

4

MAIS SUS EM EVIDÊNCIAS

Condições de Vida e Saúde

agenda
mais  **SUS** Evidências e Caminhos
para Fortalecer a Saúde
Pública no Brasil

 **IEPS**
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

 **INSTITUTO
VEREDAS**
caminhos em políticas públicas

Ficha Técnica

O que é a Agenda Mais SUS?

A Agenda Mais SUS é uma realização do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e da Umame que tem o objetivo de contribuir com o debate público e subsidiar a gestão do Governo Federal a partir de diagnósticos e propostas concretas para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS). A Agenda se destina também a gestores(as) públicos, pesquisadores(as), organizações da sociedade civil e à toda a sociedade.

Realização: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e Umame

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Miguel Lago - *Diretor Executivo*
Rudi Rocha - *Diretor de Pesquisa*
Arthur Aguillar - *Diretor de Políticas Públicas*
Rebeca Freitas - *Diretora de Relações Institucionais*

Umame

Thaís Junqueira - *Superintendente Geral*
Evelyn Santos - *Coordenadora de Projetos*

Autores: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Dayana Rosa
Julia Pereira
Manuel Faria
Marcella Semente
Rebeca Freitas
Sara Tavares
Victor Nobre

Apoio Técnico: Instituto Veredas

Laura Boeira - *Diretora Executiva*
Carol Beidacki - *Pesquisadora*
Renata Penalva - *Pesquisadora*
Bruno Graebin - *Pesquisador*
Viktória Menin - *Pesquisadora*

Coordenação-Geral do Projeto

Rebeca Freitas - *Diretora de Relações Institucionais*

Comunicação e Design

Natasha Mastrangelo - *Analista de Comunicação*
Helena Ciorra - *Revisão de texto*
Estúdio Massa - *Diagramação*

Organizações apoiadoras da Agenda Mais SUS

Conselho Nacional de Secretários
de Saúde (CONASS)
Centro de Estudos e Pesquisas
de Direito Sanitário (CEPEDISA/USP)
Impulso Gov
República.Org
Instituto Veredas
Rede de Ação Política pela
Sustentabilidade (RAPS)
Vital Strategies

Agradecimentos

Agradecemos aos(as) especialistas e organizações que participaram do processo de elaboração da Agenda Mais SUS e que foram imprescindíveis para que o projeto ganhasse vida. Agradecemos também, em especial, à toda equipe IEPS e à revisão e comentários de Agatha Eleone, Daniel Sato, Evelyn Santos, Jéssica Remédios, Leonardo Rosa, Matias Mrejen, Renato Tasca, Rony Coelho e Rudi Rocha.

Observação: Estão listados apenas os(as) especialistas e organizações que autorizaram serem mencionados. O apoio das organizações e contribuição técnica dos especialistas não implica endosso à Agenda Mais SUS em sua totalidade de propostas e mensagens. O IEPS é integralmente responsável pelo conteúdo do documento.

Creative Commons

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os sites nos quais podem ser encontrados os documentos originais:

www.agendamais.org.br

www.ieps.org.br

Informações:

contato@ieps.org.br

+55 (11) 4550-2556

Realização:



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

Apoio Técnico:



Lista de Abreviaturas

ABEP – Associação Brasileira de Estudos Populacionais

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Amib – Associação de Medicina Intensiva Brasileira

APIB – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil

AUDIT – *Alcohol Use Disorder Identification Test* (Teste de Identificação de Transtorno por Uso de Álcool)

CEDEC – Centro de Estudos da Cultura Contemporânea

CEMADEN – Centro Nacional de Monitoramento de Alertas e Desastres Naturais

CER – Centros Especializados em Reabilitação

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

CNCD LGBT+ – Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBT+

CNLGBTQIA+ – Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CONAQ – Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos

CPISP – Comissão Pró-Índio de São Paulo

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

DASNT – Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Dort – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DRSAI – Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado

DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

DTN – Doenças Tropicais Negligenciadas

EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO – Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública

FILAC – Fundo para o Desenvolvimento dos Povos Indígenas da América Latina e do Caribe

FJP – Fundação João Pinheiro

FUNAI – Fundação Nacional dos Povos Indígenas

HFSSM – *Household Food Security Survey Module* (Módulo de Pesquisa de Segurança Alimentar Doméstica)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEPS – Instituto de Estudos em Políticas de Saúde

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

INPA – Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IPCC – Painel Intergovernamental sobre Mudança do Clima

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ISA – Instituto Socioambiental

LBL – Liga Brasileira de Lésbicas

LGBTQIAPN+ – Lésbicas, gays, bissexuais, pessoas trans, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais, não-binário

LOA – Lei Orçamentária Anual

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MS – Ministério da Saúde

Munic – Pesquisa de Informações Básicas Municipais

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde (*Pan American Health Organization*)

PCFA – Populações do campo, da floresta e das águas

PCT – Povos e Comunidades Tradicionais

PENSSAN – Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNSI LGBT – Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais

PNSIPCF – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e Águas

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNSR – Programa Nacional de Saneamento Rural

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNADc – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PNPCT – Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

PPA – Plano Plurianual

PRODES – Projeto de Monitoramento do Desmatamento na Amazônia Legal por Satélite

PRONAF – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

RMM – Razão de Mortalidade Materna

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SESAI – Secretaria de Saúde Indígena

SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIPAD – Superintendência de Inclusão, Políticas Afirmativas e Diversidade da Universidade Federal do Paraná

SIS-IBGE – Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

TGEU – *Transgender Europe* (Europa Transgênero)

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UFMT – Universidade Federal do Mato Grosso

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UnB – Universidade de Brasília

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes

WASH – *Water, Sanitation and Hygiene* (Água Potável Segura, Saneamento e Higiene)

Índice

6	Sumário Executivo	
9	Objetivo e Metodologia	
10	Parte 1: Condições de Vida e os Resultados de Saúde no Brasil	
11	O que são Determinantes Sociais da Saúde?	
14	Para onde caminham os Determinantes Sociais da Saúde e como impactam a saúde no Brasil?	
14	— Renda e Emprego	
18	— Violência	
22	— Educação	
25	— Meio Ambiente	
32	— Insegurança Alimentar	
35	— Moradia	
36	— Discussão	
39	Parte 2: Impactos dos Determinantes Sociais da Saúde sobre os grupos sociais	
40	População Negra	
40	— Perfil da população	
45	— Indicadores de saúde	
46	— Políticas públicas de saúde específicas para a População Negra	
47	— Desafios e recomendações	
50	Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFAs) e Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs)	
51	— Perfil da População do Campo e da Floresta, Quilombola e Indígena	
54	— Indicadores de saúde da População do Campo e da Floresta, Quilombola e Indígena	
59	— As políticas nacionais de saúde das Populações do Campo, da Floresta e Águas, da População Indígena e da População Quilombola	
61	— Desafios e recomendações	
63	População LGBTQIAPN+	
64	— Perfil da população LGBTQIAPN+	
65	— Indicadores de saúde da população LGBTQIAPN+	
66	— Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	
67	— Desafios e recomendações	
69	População com deficiência	
70	— Perfil da população com deficiência	
72	— Indicadores de saúde da população com deficiência	
72	— Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	
73	— Desafios e recomendações	
74	Covid-19 e os Determinantes Sociais de Saúde	
76	— População Negra	
76	— População Indígena	
77	— População Quilombola	
77	— População LGBTQIAPN+	
78	— Pessoas com Deficiência	
79	Referências bibliográficas	

Sumário Executivo

A coletânea “Mais SUS em Evidências”¹ é uma realização do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e da Umane com o objetivo de caracterizar alguns dos principais desafios enfrentados pela saúde pública brasileira e embasar a elaboração de propostas da Agenda Mais SUS, lançada em agosto de 2022.

Nos próximos anos, crescerá a tensão entre a demanda por serviços de saúde e a sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde brasileiro. Esse processo está associado, sobretudo, ao envelhecimento populacional, à mudança na carga de doenças do país (Castro et al., 2019), e ao represamento de procedimentos do SUS que ocorreram durante a pandemia (Bigoni et al., 2022). Há um outro fator, no entanto, que impactará a saúde dos brasileiros e que poderá pressionar ainda mais a demanda do SUS em um futuro próximo: a piora nas condições de vida da população brasileira.

