239,83	189,39	141,83	142,39	128,28	-55%	-47%

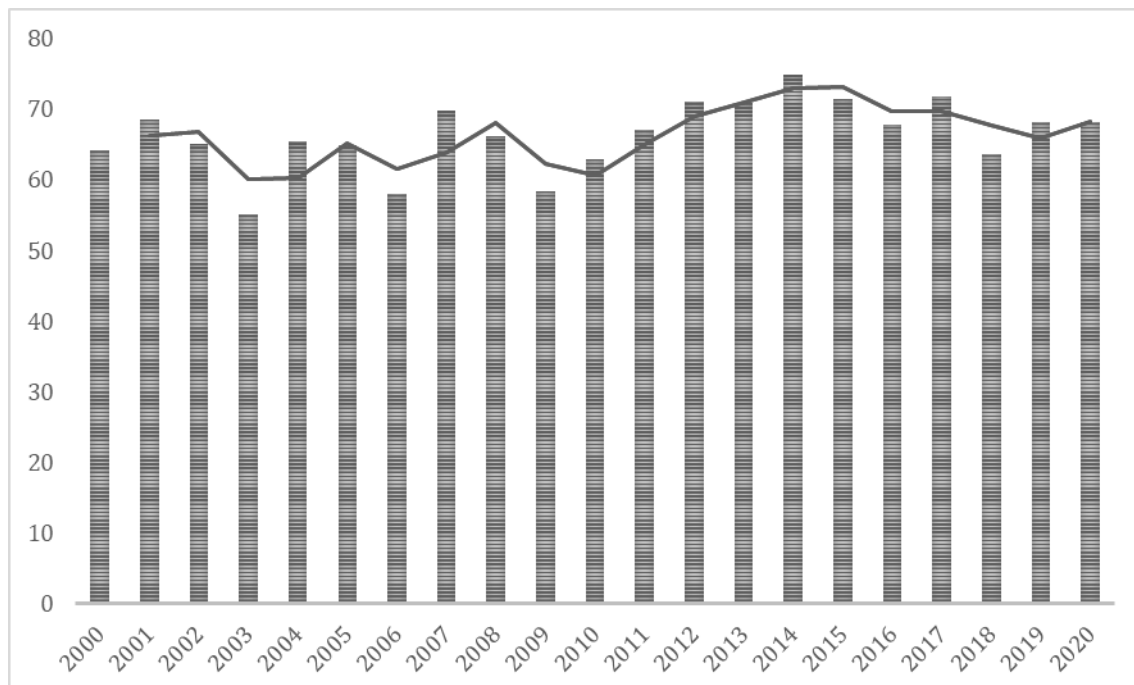
Elaboração da autora com dados do Banco Mundial (2019)

Gráfico 2. Taxa de mortalidade infantil na América Latina por quinquênio (1980-2020)



Elaboração da autora com dados do Banco Mundial (2019)

Gráfico 3. Taxa de expectativa de vida na América Latina (2000-2020)



Elaboração da autora com dados do Banco Mundial (2019)

Outros casos interessantes são os de Bolívia e Peru. No primeiro país, a taxa de mortalidade infantil diminuiu 47% de 1980 a 1999 e 63% de 2000 a 2020. O último regime autoritário na Bolívia durou de 1980 a 1982. No Peru, onde o regime autoritário durou de 1968 a 1980, a queda na mortalidade infantil foi de 62% entre 1980 e 1999 e de 97% entre 2000 e 2020. Nos dois países, houve turbulências políticas nos períodos posteriores ao fim da série de ditadores militares, com renúncias de presidente geradas por mobilização popular na Bolívia e autogolpe e destituições presidenciais no Peru.

Na comparação entre os gráficos de mortalidade infantil e expectativa de vida, se observa que, enquanto há redução contínua do primeiro indicador em quase todos os países da amostra, o segundo tem altas e baixas ao longo dos anos. Apesar de problemas no registro da mortalidade infantil, ela tende a refletir o conjunto das políticas de saúde. A Tabela 7 e o gráfico 4 mostram que Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, México, Panamá, Peru, Uruguai e Venezuela têm médias abaixo da regional (22,46) e da global (29). Já Bolívia, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Paraguai e República Dominicana estão acima das médias.

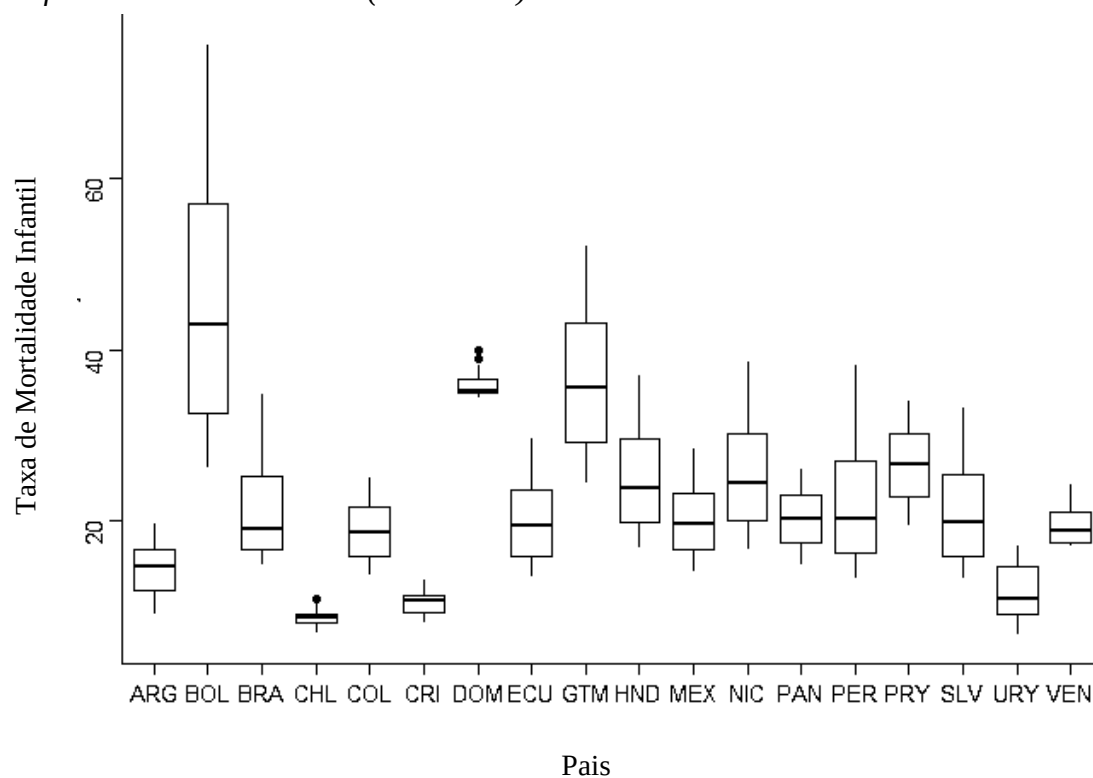
Tabela 7. Medidas de tendência central sobre a taxa de mortalidade infantil na América Latina (2000-2019)