Por meio de uma ampla revisão de literatura, análise de dados primários e de entrevistas semiestruturadas com especialistas e gestores públicos, o quarto e último volume da coletânea se debruça sobre as Condições de Vida e Saúde da população brasileira, buscando descrever como os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que são fatores não-médicos, impactam a saúde da população. O documento não objetiva abordar a totalidade dos fatores socioeconômicos, políticos e ambientais que impactam a saúde da nossa população, mas, a partir de uma abordagem introdutória, busca reunir evidências, apresentar um panorama atualizado e jogar novas luzes a diferentes dinâmicas da vida em sociedade que impactam a vida e a saúde da população brasileira.

O primeiro, e talvez mais alarmante, aspecto discutido aqui é a deterioração recente em diferentes indicadores associados aos DSS no país. A partir de uma revisão da literatura especializada, este diagnóstico sintetiza os mecanismos pelos quais diferentes determinantes agem sobre a saúde da população e a situação dos principais indicadores: como se comportam e para onde caminham os DSS no Brasil? O que esses indicadores dizem sobre o presente e o que apontam para o futuro?

As respostas a essas perguntas exigem a análise de indicadores de DSS em seus diversos âmbitos: indicadores de renda e emprego, educação, moradia, alimentação, violência e fatores ambientais. Nos últimos dez anos, os níveis de desemprego no Brasil alcançaram níveis altos, chegando a 14%, em 2020, e só retornando em 2022 para níveis similares a 2012 (7%). A renda média das famílias permaneceu estagnada nesse período. Os indicadores educacionais mostram que um quarto das crianças de 6 e 7 anos não sabem ler. Os indicadores de desmatamento também

1. Além deste, a coletânea “Mais SUS em Evidências” também é composta por outros três volumes: i) Gestão e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro; ii) Recursos Humanos, Infraestrutura e Tecnologia no SUS; e iii) Saúde Mental. Veja mais em: www.agendamais.org.br.

pioraram, revelando alta na taxa de desmatamento na Amazônia e no Cerrado. Os indicadores de saneamento revelam o lento avanço do saneamento no Brasil, sobretudo na região Norte. Os indicadores de déficit habitacional e moradias inadequadas permaneceram estagnados e em patamares elevados. Os indicadores sobre insegurança alimentar também apresentaram piora, atingindo 57,7% da população em 2022. Os indicadores de violência apresentaram melhora na forma de redução da taxa de homicídios; por outro lado, os homicídios afetaram desproporcionalmente mais a população negra.

A segunda parte do documento destaca que o processo de deterioração dos DSS não afeta todos os brasileiros da mesma maneira. Grupos sociais específicos como a população negra, quilombola, do campo, da floresta e águas, indígenas, LGBTQIAPN² e com deficiência são mais impactados e, de forma preocupante, enfrentam maiores barreiras no acesso ao SUS.

A população negra apresenta, de modo geral, piores resultados em saúde quando comparada à população branca, além de enfrentar maiores dificuldades em obter atendimento. Apesar de contar com uma política específica de saúde, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, esta ainda não foi implementada em cerca de 70% dos municípios brasileiros, e não há rubrica específica para ela no orçamento da saúde.

O mesmo acontece com as Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA) e com os Povos e Comunidades Tradicionais (PCT). Apesar de terem políticas de saúde específicas, não há no orçamento rubricas específicas para a sua implementação. A exceção é a Saúde da População Indígena, que possui estrutura organizacional e orçamento específicos. Essas populações, de forma geral, enfrentam alguns desafios semelhantes, como o isolamento, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a exposição à violência no campo, o ritmo acelerado dos impactos ambientais e a falta de reconhecimento dos saberes e práticas tradicionais dessas comunidades por parte de muitos profissionais de saúde.

Em relação à população LGBTQIAPN+, a falta de conhecimento e os preconceitos de muitos profissionais de saúde se tornam barreiras para o acesso à saúde e o cuidado integral. O estigma em relação a essa população faz com que, em muitos casos, os atendimentos sejam focados em combate às infecções sexualmente transmissíveis ou a algumas especificidades das pessoas transgênero. No geral, existe uma dificuldade em olhar a saúde das pessoas LGBTQIAPN+ na sua integralidade.

Por fim, a análise em relação a pessoas com deficiência aponta que estas frequentemente são atendidas nas condições relativas à sua deficiência, tendo seu cuidado centrado na atenção especializada, muitas vezes sem a efetiva participação da Atenção Primária e sem um cuidado integral.

2. Neste documento, optou-se por não analisar os grupos sociais por ciclos de vida ou outros tipos de categorização que poderiam trazer dificuldade na obtenção de dados.

Destaca-se que as análises sobre as condições de vida e saúde desses grupos populacionais não dispõem do mesmo nível de informação, tendo em vista que diversas lacunas de indicadores, estudos e políticas foram identificadas na elaboração deste documento. Faz-se imprescindível que as informações sobre saúde possam ser desagregadas conforme os diferentes grupos populacionais. Por exemplo, informações sobre orientação sexual e gênero, sobre se a pessoa tem deficiência, ou ainda, se ela pertence a algum grupo prioritário das políticas sociais precisam estar em todos os sistemas da saúde, da mesma forma que a partir de 2017 passou a ser obrigatório a inclusão da informação sobre raça/cor. Ainda, é preciso que essas populações sejam postas em destaque no planejamento e no orçamento das ações de saúde, além de serem protagonistas do planejamento das políticas públicas voltadas a elas.

Os achados desse diagnóstico apontam para a necessidade de um olhar holístico e abrangente em relação ao desenho e à implementação de políticas de saúde no país. Estas não devem se ater somente às estratégias assistenciais operadas pelo SUS, mas considerar as diferentes condições de vida dos grupos sociais existentes no Brasil, pois elas influenciam seus resultados em saúde. O documento aponta ainda para a necessidade de uma maior integração entre SUS, assistência social, segurança pública, ambientes escolares e espaços urbanos, com foco assistencial na população que mais precisa e para que brasileiros e brasileiras possam viver mais e melhor.

Objetivo e Metodologia

A construção desse diagnóstico foi realizada a partir de análises qualitativas e quantitativas com o objetivo de identificar e caracterizar alguns dos principais desafios enfrentados no sistema de saúde brasileiro atualmente, servindo como base para a construção das propostas e priorização de temas tratados na Agenda Mais SUS.

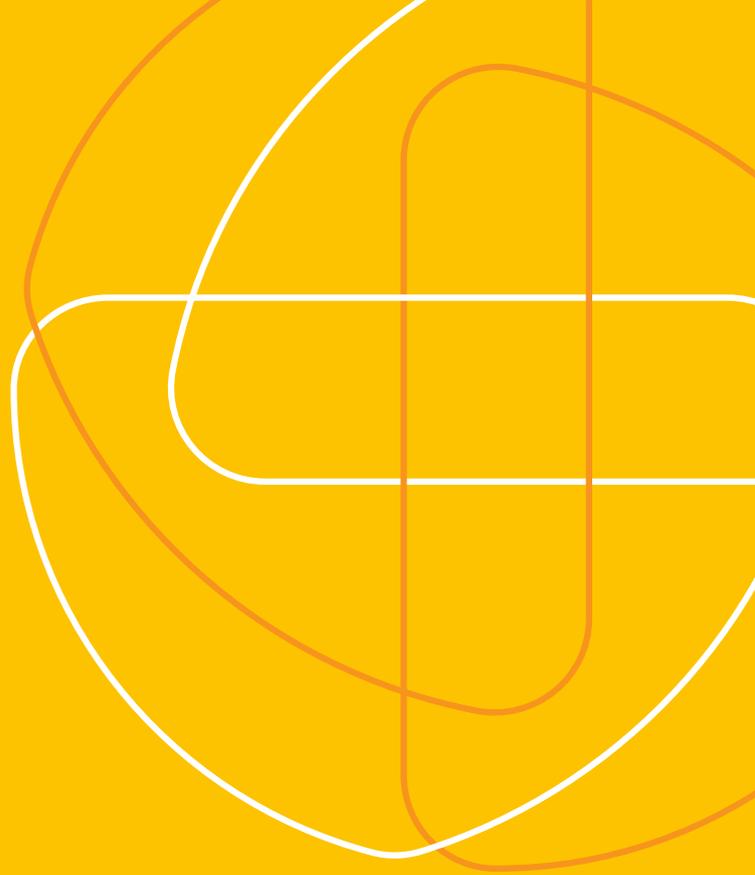
A definição do escopo das análises partiu de temas norteadores, que abarcam pontos críticos do debate sobre a gestão da saúde no país, bem como outros assuntos relevantes tratados na literatura especializada. Ao todo, foram definidos 15 temas prioritários.³

Em cada um dos temas norteadores, fez-se uma ampla revisão da literatura nacional e internacional por meio de consulta a repositórios acadêmicos, considerados de alta qualidade e confiáveis. Foram realizadas as seguintes etapas metodológicas: i) exploração e pré-seleção dos artigos; ii) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autor, ano de publicação, link e principais achados); e iii) consolidação em tópicos de ideias centrais sobre o tema.

Paralelamente, foram feitas entrevistas semiestruturadas com especialistas nas temáticas norteadoras, que permitiram expandir o entendimento sobre a literatura. A revisão bibliográfica e os principais achados das entrevistas foram sintetizados e complementados com referências sugeridas pelas equipes revisoras. Adicionalmente, análises quantitativas foram desenvolvidas com objetivo de ilustrar e evidenciar alguns pontos de discussão conceitual.

Por fim, todos os achados das análises foram relatados em quatro volumes. Este é o último deles.

3. Os temas prioritários definidos na etapa de diagnóstico foram: modelos de gestão em saúde; integração público-privado; financiamento do SUS; recursos humanos em saúde; infraestrutura no SUS; tecnologias de informação e comunicação no SUS; competências interfederativas; regionalização; redes de atenção à saúde; atenção primária à saúde; condições de vida das populações; saúde mental; saúde e meio ambiente; participação social.



Parte 1:

Condições de Vida e os Resultados de Saúde no Brasil

O que são Determinantes Sociais da Saúde?

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são caracterizados como fatores não-médicos que influenciam os resultados de saúde de uma população. São as condições nas quais as pessoas nascem, se desenvolvem, trabalham, vivem ao longo da vida e envelhecem, e o conjunto mais amplo de estruturas que moldam essas condições de vida diária. Estas últimas incluem sistemas econômicos, políticos, agendas de desenvolvimento e as políticas sociais e assistenciais de um país (OMS, 2023b).

A Organização Mundial de Saúde lista como exemplos de DSS: renda e proteção social; educação; desemprego, precariedade laboral e condições de vida no trabalho; insegurança alimentar; habitação, comodidades básicas e meio ambiente; desenvolvimento na primeira infância; inclusão social e não discriminação; conflito estrutural; e acesso a serviços de saúde de qualidade (OMS, 2023b). Podem, ainda, ser considerados outros fatores que influenciam a saúde das pessoas, como os culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (Fiocruz, 2023a).

A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, estabelece em seu artigo 3º o que são determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990).

Os determinantes promovem **iniquidades** na saúde da população. De forma geral, quanto mais baixa a posição socioeconômica, pior a saúde (OMS, 2023b). Não há um rol taxativo de quais são os fatores que afetam a saúde da população e nem de que forma eles podem ser agrupados (Carrapato et al., 2017). Enquanto os fatores individuais se relacionam aos fatores de risco do indivíduo dentro de um grupo, os fatores sociais estão relacionados às diferenças nos níveis de saúde entre os grupos (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

A **promoção da equidade** é um dos princípios do SUS⁴, que reconhece a necessidade de políticas voltadas para grupos específicos e atua para reduzir o impacto dos determinantes sociais na saúde (Fiocruz, 2023b; Brasil, 2023a). A equidade parte da ideia de que os indivíduos devem ser atendidos de acordo com suas necessidades, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas.

Os fatores sociais são responsáveis por explicar, em grande parte, as desigualdades de saúde entre subgrupos populacionais, principalmente as relacionadas a mortes ou doenças por causas evitáveis (Braveman e Gottlieb, 2014; Marmot, 2005; Marmot e Wilkinson, 2005). Um exemplo

4. O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 afirma que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

reside na comparação da mortalidade e da expectativa de vida entre negros e brancos: os primeiros sofrem com maior mortalidade infantil e por causas evitáveis, como as mortes por violência (Marinho et al., 2021). Outro exemplo está na diferença de 18 anos entre a expectativa de vida em países de alta e de baixa renda, e no fato de que 86% das mortes prematuras por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no mundo estão concentradas em países de baixa e média renda (OMS, 2022b; OMS, 2011a). A pobreza pode afetar a saúde de forma tão severa quanto o uso de tabaco, álcool, sedentarismo, hipertensão, obesidade e diabetes (Stringhini et al., 2017).

No Brasil, a criação e expansão do SUS desencadeou uma expressiva redução de desigualdades, e melhora geral nos indicadores de saúde (Castro et al., 2019; Hone et al., 2019; Guanais, 2013). Programas de transferência de renda como o Bolsa Família e o investimento público em saneamento básico também contribuíram com esse processo, com impactos diretos sobre os indicadores epidemiológicos do país (Souza et al., 2021; Guanais, 2013). Apesar disso, profundas iniquidades nos determinantes sociais, na prevalência de doenças e percepção da saúde, e no acesso a serviços públicos de saúde e assistência social ainda persistem (Landmann-Szwarcwald e Macinko, 2016; Faria et al., 2022; Mrejen, Hone e Rocha, 2022; Coube et al., 2023). Durante a emergência de saúde pública instaurada pela Covid-19, tais desigualdades foram as que mais influenciaram o curso da pandemia no país: municípios de menor renda apresentaram número de casos e mortalidade significativamente maiores do que municípios de maior renda (Rocha et al., 2021; Andreucci e Knobel, 2021; Souza et al., 2020a).

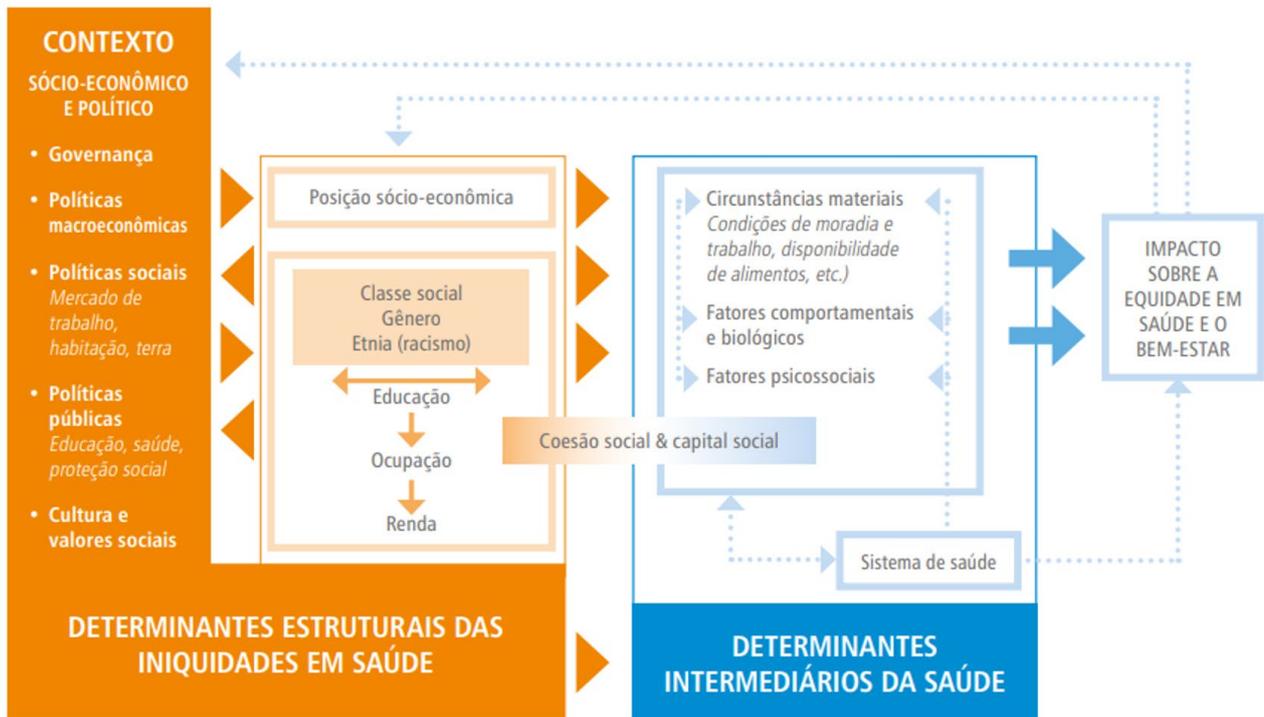
Na literatura, existem diferentes abordagens e modelos de determinação social.⁵ O modelo atualmente adotado pela OMS⁶ é o marco conceitual proposto por Solar e Irwin (2010). Ele concebe o impacto sobre a equidade em saúde e bem estar por meio das dinâmicas entre determinantes estruturais e determinantes intermediários da saúde, que estabelecem níveis de coesão social da comunidade e capital social dos indivíduos (Figura 1):

- I. Os determinantes estruturais das iniquidades em saúde abrangem o contexto político e socioeconômico, de políticas públicas, macroeconômicas e sociais, bem como cultura e valores da sociedade, em interação com a posição socioeconômica e os fatores de gênero, raça e etnia dos indivíduos – e os recursos, poder ou discriminação (racismo) a eles associados;
- II. Os determinantes intermediários da saúde envolvem a estrutura do sistema de saúde disponível e sua interface com as circunstâncias materiais (condições de moradia, trabalho, alimentação, etc.) e fatores comportamentais, biológicos e psicossociais dos indivíduos.