Países	Mínimo	Primeiro quartil	Mediana	Média	Terceiro quartil	Máximo	Intervalo de mediação (máx.-mín.)	Intervalo interquartilístico (Q3-Q1) (II)
Argentina	9,10	11,95	14,70	14,41	16,65	19,60	10,50	4,70
Brasil	14,90	16,60	19,05	21,36	25,23	34,70	19,80	8,63
Bolívia	26,30	32,58	42,85	45,81	57,05	75,60	49,30	24,48
Chile	7,00	8,05	8,75	8,69	9,15	10,90	3,90	1,10
Colômbia	13,60	15,88	18,60	18,86	21,65	25,10	11,50	5,78
Costa Rica	8,20	9,25	10,60	10,46	11,35	13,10	4,90	2,10
El Salvador	13,30	15,95	19,90	21,12	25,48	33,20	19,90	9,53
Equador	13,40	15,78	19,45	20,06	23,73	29,50	16,10	7,95
Guatemala	24,50	29,20	35,55	36,52	43,13	52,10	27,60	13,93
Honduras	16,80	19,80	23,85	25,02	29,55	37,00	20,20	9,75
México	14,10	16,65	19,55	20,13	23,15	28,40	14,30	6,50
Nicarágua	16,60	20,00	24,40	25,52	30,25	38,50	21,90	10,25
Panamá	14,80	17,45	20,20	20,27	23,05	26,00	11,20	5,60
Paraguai	19,50	22,83	26,55	26,58	30,20	33,90	14,40	7,38
Peru	13,30	16,23	20,30	22,24	26,95	38,20	24,90	10,73
República Dominicana	34,40	35,00	35,20	35,98	36,53	40,00	5,60	1,53

Uruguai	6,70	9,20	10,95	11,66	14,58	17,00	10,30	5,38
Venezuela	17,00	17,38	18,80	19,64	21,08	24,20	7,20	3,70
América Latina	6,70	15,38	20,10	22,46	28,03	75,60	68,90	12,65

Elaboração da autora com dados do Banco Mundial (2019)

Gráfico 4. *Boxplot das medidas de tendência central sobre a taxa de mortalidade infantil na América Latina (2000-2019)*



Elaboração da autora com dados do Banco Mundial (2019).

ARG = Argentina; BOL = Bolívia; BRA = Brasil; CHL = Chile; COL = Colômbia; CRI = Costa Rica; DOM = República Dominicana; ECU = Ecuador; GTM = Guatemala; HND = Honduras; MEX = México; NIC = Nicarágua; PAN = Panamá; PER = Peru; PRY = Paraguai; SLV = El Salvador; URY = Uruguai; VEN = Venezuela

4. O desenho de pesquisa

4.1. Descrição das variáveis

Para retratar a capacidade de saúde que o sistema do país está em condições de oferecer à sua população, os indicadores selecionados são a taxa de mortalidade infantil e a expectativa de vida ao nascer, que são as variáveis dependentes deste estudo. As explicações sobre o progresso da saúde pública em âmbito nacional são comumente relacionadas na literatura a variáveis socioeconômicas, como níveis de renda, igualdade e pobreza. Essas medidas podem capturar fatores pertinentes à saúde dos indivíduos, mas há outros que intervêm, inclusive o regime político. Para operacionalizar o conceito de capacidade de saúde, entendido como a preocupação humana de evitar a morte e manter ou melhorar a saúde para que cada indivíduo possa ter a vida que escolha (Ruger, 2009), se considera que: (1) a capacidade de saúde está relacionada com mais fatores do que os socioeconômicos; e (2) ela pode ser mensurada por indicadores de expectativa de vida e mortalidade infantil, como fazem Safaei (2006), McGuire (2010) e Ramos, Flores e Ross (2020).

A taxa de mortalidade infantil pode ser um *proxy* do nível de desenvolvimento de um país (McGuire, 2010). A morte de uma criança menor de cinco anos representa mais anos de vida perdidos do que a morte de uma pessoa adulta ou idosa e tem uma probabilidade maior de ocorrência na ausência das políticas públicas apropriadas. Caso um adulto e um bebê estejam doentes, a morte do segundo é mais provável na ausência de infraestrutura sanitária, hospitais em condições adequadas e próximos ao local de moradia, medicamentos necessários e educação da família em saúde. Segundo McGuire (2010) e Safaei (2006), mais de 70% das mortes evitáveis no mundo são de crianças.

Se Ruger enfoca os Estados Unidos no trabalho de 2009 em que formula seu paradigma de capacidade de saúde, ela se mostra aberta no trabalho de 2020 à aplicação do conceito a países da terceira onda de democratização, como os 18 latino-americanos selecionados de forma não aleatória neste estudo. Apesar de uma seleção randomizada reduzir o grau de parcialidade da análise, tende a ser ineficiente. Os problemas podem variar da falta de dados ao desconhecimento sobre os casos selecionados aleatoriamente

(McGuire, 2010). A escolha deliberada possibilita que a/o pesquisador selecione casos da sua especialidade para os quais tenha acesso a dados e referências.

A operacionalização da qualidade da democracia como variável independente também requer explicações. Não há um acordo na literatura sobre suas dimensões e fontes de dados. Autores como Altman e Pérez-Liñán (2002) e Levine e Molina (2007 e 2011) a limitam a aspectos procedimentais, enquanto Morlino (2015) inclui dimensões para aspectos substantivos relacionados a igualdade e liberdade. Ao mesmo tempo, há questionamentos, inclusive de quem utiliza os dados (Levine e Molina, 2007), sobre o emprego dos indicadores da *Freedom House* como *proxy* de democracia, já que seus índices enfocam liberdades. O projeto V-DEM é uma alternativa de fonte de dados que tem se consolidado, pois tenta dar conta de diferentes visões sobre o regime e oferece índices de democracia eleitoral, liberal, participativa, deliberativa ou igualitária.

A escolha deste trabalho recai sobre o Índice de Democracia Participativa (IDP), justamente porque incorpora a avaliação da participação popular, o que pode favorecer o aprimoramento do sistema de saúde e, por consequência, da capacidade de saúde da população, por meio de uma atuação para influenciar e fiscalizar as políticas adotadas na área. O IDP abrange aspectos como competição eleitoral, direito de voto, lisura das eleições, liberdade de expressão, fontes de informação, responsividade e participação em organizações civis e políticas, como forma de avaliar a participação cidadã tanto em processos eleitorais quanto não eleitorais. A variação do índice se dá entre 0 e 1, sendo que, quanto mais o valor se aproxima de 1, maior é a qualidade do regime.

Outros três indicadores provêm do projeto V-DEM: (1) políticas universais de bem-estar social; (2) igualdade de saúde; e o (3) Índice de Democracia Deliberativa (IDD), que incorpora a avaliação do processo que leva à tomada de decisões. A seleção do IDD como uma medida alternativa de qualidade da democracia é justamente por causa desse componente deliberativo, em que se avalia se os processos de deliberação se baseiam em razão e busca do bem comum. Afinal, se o sistema de saúde está aberto às demandas de uma pluralidade de atores, o IDD avalia a qualidade desse processo.