5. Por exemplo: Evans et al. (2001); Smedley e Syme (2000); Juneke (2003); Dahlgren e Whitehead (1991); Solar e Irwin (2010).

6. Em março de 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde para promover a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações. Um ano depois, em 13 março de 2006 foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) com um mandato de dois anos (Brasil, 2008a).

Figura 1 - Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde



Fonte: Solar e Irwin (2010). Extraído de Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde (OMS, 2011b).

Cada um desses fatores atua, diretamente ou por intermédio, sobre a condição de saúde dos indivíduos e, em conjunto, são responsáveis por promover ou não maior equidade na saúde dos indivíduos e da sociedade. No entanto, são os fatores ligados às condições cotidianas de vida, trabalho e renda os que mais contribuem para o aumento das iniquidades em saúde na maioria dos países (Carvalho, 2013; Carrapato et al., 2017).

A partir dessa categorização, propõe-se um exercício de análise de dados e de indicadores – renda e emprego, violência, educação, meio ambiente, insegurança alimentar e moradia – que tracem o panorama da condição de vida dos indivíduos no Brasil no último decênio, e da relação desses indicadores com a saúde da população brasileira.

Para onde caminham os Determinantes Sociais da Saúde e como impactam a saúde no Brasil?

Renda e Emprego

O baixo nível socioeconômico afeta a saúde da população

Existem fortes evidências de que o nível de emprego e renda determinam os resultados de saúde da população de um país (Lutz e Kebede, 2018). Stringhini et al. (2017) verificaram que o baixo nível socioeconômico de um país pode reduzir sua expectativa de vida em mais de dois anos, sendo tão prejudicial quanto o consumo de álcool, a obesidade e a hipertensão.

Hone et al. (2019), analisando a relação entre emprego e mortalidade nos municípios brasileiros, verificaram que o aumento de 1 ponto percentual na taxa de desemprego esteve associado a um crescimento de 0,5 ponto percentual na taxa bruta de mortalidade por todas as causas⁷ para cada 100 mil indivíduos. Esse aumento gerou 31 mil mortes a mais por ano. Soares (2007) observa padrão semelhante, no qual o aumento da expectativa de vida pode ser explicado pelo aumento de 39% no crescimento da renda *per capita* no período analisado.⁸ Observando a associação entre emprego, renda e condições de saúde da população, cabe verificar como esses dois determinantes têm evoluído no Brasil ao longo do tempo.

O trabalho informal é outro desafio que perpassa as condições de vida e saúde dos indivíduos brasileiros. Miquilin et al. (2013), em estudo transversal utilizando dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008, verificaram que trabalhadores informais e desempregados apresentaram maior prevalência no estado de saúde classificada como regular/ruim/muito ruim quando comparados aos trabalhadores formais, além de maior afastamento das atividades habituais por motivos de saúde. Bernardino e Andrade (2015) corroboram essa informação, argumentando que condições de trabalho insalubres, baixas remunerações e extensas jornadas de trabalho estão frequentemente presentes no trabalho informal, e podem desencadear morbidades e transtornos de natureza física e mental.

As condições de emprego e renda pioraram

Em 2012, a taxa de desemprego no Brasil era de 6,9%. A partir de 2015, o desemprego começa a crescer, chegando à taxa de 12,2% em 2016 e atingindo o pico de 14,2% em 2020 – mais que o dobro do observado em 2012 (Gráfico 1). Bridi (2020) e Mattei e Heinen (2020) argumentam que o avanço no desemprego passa a ocorrer de maneira mais forte a partir do quarto trimestre de 2015 – em razão da crise econômica vivida no país durante o período –, e do choque ocasionado

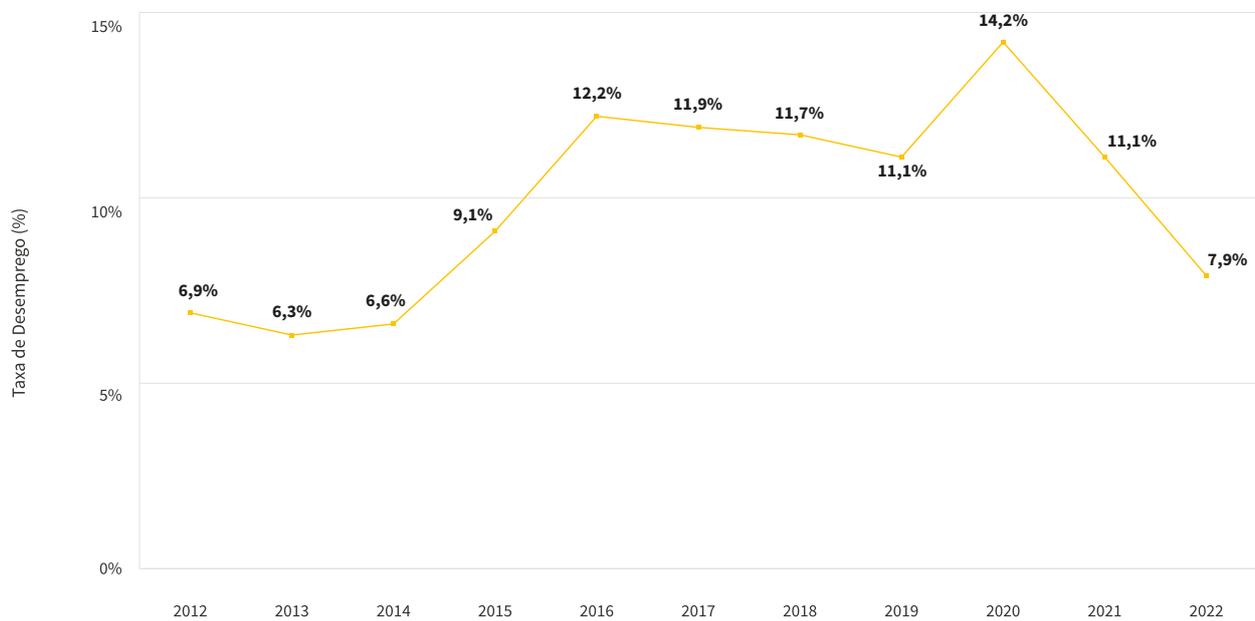
7. Os autores alertam para o fato de que nos municípios com maiores gastos em saúde e programas de proteção social não se observou essa relação.

8. Outros autores também trazem essa relação. Ver mais em: Hitiris e Posnett (1992); Pritchett e Summers (1993).

pela Covid-19 sobre o mercado de trabalho anos depois. Em 2022, a taxa de desemprego ficou em 7,9%, 1 ponto percentual acima de 2012.

No mesmo período, a renda média da população brasileira com rendimento, em 2012, era de R\$ 2.705⁹. Em 2022, R\$ 2.918¹⁰, um aumento de 7,8%. O aumento foi lento e gradual até 2019, quando o rendimento médio atingiu seu auge, R\$ 2.947, decaindo nos anos de pandemia e retomando crescimento em 2022 – porém ainda abaixo do valor observado em 2019. Desigualdades regionais também desempenham papel relevante, visto que menores rendimentos são identificados em regiões menos desenvolvidas (IBGE, 2022c).