Os demais indicadores mensuram a presença de políticas públicas universais de bem-estar social e a igualdade de saúde. O indicador “Política pública *means-tested* x política pública universal”, que foi resumido neste trabalho pela sigla PPU, responde a quantas políticas públicas de bem-estar social são condicionadas aos recursos familiares

(*means-tested*) e quantas são virtualmente universais. Uma política condicionada pelos recursos financeiros da família se direciona geralmente a pessoas vulneráveis, como as de transferência condicionada de renda. O PPU varia de 0 a 5, sendo que, quanto mais o valor se aproxima de 5, maior é a propensão das políticas de bem-estar social a atender aos diferentes grupos sociais.

O indicador de igualdade de saúde se compõe de avaliações de especialistas nos países e vai de 0 a 4, sendo que 4 significa uma qualidade alta de saúde primária para toda a população, de modo a que os indivíduos possam exercer seus direitos políticos como cidadãos adultos. Trata-se de um indicador recente do V-DEM que dialoga com o conceito de capacidade de saúde proposto por Ruger (2009). O Quadro 2 apresenta as informações completas sobre as variáveis selecionadas.

Quadro 2. Indicadores extraídos do projeto V-DEM (2022)

Nome (tipo) [código]	Pergunta	Opções de resposta	Escala
Política pública <i>means-tested</i> x política pública universal (avaliação de especialistas) [v2dlunivl]	Quantos programas de bem-estar social são <i>means-tested</i> e quantos beneficiam todos (ou praticamente todos)?	0: Não há, ou de forma muito limitada, políticas de bem-estar social (programas de educação, saúde, seguridade social, geração de emprego e redução da pobreza). 1: Quase todas as políticas de bem-estar social são do tipo <i>means-tested</i> . 2: Muitas políticas de bem-estar social são do tipo <i>means-tested</i> , mas uma parte significativa (como um quarto ou um terço) é universal e potencialmente beneficia a toda a população. 3: As políticas de bem-estar social são divididas igualmente entre universais e do tipo <i>means-tested</i> . 4: Muitas políticas de bem-estar social são universais, mas uma parte significativa (como um quarto ou um terço) é do tipo <i>means-tested</i> . 5: Quase todas as políticas de bem-estar social são universais, com exceção de uma parte pequena que é do tipo <i>means-tested</i> .	Ordinária, convertida em intervalos
Igualdade de saúde	Em que medida alta qualidade de atenção básica de saúde é garantida a todos, de modo suficiente para que exerçam os direitos políticos básicos como cidadãos adultos?	0: Extremo. Devido à má qualidade da serviços de saúde, pelo menos 75% da habilidade dos cidadãos de exercer seus direitos políticos como cidadãos adultos é prejudicada. 1: Desigual. Devido à má qualidade dos serviços de saúde, pelo menos 25% da habilidade dos cidadãos de exercer seus direitos políticos como cidadãos adultos é minada. 2: Um pouco igual. Devido à má qualidade dos serviços de saúde, 10 a 25% da habilidade dos cidadãos de exercer seus direitos políticos como cidadãos adultos é minada. 3: Relativamente igual. Atenção Básica de Saúde é globalmente igual em qualidade, mas por causa da má qualidade dos serviços de saúde, 5 a 10% da habilidade dos cidadãos de exercer seus direitos políticos como cidadãos adultos são	Ordinária, convertida em intervalos

		minados. 4: Igual. Atenção Básica de Saúde é igual em qualidade e menos de 5% dos cidadãos não podem exercer seus direitos políticos básicos como cidadãos adultos.	
Democracia eleitoral (índice) [v2x_polyarchy]	Em que medida o ideal de democracia eleitoral no seu sentido pleno é alcançado?	Intervalo, de baixo para alto (0-1). Segue a fórmula abaixo: $v2x_polyarchy = .5 * MPI + .5 * API$ $= .5 * (v2x_elecoff * v2xel_frefair * v2x_frassoc_thick * v2x_suffr * v2x_freexp_altinf) + .5 * ((1/8) * v2x_elecoff + (1/4) * v2xel_frefair + (1/4) * v2x_frassoc_thick + (1/8) * v2x_suffr + (1/4) * v2x_freexp_altinf)$	O índice é formado tomando a média, por um lado, da média ponderada dos índices que medem a liberdade de associação grossa (v2x_frassoc_thick), eleições limpas (v2xel_frefair), liberdade de expressão (v2x_freexp_altinf), cargos eleitos (v2x_elecoff), e sufrágio (v2x_suffr) e, por outro, a interação multiplicativa de cinco vias entre esses índices. Esta é a metade do caminho entre uma média reta e uma multiplicação rigorosa, ou seja, a média dos dois. É, portanto, um compromisso entre as duas fórmulas de agregação mais conhecidas na literatura, ambas permitindo uma "compensação" parcial em um subcomponente por falta de poliarquia nos outros, mas também punindo países não fortes em um subcomponente de acordo com o argumento do "elo mais fraco". A agregação é feita no nível dos subcomponentes de Dahl, com a única exceção do componente não-eleitoral.
Democracia participativa (índice) [v2x_partipdem]	Em que medida o ideal de democracia participativa é alcançado?	Intervalo, de baixo para alto (0-1). O índice é agregado usando essa fórmula: $v2x_partipdem = .25 * v2x_polyarchy1.585 + .25 * v2x_partip + .5 * v2x_polyarchy1.585 * v2x_partip$	NA
Democracia deliberativa (índice) [v2x_delibdem]	Em que medida o ideal da democracia deliberativa é alcançado?	Intervalo, de baixo para alto (0-1). O índice é agregado usando essa fórmula: $v2x_delibdem = .25 * v2x_polyarchy1.585 + .25 * v2xdl_delib + .5 * v2x_polyarchy1.585 * v2xdl_delib$	NA

Elaboração da autora com dados do V-DEM (Coppedge, 2022b)

4.2. Os testes estatísticos

Os seguintes procedimentos foram feitos no pacote estatístico R: apresentação das medidas de tendência central, testes para avaliar a normalidade da distribuição de dados (Shapiro-Wilkes e Kruskal Wallis), testes de correlação de Tau (T) de Kendall e análise de variância. Além da correlação entre IDP e taxa de mortalidade infantil, foram feitos testes para as demais variáveis: PPU, igualdade de saúde, expectativa de vida ao nascer e IDD. Medidas de tendência central são úteis porque a distribuição dos dados tende a estar em torno do seu centro ou meio (Levin, Fox e Forde, 2014). O terceiro quartil (Q3), por exemplo, abrange 75% dos casos que apresentam aquele valor ou menos, facilitando uma análise preliminar dos dados.

Os testes Shapiro-Wilkes e Kruskal Wallis sobre todas as variáveis rejeitaram a normalidade dos dados e, inicialmente, a hipótese de médias iguais. Por isso, se fez uma verificação par a par. Como as médias e os desvios padrão dos casos não apresentaram distribuição normal, a correlação de T de Kendall foi escolhida. Foram feitos, então, oito testes de correlação não paramétrica (ver Quadro 3) para apurar associações entre as medidas de qualidade da democracia e de universalismo e a saúde pública.