Gráfico 1 - Houve aumento considerável da taxa de desemprego durante o período de 2012-2022

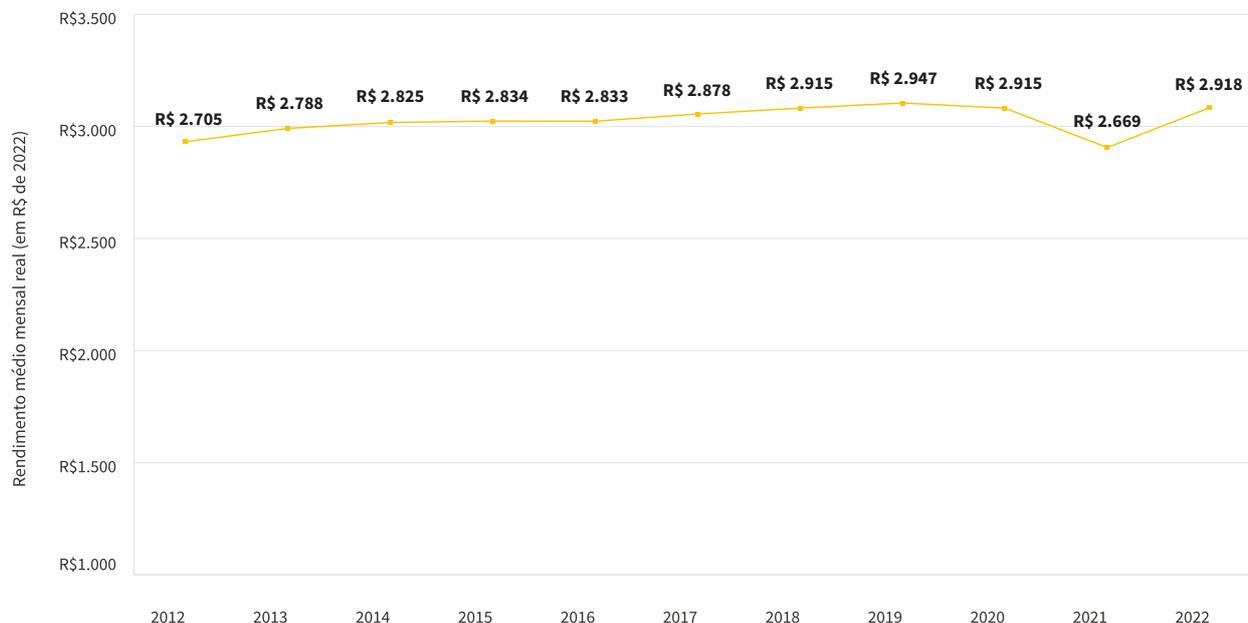


Fonte: PNADc/IBGE (2012-2022).

9. Valores reais de 2022.

10. Valores reais de 2022.

Gráfico 2 - O rendimento médio das famílias brasileiras manteve-se estagnado

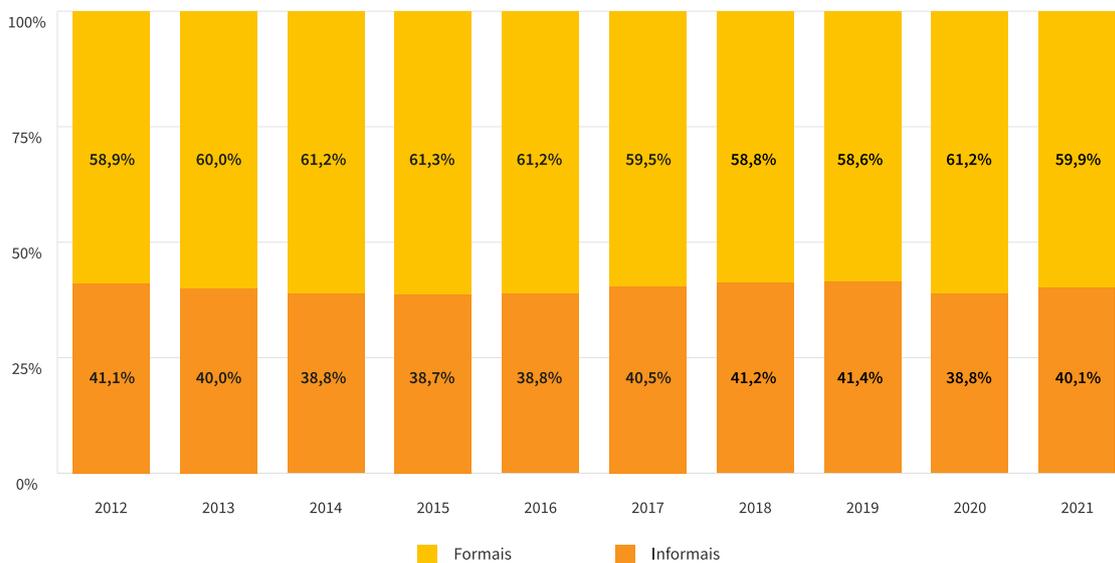


Fonte: PNADc/IBGE (2012-2022). Nota 1) Valores reais corrigidos pelo IPCA do 4T/2022. Nota 2) No Gráfico 2, para o cálculo do rendimento médio mensal de todos os trabalhos estão contemplados os seguintes rendimentos: todos os trabalhos, aposentadoria e pensão, aluguel e arrendamento, pensão alimentícia, doação e mesada de não morador e outros rendimentos. Ver mais em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101950_informativo.pdf.

Dados da Síntese de Indicadores Sociais (SIS-IBGE) revelam que o trabalho informal é uma realidade persistente no país. Entre 2012 e 2021, o número de trabalhadores informais¹¹ brasileiros manteve-se estável, na ordem de 36 milhões. Considerando o mesmo período, o número de trabalhadores formais cresceu apenas 1,5%, passando de 52,7 milhões, em 2012, para 53,6 milhões em 2022 (IBGE, 2022d). Nota-se que a participação relativa de trabalhadores informais é alta no Brasil, visto que representam 40% da força de trabalho. Isso significa que para cada 5 trabalhadores, 2 estão atuando na informalidade.

11. A ocupação informal compreende o trabalhador sem carteira assinada nos setores privado e público, o trabalho doméstico sem carteira assinada, o empregador sem CNPJ, o trabalhador por conta própria sem CNPJ e o trabalhador familiar auxiliar, enquanto a ocupação formal compreende o trabalhador com carteira assinada nos setores privado e público, os militares e estatutários, o trabalho doméstico com carteira assinada, o empregador com CNPJ e o trabalhador por conta própria com CNPJ. Ver mais em: Lameiras et al. (2022).

Gráfico 3 - A participação relativa dos trabalhadores informais é constante no mercado de trabalho brasileiro



Fonte: Síntese dos Indicadores Sociais 2022 (SIS/IBGE).

Embora a economia brasileira se encontre em processo de lenta retomada do crescimento, após o impacto econômico e epidemiológico gerado pela pandemia, a fragilização do mercado de trabalho, a informalidade e a baixa oferta de empregos formais influenciam negativamente as condições de vida da população brasileira (Costa, 2020).

Aumento do trabalho dos entregadores e os impactos na saúde

A “*gig economy*”, ou economia sob demanda, refere-se às relações laborais entre trabalhadores e empresas que contratam essa mão de obra para serviços esporádicos e sem vínculos empregatícios. Nos últimos anos, esse modelo de contratação cresceu significativamente, sobretudo a partir da pandemia de Covid-19. Nos EUA, estima-se que 34% da força de trabalho fazem parte dessa economia; no Brasil, Goes et al. (2021) estimam esse percentual em 31%. Até 1,4 milhão de trabalhadores do setor de transporte podem estar em alguma atividade de *gig economy*. Os autores destacam ainda a explosão, entre 2016 e 2021, do número de trabalhadores no transporte de mercadorias, que aumentou em mais de dez vezes. Aproximadamente 60% deles são negros e 95%, homens (Lapa, 2021).

Na pré-pandemia, o Brasil ocupava a quinta posição no ranking mundial das vítimas de trânsito, atrás de Índia, China, Estados Unidos e Rússia. Morriam cerca de 30 mil pessoas por ano, e mais de 300 mil pessoas apresentavam lesões graves em decorrência desses acidentes (Carvalho, 2021). Os motoristas de motocicleta são mais acometidos por acidentes de trânsito do que os motoristas de automóveis, e a prevalência de acidentes no país é maior nas regiões Centro Oeste, Norte e Nordeste (Guimarães et al., 2023a). A taxa de mortalidade masculina por acidentes de moto aumentou de 7,3 por 100 mil habitantes, em 1990, para 11,7 por 100 mil em 2019 (Malta et al., 2022). Destaca-se ainda uma pesquisa sobre cirurgias eletivas em Salvador (BA), em que se observou que 51% dos pacientes estavam em situação de trabalho no momento do acidente (Ganem e Fernandes, 2020).