Quadro 3. Descrição dos testes de correlação não paramétricos

Variável independente (x)	Variável dependente (y)	Relação	Correlação ($p < 0,05$)
PPU	Mortalidade infantil	Não linear	Negativa significativa
PPU	Expectativa de vida	Não linear	Positiva significativa
Igualdade de saúde	Mortalidade infantil	Linear	Negativa significativa
Igualdade de saúde	Expectativa de vida	Linear	Positiva significativa
IDP	Mortalidade infantil	Não linear	Negativa significativa
IDP	Expectativa de vida	Não linear	Positiva significativa
IDD	Mortalidade Infantil	Não linear	Negativa significativa
IDD	Expectativa de vida	Não linear	Positiva significativa

Por fim, para determinar semelhança ou não entre os países latino-americanos nas correlações encontradas, se fez uma análise de variância. A pressuposição teórica é que os países apresentem valores semelhantes na medida em que haja maiores níveis de qualidade de saúde. Ambas as técnicas - regressão e análise de variância - determinam se as médias de grupos diferentes variam (Rutherford, 2011).

Como a amostra de 18 países tem níveis diversos de qualidade da democracia, a análise de variância (ANOVA) foi escolhida. Essa técnica compara a média de mais de dois grupos e verifica se são iguais. São n grupos ou condições sem maior incidência do erro Tipo I, a rejeição errônea da hipótese nula (Rutherford, 2011). Quando há mais de dois grupos para comparar, indicando necessidade de mais do que um teste estatístico, as chances de se cometer o erro Tipo I são maiores.

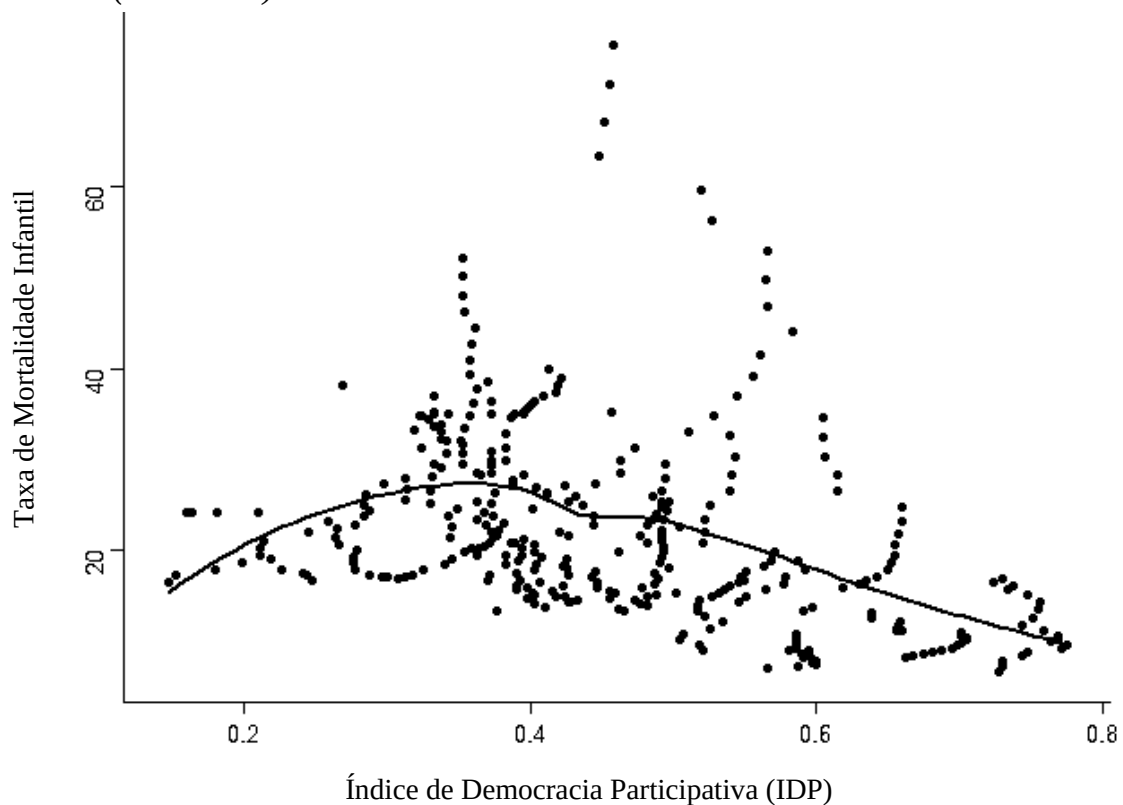
O teste de hipótese da ANOVA tem as seguintes pressuposições sobre a hipótese nula: (1) a variância dos grupos é igual entre todos; e (2) a variável de interesse se ajusta a uma distribuição normal. A técnica realiza uma análise da variação total do grupo de dados de duas formas: (1) variação dentro dos grupos, avaliando discrepância dos dados brutos em relação às médias dos países a que pertencem; e (2) variação entre os grupos, avaliando a própria discrepância entre as médias dos vários países. A variação dentro dos grupos se refere à variação dos valores para determinado país entre um ano e outro, enquanto o segundo tipo de variação se refere às médias entre os países.

Aceitando o nível de significância de 0,05, quanto maior é a variação entre os grupos em relação à variação dentro dos grupos, maior é a probabilidade de rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese de pesquisa. Nesse caso, a Hipótese Alternativa (H1) é: na associação entre IDP e taxa de mortalidade infantil, nem todas as médias são iguais; e a Hipótese Nula (H0) é: na associação entre IDP e taxa de mortalidade infantil, as médias são iguais.