Nos perfis dos mortos e lesionados por acidentes de trânsito, principalmente entre os motociclistas, percebeu-se uma maior prevalência dessas ocorrências na população negra. Com a melhoria da qualidade dos dados sobre raça/cor, pôde-se constatar uma maior disparidade racial nas taxas e proporções de mortalidade e internação por acidentes de motocicletas: enquanto, em janeiro de 2016, as taxas mensais de mortalidade para brancos e negros foram de 0,05 e 0,06 a cada 100 mil habitantes, respectivamente, em 2021, a taxa permaneceu a mesma para brancos e aumentou para 0,08 para negros (Coelho e Campos, 2023).

Violência

A violência afeta a saúde de uma população

A violência é caracterizada como o uso intencional de força física ou poder que resulta em danos psicológicos como morte ou lesões, seja contra si, outra pessoa ou uma comunidade (Dahlberg e Krug, 2006). Na medida em que a violência pode desencadear problemas físicos e mentais aos indivíduos, ela é considerada um dos DSS (Rivara et al., 2019).

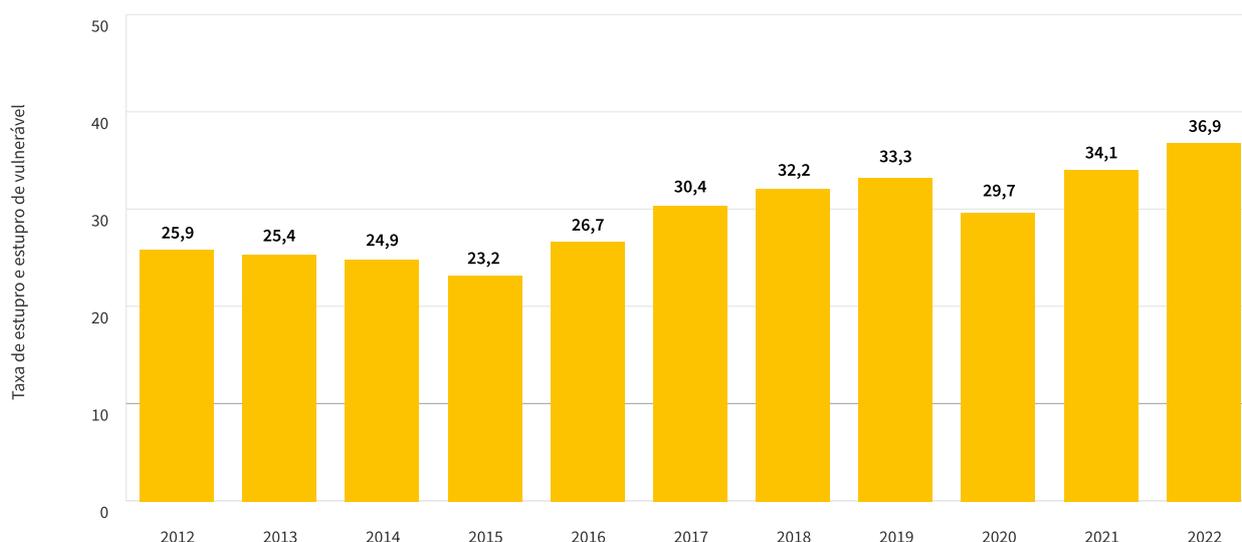
Um relatório da OMS mostrou que mulheres que sofreram violência sexual por parceiro íntimo tinham 16% mais chances de terem filhos com baixo peso ao nascer, eram duas vezes mais propensas a ter depressão, e tinham 1,5 vezes mais chances de adquirir HIV, quando comparado a mulheres que não sofreram violência (OMS, 2013). Crianças e adolescentes que foram vítimas ou testemunhas de crimes também apresentam aumento no risco de terem ansiedade e depressão (Margolin, 2010, Hildebrand et al., 2015). No Brasil, as mulheres apresentam maiores riscos de serem vítimas de violência e, sendo vítimas, de desenvolverem depressão em decorrência da violência (Mrejen et al., 2023). A chance de sofrer depressão foi quase quatro vezes maior entre as vítimas de violência do que entre não vítimas, e duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens para qualquer nível de renda, raça/etnia ou faixa etária.

Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2023) mostram que o número de estupro¹² e estupro de vulnerável¹³ no país aumentou 47% nos últimos dez anos. Entre 2013 e 2022, o acumulado de vítimas desse tipo de violência foi de 610.727 vítimas, chegando a quase 75 mil boletins de ocorrência registrados em 2022. Nesse mesmo ano, a cada 100 mil mulheres, 63 foram vítimas de estupro; entre menores de idade, a taxa foi de 104 estupros para cada 100 mil crianças e adolescentes. Esses números, no entanto, representam uma pequena fração da realidade, visto que há uma alta prevalência de subnotificações para esses casos – um estudo do IPEA (2023) estima que somente 8,5% dos casos de estupro são registrados pelos órgãos da segurança pública.

12. O Código Penal brasileiro, em seu art. 213, estabelece como crime de estupro “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”.

13. O estupro de vulnerável é definido no art. 207-A do Código Penal brasileiro e caracteriza os casos de estupro envolvendo vítimas com menos de 14 anos de idade e pessoas adultas que sejam incapazes de consentir (por enfermidade, deficiência ou por não ser capaz de oferecer resistência).

Gráfico 4 – Houve aumento nas taxas de estupro e estupro de vulnerável entre 2012 e 2022



Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2023.

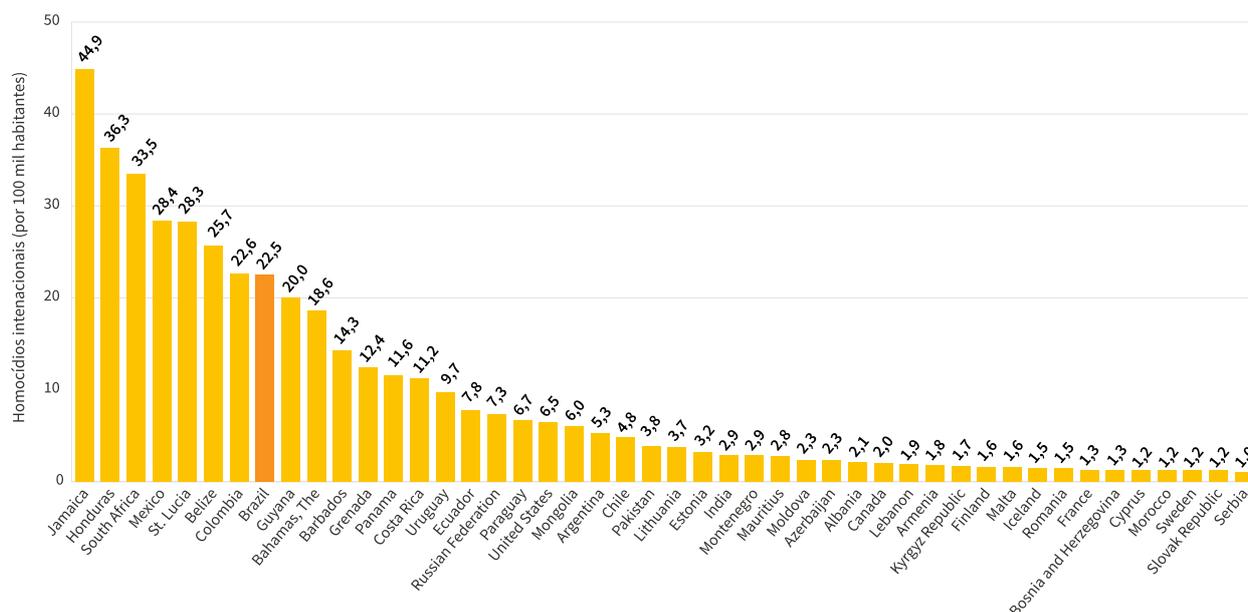
García e Aburto (2019), em estudo relacionando violência com a expectativa de vida de homens e mulheres na Venezuela, verificaram que haveria ganho adicional de 1,55 ano na expectativa de vida masculina e queda na diferença entre as expectativas de vida de homens e mulheres caso as taxas de homicídio no país diminuíssem. Sharkey e Fridson (2019), analisando o caso de homens afro-americanos nos Estados Unidos, identificaram que, após os anos 1990, a queda nos homicídios levou ao aumento de 0,8 ano na expectativa de vida ao nascer para esse grupo¹⁴. Em estudo comparativo entre o México e o Brasil, González-Perez et al. (2017) encontraram que as mortes por violência foram responsáveis por 16% dos anos de esperança de vida perdidos entre os homens entre 2012 e 2014.