5. Os resultados

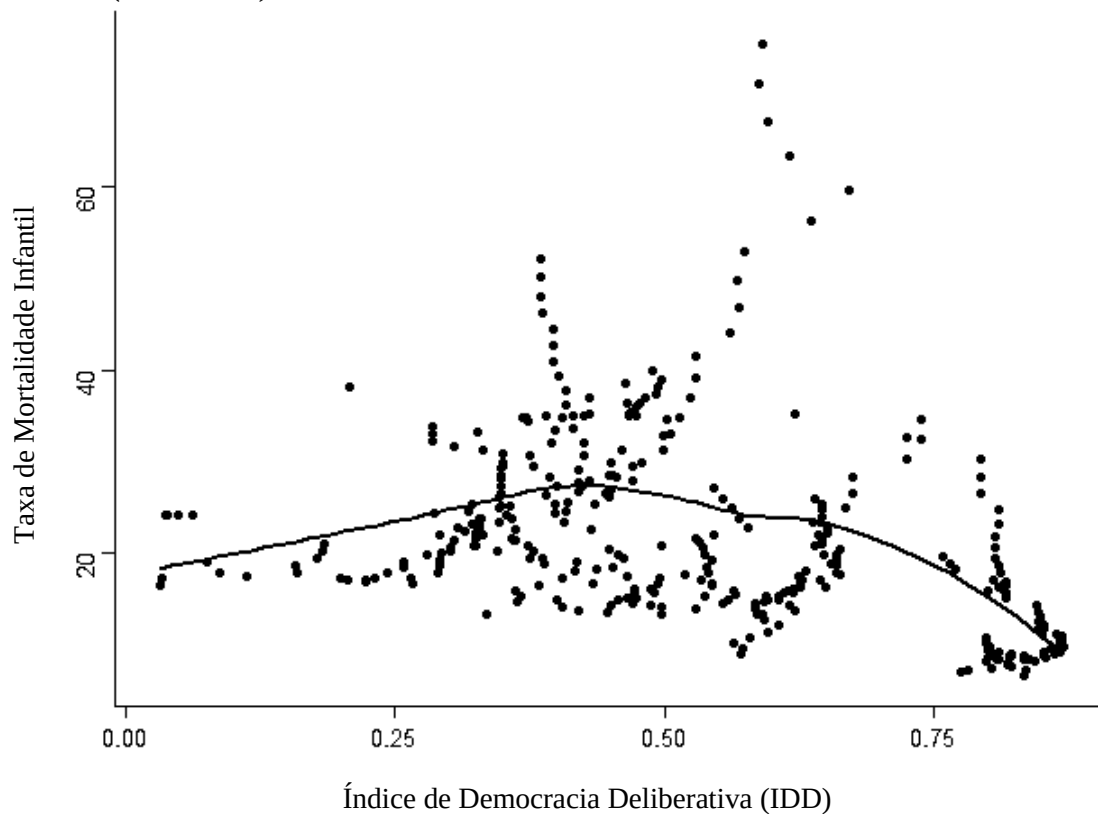
Os testes de correlação encontraram uma associação forte entre a qualidade da democracia e a saúde pública. O gráfico 5 apresenta os resultados do teste de correlação entre IDP e taxa de mortalidade infantil. É uma relação não linear com associação forte e negativa entre as duas variáveis, o que significa que, quanto maior é o IDP, menor é a mortalidade infantil. IDPs menores do que 0,40 não geram efeito positivo sobre a saúde pública. Para valores entre 0,40 e 0,50, há uma estabilização. E para valores superiores a 0,50, o efeito é no sentido da redução da mortalidade infantil. O gráfico 6 apresenta resultados similares para a correlação entre IDD e taxa de mortalidade infantil.

Gráfico 5. Teste de correlação entre IDP e taxa de mortalidade infantil na América Latina (2000-2019)



Elaboração da autora com dados do V-DEM (Coppedge, 2022)

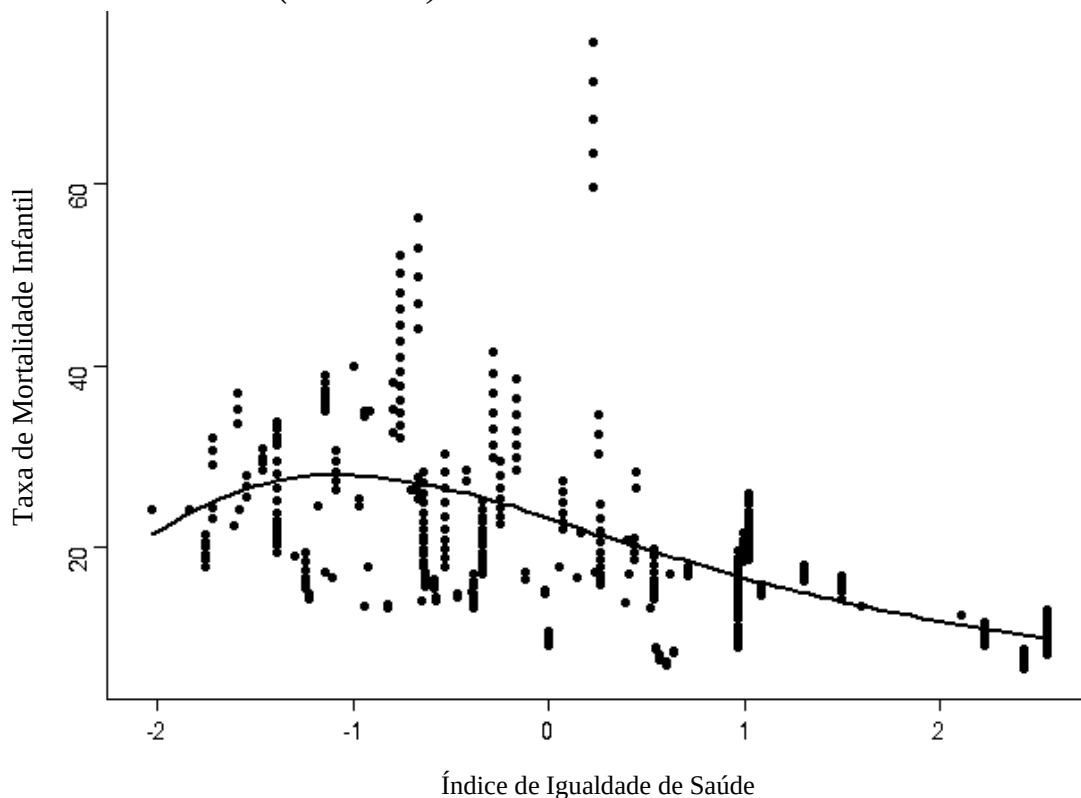
Gráfico 6. *Teste de correlação entre IDD e taxa de mortalidade infantil na América Latina (2000-2019)*



Elaboração da autora com dados do V-DEM (Coppedge, 2022)

A igualdade de saúde também tem correlação forte com a taxa de mortalidade infantil (ver gráfico 7). É uma relação linear com associação negativa, o que significa que, quanto maior é a igualdade de saúde, menor é mortalidade infantil. A correlação encontrada reforça a validade do indicador, incluído recentemente na base do V-DEM, ainda que, para alguns países, os valores permaneçam constantes ao longo do tempo.

Gráfico 7. *Teste de correlação entre igualdade de saúde e taxa de mortalidade infantil na América Latina (2000-2019)*



Elaboração da autora com dados do V-DEM (Coppedge, 2022)

Como o p valor encontrado na análise de variância é menor do que o nível de significância de 0,05 (ver Tabela 8), pode se rejeitar a hipótese nula e concluir que nem todas as médias são iguais. O desvio padrão (S) tem um valor baixo, indicando que o modelo satisfaz aos seus pressupostos. Já a variabilidade da variável dependente, a mortalidade infantil, se explica em pouco mais de 20% pela variável independente, o IDP. Os gráficos 8A, 8B, 8C e 8D apresentam a análise de resíduos do modelo (ver da esquerda para a direita e de cima para baixo).

No gráfico 8 A, a distribuição dos resíduos tem uma tendência não linear. O modelo dispersa pouco além de 0,2, mas vários pontos vão além de -0,2. Uma solução seria incorporar variáveis explicativas ao modelo, como faz Safaei (2006). Além da taxa de mortalidade infantil, ele inclui outros quatro indicadores na sua análise de regressão múltipla: expectativa de vida ao nascer, expectativa de vida ajustada à saúde ao nascer, expectativa de vida ajustada à saúde aos 60 anos e taxa de mortalidade de adultos. E com Gráficos 8A, 8B, 8C e 8D, a rota de incluir mais variáveis se torna mais proeminente.