A violência é recorrente na vida da população brasileira e afeta mais a população negra

A violência no Brasil consiste em um problema que afeta toda a sociedade, causando sofrimento, generalizando o medo e produzindo danos profundos na economia (Soares, 2015). Em perspectiva comparada, o Brasil se destaca negativamente: em 2020, foi registrada taxa de 22,5 homicídios intencionais para cada 100 mil habitantes, representando o 8º lugar entre 46 países (Gráfico 5). Comparado com os países da América Latina, o país sobe para a terceira posição, ficando atrás apenas do México e da Colômbia, que alcançaram taxas de 28,4 e 22,6, respectivamente.

14. Os autores calculam o ganho na expectativa de vida comparando a expectativa recente ao que teria sido caso se mantivessem as taxas de homicídio calculadas em 1991. A taxa de homicídio nos Estados Unidos oscilou entre 7,9 e 10,2 homicídios por 100 mil habitantes de 1970 até o início dos anos 1990; em 2014, essa taxa era de 4,5 por 100 mil (Sharkey e Fridson, 2019).

Gráfico 5 - Em 2020, o Brasil figurou entre os países com maiores números de homicídios intencionais para cada 100 mil habitantes



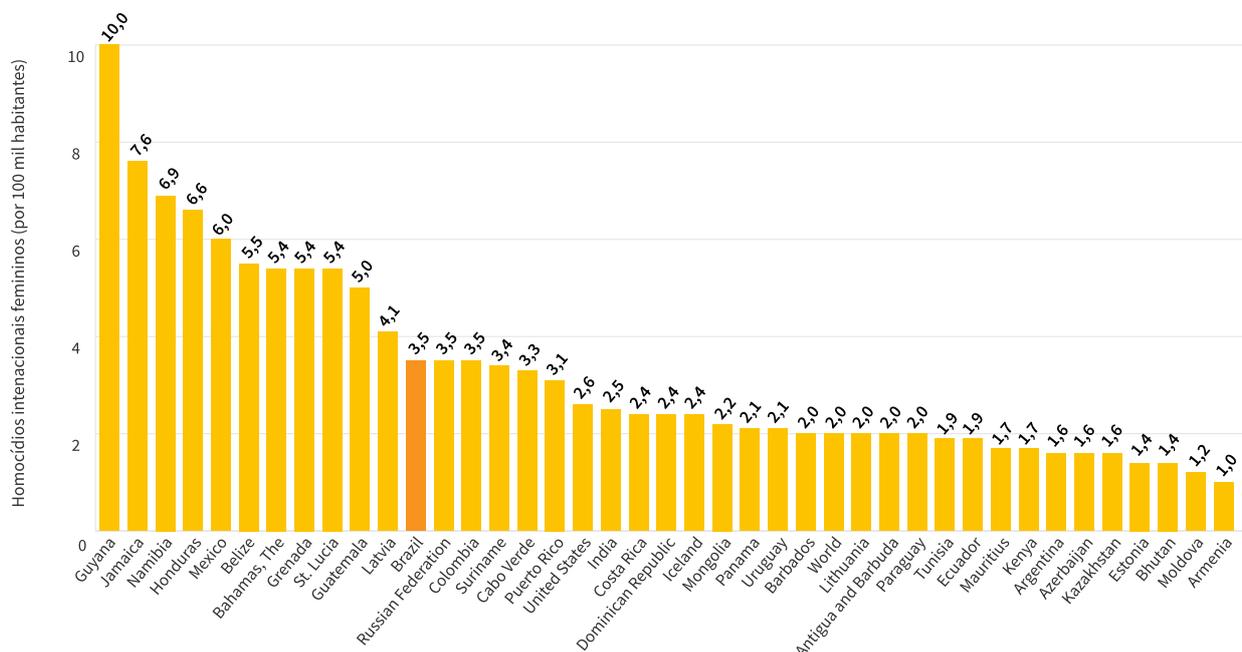
Fonte: World Bank (2022). Foram considerados apenas os países que possuíam dados de homicídios intencionais no ano de 2020 e que apresentaram pelo menos 1 homicídio para cada 100 mil habitantes. Em função da falta de disponibilidade de dados de homicídios de alguns países, o ranking brasileiro pode estar subestimado ou superestimado.

Analisando os homicídios na população feminina, o Brasil ocupou a 12ª colocação no ranking geral e o segundo lugar da América Latina. Segundo relatório do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), entre 2018 e 2022, houve crescimento de cerca de 20% no número de vítimas de feminicídio no Brasil. Em 2022, 35,6% dos homicídios contra mulheres, no Brasil, foram classificados como feminicídios (FBSP, 2023).

Os homens são vítimas de, pelo menos, 90% das mortes violentas intencionais no Brasil, independente do tipo de ocorrência¹⁵. Desde 2017, a taxa de homicídios registrada pela segurança pública vem diminuindo no país, passando de 30,9 para 23,3 por 100 mil habitantes em 2022 (FBSP, 2023). Por outro lado, relatório do IPEA (2021) aponta que, a partir do mesmo ano, a proporção de mortes violentas por causa indeterminada passou a aumentar significativamente, dificultando a estimativa das taxas por causa de óbito.

15. As mortes violentas intencionais podem ser tipificadas como homicídio doloso, latrocínio, lesão corporal seguida de morte ou morte decorrente de intervenção policial.

Gráfico 6 - Em mortes intencionais de mulheres, o Brasil também se mostra com patamar consideravelmente alto



Fonte: World Bank (2022). Foram considerados apenas os países que possuíam dados de homicídios intencionais no ano de 2020 e que apresentaram até 1 homicídio para cada 100 mil habitantes. Em função da falta de disponibilidade de dados de homicídios de alguns países, o ranking brasileiro pode estar subestimado ou superestimado.

A violência resultante em morte é um fenômeno que atinge de forma mais intensa a população negra: em 77% dos homicídios, as vítimas eram pessoas negras (FBSP, 2023). Entre 2009 e 2019, a diferença média na taxa de homicídios entre as populações negra e não negra foi de 21,9 homicídios por 100 mil habitantes¹⁶. A taxa de risco relativa¹⁷ de homicídio da população negra em relação à não negra é de 2,6 (IPEA, 2021).

A violência gera custos para o SUS

Os custos que resultam da violência também impactam de forma intensa o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Rodrigues et al. (2009), em 2004, apenas para o atendimento às vítimas de causas externas¹⁸, agressões e acidentes de trânsito, o custo total do SUS teria sido de R\$ 7,4 bilhões, sendo R\$ 5,9 bilhões para causas externas, R\$ 1,2 bilhão para acidentes de trânsito e R\$ 323 milhões para agressões¹⁹. Esse custo representa cerca de 4% do gasto público total em saúde. Cerqueira et al. (2007) em análise similar, mas investigando não apenas internação como tam-

16. A média da taxa de homicídios para a população negra foi de 36,98 homicídios a cada 100 mil habitantes e para a população não negra, de 15,06 a cada 100 mil.

17. O risco relativo é a probabilidade que um indivíduo do grupo tem quando comparado ao indivíduo de outro grupo.

18. Em causas externas, estão inseridos traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Nesse grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação).

bém o tratamento desses pacientes, apontaram o custo para o tratamento de vítimas de causas externas, de acidentes de trânsito e agressões em R\$ 10,3 bilhões, R\$ 2 bilhões e R\$ 560 milhões, respectivamente.¹⁹

Em suma, é flagrante o quanto a violência e os impactos dela decorrentes têm se mostrado frequentes e dominantes no Brasil ao longo dos últimos anos. Diferentes estudos mostram que essa tendência tem associação, direta ou indireta, com indicadores de desenvolvimento humano, como nível de renda e pobreza, ressaltando uma complexidade que não pode ser explicada de modo linear e unicausal (Lima et al., 2005; Souza e Lima, 2006) e que, por sua vez, também influenciam na saúde e condições de vida da população.