No gráfico probabilístico normal dos resíduos (8B), há indícios da ocorrência de observações mal ajustadas, por causa do comportamento de vários pontos, sobretudo quando saem da linha reta. A inclusão ou remoção de variáveis poderia ser a solução. Quando os resíduos são padronizados, para que o gráfico residual esteja no mesmo eixo y padronizado, não há melhora (ver gráfico 8C).

O gráfico 8D aplica a distância de Cook, que indica o quão influente é um caso e serve para encontrar *outliers* no conjunto de variáveis preditoras. Com isso, é possível identificar pontos que afetam negativamente o modelo. A medida é uma combinação dos valores de alavancagem e residuais de cada observação. Quanto maiores são a alavancagem e os residuais, maior é a distância do Cook. Valores acima de 0.5 indicam a presença de *outliers* que podem estar afetando o modelo. Por outro lado, a exclusão dos *outliers* não seria a solução, pois há casos importantes entre eles, conforme se detalha nas conclusões. Dessa forma, a opção foi por não excluir pontos fora da curva. A junção e a reanálise de variáveis seriam procedimentos mais apropriados.

Tabela 8. *Análise de variância e sumário do modelo*

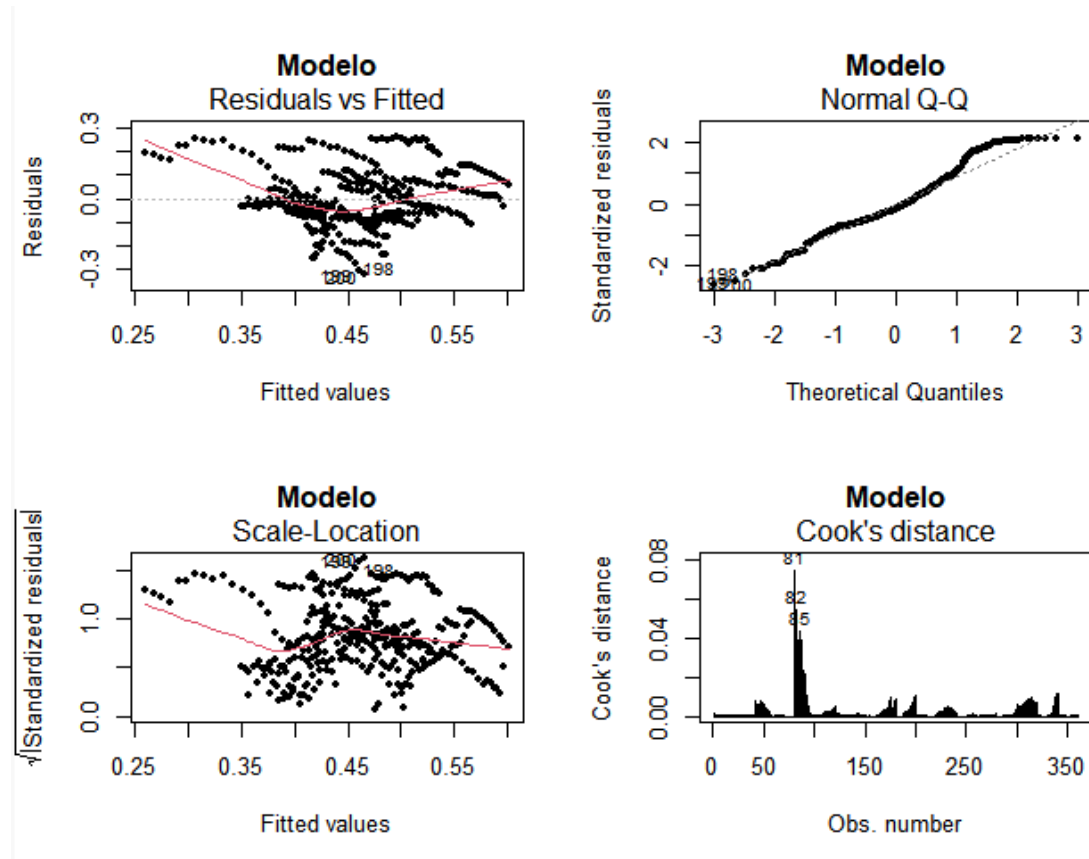
	Graus de liberdade (GL)	Soma dos quadrados (SQ)	Quadrados médios (QM)	Valor F	P valor
Mortalidade Infantil	1	0.9403	0.94029	62.420	0.001
Expectativa de Vida	1	0.4754	0.47535	31.556	0.001
Erro	357	5.3778	0.01506		
Total	359	6.7935			

Sumário do modelo

	S		R2	R2 (aj.)	
(Intercept)	0.369335		20.84%	20.39%	
Mortalidade Infantil	0.001303				
Expectativa de Vida	0.004639				

Elaboração da autora com dados do V-DEM (Coppedge, 2022a) e do Banco Mundial (2019)

Gráficos 8A a 8D. Análise dos resíduos do modelo de ANOVA



Elaboração da autora com dados do V-DEM (Coppedge, 2022a) e do Banco Mundial (2019)

A correlação forte entre os dois elementos não é negado, contudo é válido determinar que a escolha da ANOVA para determinação correlação e causalidade maior deve ser revista, considerando: (1) a inclusão de variáveis ou (2) o descarte total da técnica estatística.

Conclusões

A associação entre qualidade da democracia e saúde pública é complexa e requer análises profundas para que possa ser reforçada ou refutada. De qualquer maneira, os achados deste estudo em convergências teóricas e empíricas já são suficientes para embasar as conclusões apresentadas e a estratégia metodológica de dar um tratamento mais refinado à variável democracia que não seja a dicotomia entre regimes democráticos e não democráticos. Com este trabalho, é possível criar mais capilaridade na literatura da área.

Primeiramente, se observa uma associação forte entre qualidade da democracia e saúde pública. Conforme se vê no gráfico 5, essa associação se apresenta na medida em que a democracia supera a pontuação de 0,40 no IDP. Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Panamá, Peru e Uruguai são os países da amostra cuja média do IDP entre 2000 e 2019 supera esse patamar e cujos indicadores de saúde, sobretudo a taxa de mortalidade infantil, melhoraram ao longo do tempo.

Por outro lado, nem todas as democracias dos países da América Latina, ainda que tenham deixado a transição para trás, são de qualidade média ou alta. No caso dos regimes cujos valores no IDP são inferiores a 0,40, o efeito sobre a saúde pública é inexistente ou negativo, uma conclusão semelhante à de Ramos, Flores e Ross (2020), que tratam a variável democracia de forma dicotômica.

A Guatemala, cujo IDP piorou levemente no período considerado, passando de 0,352 em 2000 para 0,349 em 2019, registrou um crescimento de 390% na sua taxa de mortalidade infantil entre 2000 e 2020 (ver Tabela 6). O país foi de 41 para 201 mortes infantis a cada mil habitantes. Já a República Dominicana teve uma redução de 14% na mortalidade infantil, mas foi uma queda menor do que a média regional de 47%. Ao mesmo tempo, seu IDP foi de 0,413 em 2000 para 0,329 em 2019. A Venezuela é outro país em que a saúde pública decaiu na medida em que a qualidade do regime piorou.

Honduras e Nicarágua são casos desviantes. O IDP do regime hondurenho teve uma piora acentuada, passando de 0,332 em 2000 para 0,247 em 2019, mas a taxa de mortalidade infantil caiu de forma constante no país entre 1980 e 2020. A Nicarágua é um caso mais problemático. Em primeiro lugar, o IDP do país não se alterou ao longo

do período considerado, apesar da piora evidente na qualidade do regime, ao ponto de que Mainwaring e Bizzarro (2019) consideram que houve uma ruptura da democracia em 2008 que não foi superada até agora. Essa contradição entre o IDP e a realidade nicaraguense sugere que há falta de dados para o país no V-DEM. De qualquer maneira, também se pode considerar a Nicarágua como um caso desviante, porque a mortalidade infantil no país teve uma queda maior do que a média regional entre 2000 e 2020, ainda que a qualidade do regime nicaraguense tenha piorado.

A segunda conclusão do trabalho se refere a como sistemas universais de saúde tendem a gerar resultados melhores. Apesar de que as políticas do tipo *means-tested* possam ser uma alternativa para alocar recursos em países com orçamentos limitados, a equidade da cobertura e, por consequência, a capacidade de saúde da população pode ser afetada negativamente. Um problema dessas políticas é a falta de participação dos grupos populacionais que são alvo das iniciativas na formulação e na implementação das políticas, como Cabrera (2021) constata em um caso de estudo no México.

A capacidade de saúde, o florescimento humano em que os indivíduos tenham a liberdade de escolher modos de vida e ações que lhes sejam valiosas, tende a fortalecer na medida em que haja maior participação da sociedade civil e outros atores. Isto é, os mecanismos institucionais que asseguram efetiva participação e deliberação precisam estar funcionando em níveis de alto ou médio padrão. Avaliando qualidade de democracia e saúde pública a partir do paradigma da capacidade de saúde da Ruger (2009) efetivamente estabiliza o direito à saúde com a qualidade do regime. Nesse paradigma, a saúde se tornou, dentro dos países latino-americanos, um bem priorizado pela sociedade e que tem precedência a alguns outros.

Isso se tornou possível na medida em que as eleições e outras formas de participação não-eleitoral foram respeitadas, ressaltando os casos de Uruguai, Costa Rica e Brasil. Suas instituições e sistemas fortaleceram a capacidade de saúde da população por meio da governança compartilhada de saúde, em que trabalhadores do setor, provedores e outros corpos trabalham em conjunto e deliberam com atores cívicos e especialistas para a solução de problemas.

Isso não quer dizer, no entanto, que as problemáticas voltadas ao acesso e à qualidade de saúde, deixam de existir, principalmente reconhecendo sistemas de saúde que segregam populações e bem-estar social de acordo com vínculo trabalhista e outros

impedimentos burocráticos. As conclusões finais desse trabalho apenas enriquecem a história da América Latina, em que lutas para melhorias foram incrementadas na governança de democracias recém-instauradas (nos últimos cinquenta anos), porém reconhecem os grandes buracos que precisam ser preenchidos.

Referências bibliográficas

- Anttonen, Anneli; Sipilä, Jorma. Varieties of Universalism. New Directions in Social Policy: Alternatives from and for the Global South. *United Nations Research Institute for Social Development Conference*, 7 e 8 de abril de 2014, Genebra, Suíça.
- Altman, David; Pérez-Liñán, Aníbal. Assessing the Quality of Democracy: Freedom, Competitiveness and Participation in Eighteen Latin American Countries. *Democratization*, 2002, v. 9, n. 2, p.85-100. DOI: 10.1080/714000256.
- Altuve, Leonardo Di Bonaventura. The Collective Promotion of Democracy in the Americas: The Organization of American States and Authoritarian Backsliding in Venezuela, Nicaragua, and Honduras. Dissertação para Aprovação Parcial no Programa de Relações Internacionais e Estudos Globais. *Universidade do Texas Austin*, EUA, maio 2021.
- Atun, Rifat; *et. al.* Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, n.385, 2015. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9).
- Banco Mundial. Divisão de População das Nações Unidas – Estatísticas de Nutrição e da População. *World Population Prospects*: 2019.
- Basset, Lucy. Can Conditional Cash Transfer Programs Play a Greater Role in Reducing Child Undernutrition? *SP Discussion Paper*, n. 0835, 2008, The World Bank.
- Benchimol, Jaime. Livros, Artigos & Redes: Missionaries of sciences: the Rockefeller Foundation and Latin America. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, junho 1995, n.1. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701995000200015>.
- Besley, Timothy; Kudamatsu, Masayuki. Health and Democracy. *American Economic Review*, n.2, 2006.

- Budowski, Monica. Universalism in Healthcare and Social Citizenship in Chile, Uruguay and Costa Rica. In: Collyer, Fran; Willis, Karen (ed.). *Navigating Private and Public Health Care*. Palgrave Macmillan: Singapore, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-981-32-9208-6>
- Buss, Paulo Marchiori; Labra, María Eliana (org.). *Sistemas de saúde continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. ISBN 85-271-0290-0.
- Cabrera, Marco Ricardo Téllez. Health resource allocation among indigenous peoples from the right to health and health capability approaches: The case of P'urhépecha people. *Global Public Health*, 2021. DOI: 10.1080/17441692.2021.1888387.
- Carvalho, José Murilo de. Primeiros Passos. In: ———. *Cidadania no Brasil: o longo Caminho*. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- Castro, Roberto. Health Care System Delivery: Mexico. In: Cockerham, William C.; Dingwall, Robert; Quah, Stella R. (ed.). *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd. 2014, ed. 1.
- Chiara, Magdalena; Crojethovic, María; Ariovich, Ana. El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde uma aproximación macroinstitucional. *Salud Colectiva*, 2017, n. 13, v. 4. DOI: 10.18294/sc.2017.1312.
- Clark, Mary A. The Meanings of Universal Health Care in Latin America. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 40, n. 1, fev. 2015. DOI: 10.1215/03616878-2854795.
- Coppedge, Michael, et. al. V-Dem [2000-2019] Dataset v12. *Varieties of Democracy (V-DEM) Project*, 2022a. DOI: <https://doi.org/10.23696/vdemds22>.
- Coppedge, Michael et. al. V-Dem Codebook v12. *Varieties of Democracy (V-DEM) Project*. 2022b.

Coppedge, Michal, *et. al.* V-Dem Methodology v12. *Varieties of Democracy (V-DEM) Project*, 2022c.

Cruz-Martinez, Gibrán. Comparative Social Policy in Contemporary Latin America: Concepts, Theories and a Research Agenda. In: Cruz-Martinez, G. (ed). *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*. London: Routledge 2019. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780429471087>.

Dahl, Robert. *Polyarchy: Participation and Opposition*. Chelsea: Yale University Press, 1971.

EFE, Agência. Nicarágua chega a quase mil organizações civis fechadas desde protestos por democracia de 2018. *Gazeta do Povo*, São Paulo, 10 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/mundo/nicaragua-organizacoes-civis-fechadas-desde-protestos-por-democracia-de-2018/>. Acesso em: 12 de setembro de 2022.

Fleury, Sonia. The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017, n.33, sup. 2. DOI: 10.1590/0102-311X00058116.

Fleury, Sonia; *et. al.* Right to Health in Latin America: beyond Universalization. Nações Unidas: Santiago, 2013. Série de Financiamento para Desenvolvimento, n. 249. ISSN 1564-4197

France-Presse, Agence. Nicarágua já não tem 'nenhum traço de democracia', afirma o presidente da Costa Rica. *Correio Braziliense*, 28 de março de 2022. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/mundo/2022/03/4996426-nicaragua-ja-nao-tem-nenhum-traco-de-democracia-afirma-o-presidente-da-costa-rica.html>. Acesso em: 12 de setembro de 2022.

Freedom House. *Countries*, 2021. Disponível em: <https://freedomhouse.org/countries/freedom-net/scores>. Acesso em: 04 fevereiro 2021.

Fuertes, Cecilia Vidal. Universal Health Coverage Assessment: Bolivia. *International Development Research Centre (IDRC)*, Global Network for Health Equity (GNHE): Ottawa, dezembro 2016.

- Gerring, John; Thacker, Strom C.; Alfaro, Rodrigo. Democracy and Human Development. *The Journal of Politics*, v. 74, n.1, jan. 2012. DOI: 10.1017/S0022381611001113.
- Giménez-Caballero, Edgar *et. al.* Asociación entre gastos de bolsillo de salud y pobreza utilizando datos de la Encuesta Permanente de Hogares en Paraguay en el 2014. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, Asunción, v. 19, n. 1, p. 18-30, abril 2021. DOI: <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2021.019.01.18>.
- Jackson, Simon. Bayesian Analysis for Political Research. *Annu. Rev. Polit. Sci.* 2004, n. 7. DOI: 10.1146/annurev.polisci.7.012003.104706.
- Khoo, Su-ming. Health justice and capabilities: A turning point for global health? *International Sociology Review of Books*, 2013, n. 28, v. 2, p.155-167.
- Levin, Jack; Fox, James Alan; Forde, David R. *Elementary Statistics in Social Research*. New Jersey: Pearson, 2014, ed. 12.
- Levine, Daniel; Molina, José. The Quality of Democracy in Latin America: Another View. *Working Paper n. 342*, novembro 2007. The Helen Kellogg Institute for International Studies.
- Levine, Daniel; Molina, José. Evaluating the Quality of Democracy in Latin America. In: ——— (eds). *The Quality of Democracy in Latin America*. Boulder: Lynne Rienner, 2011.
- Lupu, Noam; Rodríguez, Mariana; Zechmeister, Elizabeth J. (eds.). *Pulse of Democracy*. Nashville: Latin American Public Opinion Project - LAPOP, 2021.
- Machado, Cristiani Vieira. Health Policies in Argentina, Brazil and Mexico: different paths, many challenges. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, n.23, v. 7, p. 2197-2212.
- Mainwaring, Scott; Bizzarro, Fernando. The Fates of Third-Wave Democracies. *Journal of Democracy*, v. 30, n. 1, 2019, p. 99-113. DOI: <https://doi.org/10.1353/jod.2019.0008>.
- Mathauer, Inke; Behrendt, Thorsten. State budget transfers to Health Insurance to expand coverage to people outside formal sector work in Latin America. *BMC Health Services Research*, 2017, n.17, v. 145. DOI: 10.1186/s12913-017-2004-y

- McGuire, James William. Wealth, health, and democracy in East Asia and Latin America. New York: Cambridge University Press, 2010.
- Mkandawire, Thandika. Targeting and Universalism in Poverty Reduction. *Social Policy and Development Programme*, n. 23, dezembro 2005.
- Morlino, Leonardo. Qualidades da democracia: como analisá-las. *Sociedade e Cultura*, v. 18, n. 2, p. 177-194, 2015.
- Muiser, Jorine; Saenz, María del Rocío; Bermudez, Juan Luis. Sistema de salud de Nicaragua. *Salud pública de México*, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, enero 2011.
- Navarro, Juan-Carlos; *et. al.* COVID-19 and dengue, co-epidemics in Ecuador and other countries in Latin America: Pushing strained health care systems over the edge. *Travel Medicine and Infectious Disease*, n. 37, 2020.
- O'Donnell, Guillermo. Poliarquias e a (in)efetividade da lei na América Latina. *Novos Estudos CEBRAP*, 51, p. 37-61, 1998.
- OECD. COVID-19 in Latin America and the Caribbean: An overview of government responses to the crisis. *OECD – OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, 4 maio 2020. Acesso em: 9 setembro 2020. Disponível em: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-in-latin-america-and-the-caribbean-an-overview-of-government-responses-to-the-crisis-0a2dee41/>>.
- Pérez-Liñán, Aníbal; Altman, David. Explaining the Erosion of Democracy: Can Economic Growth Hinder Democracy? *The Varieties of Democracy Institute: Série de Working Papers*, 2017, v. 42.
- Pérez-Liñán, Aníbal; Mainwaring, Scott. Regime Legacies and Levels of Democracy. *Comparative Politics*, julho 2013.
- Ramos, Antonio Pedro; Flores, Martiniano Jose; Ross, Michael. Where has democracy helped the poor? Democratic transitions and early-life mortality at the country level. *Social Science and Medicine*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113442>.
- Rosenbaum, Allan; Rodriguez-Acosta, Cristina; Rojas, Maria Victoria. Decentralizing the health service delivery system in an emerging democracy: a case study of

- organizational change, civil society participation and local institution building in Paraguay. *International Review of Administrative Sciences*, 2000, n. 66, v.44.
- Ruger, Jennifer Prah. *Health and Social Justice*. Oxford University Press: New York, 2009.
- Ruger, Jennifer Prah. Social justice as a foundation for democracy and health. *BMJ – Democracy and Health*, outubro 2020. DOI: 10.1136/bmj.m4049
- Rutherford, Andrew. *ANOVA and ANCOVA: a GLM approach*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2011, 2 ed.
- Saddi, Fabiana da Cunha. *Política e saúde no Brasil e no México: em tempos de dupla transição*. Curitiba: Appris, 2014.
- Safaei, Jalil. Is Democracy Good for Health? *International Journal of Health Services*, 2006, v. 36, n. 4, pg. 767–786.
- Silva, Herland Tejerina; *et. al.* Revisiting health policy and the World Bank in Bolivia. *Global Social Policy*, n.11, v.1, 2011. DOI: 10.1177/1468018110391999
- Venkatapuram, Sridhar. *Health Justice: An argument from the Capabilities Approach*. Cambridge: Polity Press, 2011.
- Zhao, Yue; Dilip, Deepika. Survival Analysis of COVID-19 on Democracy with Cox Proportional Hazards Model. *Research Square*, junho 2020. DOI: 10.21203/rs.3.rs-33141/v1.