Educação

Melhoria na educação melhora os indicadores de saúde

A educação configura-se como um DSS fundamental para as condições de vida e saúde de uma população (Zajacova e Lawrence, 2018; Fletcher, 2015). Estudos mostram que maiores níveis de escolaridade estão correlacionados positivamente com uma diminuição da mortalidade adulta e infantil e com o aumento da expectativa e da qualidade de vida em uma nação (Raghupathi, 2020; Cutler et al., 2011; Fuchs et al., 2010; KC e Lentzner, 2010; Meara et al., 2008). A educação pode ter o potencial de mudar crenças e comportamentos de saúde (Feinstein et al., 2006). O contrário também se mostra verdade. Isso porque há evidências de que o enfoque integral na escola para promover a saúde e bem-estar melhora o desempenho acadêmico, a frequência escolar e a permanência na escola (OPAS; Unesco, 2022).

Lleras-Muney (2005), analisando indivíduos nascidos nos Estados Unidos entre 1914 e 1939, constatou que um ano a mais de escolaridade pode reduzir a probabilidade de óbito nos dez anos seguintes em 3,6 pontos percentuais. Spasojevic (2003), em estudo semelhante que analisou nascidos na Suécia entre 1945 e 1955, identificou que para cada um ano a mais de educação, há redução de 18,5% no risco de problemas de saúde.

Currie e Moretti (2002) constataram, ao analisar a inserção de mulheres grávidas em universidades americanas, que o aumento da escolaridade materna pode influenciar em uma redução de 12% na probabilidade de baixo peso das crianças ao nascerem e de 20% na ocorrência de parto prematuro. Os achados para o caso brasileiro não fogem à regra. Analisando o aumento da oferta de escolas em 4.884 municípios brasileiros entre 1997 e 2009, Koppensteiner e Matheson (2021) estimam que um aumento de uma escola a cada 100 mulheres reduz a taxa de natalidade de uma coorte adolescente entre 0,250 e 0,563 nascimentos por 100, o que implica, aproximadamente,

19. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez./2022.

na redução de um nascimento a cada 50 a 100 alunas que se matriculam no ensino médio.

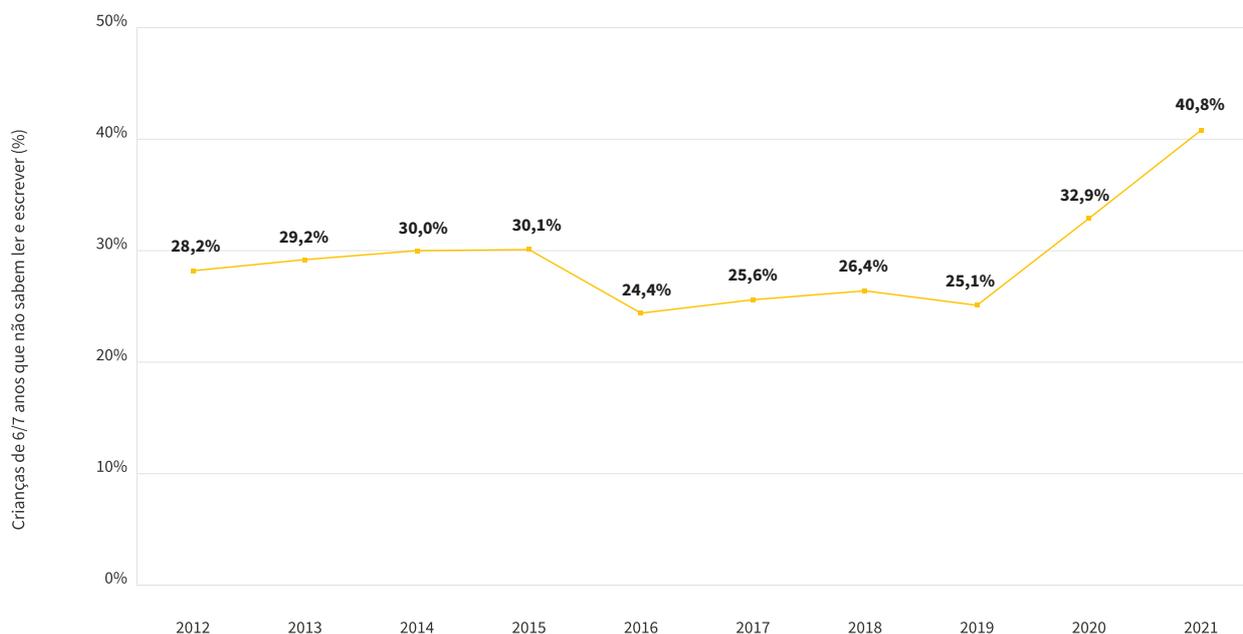
Cerqueira e Moura (2013), em estudo medindo o efeito causal entre aumento de anos de escolaridade e redução da taxa de homicídios para municípios brasileiros, verificaram que para cada 1% a mais de jovens entre 15 e 17 anos dentro das escolas, há uma redução de 2% nos homicídios. Rosa et al. (2022) corroboram essa informação. Em estudo medindo o efeito do programa de expansão para ensino integral no estado de Pernambuco, os autores verificaram uma redução de 12 pontos percentuais nas taxas de homicídios do estado.

A Educação no Brasil ainda encontra-se aquém do ideal

Na qualidade de componente fundamental para as condições de vida e saúde, faz-se necessário acompanhar o panorama da educação no país. A educação pode ter efeitos de longo prazo na saúde e bem-estar desde a creche e pré-escola (Cohen e Syme, 2013). Nessa etapa fundamental do desenvolvimento, a educação infantil contribui para melhor nutrição e maior monitoramento da saúde das crianças (Belfield e Kelly, 2013), além de melhorar a saúde e reduzir os comportamentos de risco para a saúde na idade adulta (Muennig et al., 2011).

Com a pandemia de Covid-19, os indicadores educacionais deterioraram significativamente. No caso da educação básica, uma série de mudanças tiveram que ser implementadas no cotidiano escolar, sobretudo na adaptação a novas formas de ensino, especialmente a inclusão da educação à distância e o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) (Souza, 2020). Em 2012, o percentual de crianças com 6 e 7 anos que não sabiam ler nem escrever era de 28,2% (Gráfico 7); em 2021, 40,8%, um aumento de 12,6 pontos percentuais. Embora a Covid-19 tenha sido uma das principais responsáveis por esse aumento, até 2019 – período pré-pandemia –, o percentual de crianças que não sabiam ler nem escrever se manteve em torno de 27,6%.

Gráfico 7 - A proporção de crianças brasileiras de 6-7 anos que não sabiam ler e nem escrever piorou após a pandemia



Fonte: PNAD/IBGE. Adaptado a partir de Todos pela Educação (2021c).

Em 2022, 95,2% das crianças com idade entre 6 e 14 anos frequentavam a escola na etapa educacional apropriada para essa faixa etária – a educação básica²⁰; em comparação com 2018, essa taxa reduziu 2,2 pontos percentuais.²¹ Apesar da melhora nos indicadores de escolarização²² e desempenho²³ no Brasil, quando desagregados por grupos populacionais, os avanços educacionais ocorrem de forma heterogênea²⁴ (Todos pela Educação, 2021b). Por exemplo, quando estratificados por raça/cor, os resultados educacionais apontam para o aprofundamento de diferenças raciais²³.

Os indicadores revelam dificuldades de aprendizagem e abandono escolar ao longo das séries. Enquanto 95,2% das crianças de 6 a 14 anos frequentavam a educação básica, só 75,2% dos jovens de 15 a 17 anos frequentavam o ensino médio (ou o haviam concluído) – taxa quase 10 p.p. abaixo da meta estabelecida pelo Plano Nacional de Educação (PNE). No Gráfico 8, é possível observar que, apesar da redução na taxa de distorção idade-série²⁵ entre 2013 e 2022, o percentu-

20. A educação básica corresponde às séries do 1º e 9º ano do ensino fundamental.

21. Os dados são do módulo de Educação da PNAD Contínua 2022 (IBGE, 2023c).

22. A Educação Infantil (EI) foi ampliada, a taxa de matrícula nos Anos Iniciais do Ensino Fundamental é quase universal e cerca de 80% dos adolescentes cursam os Anos Finais do Ensino Fundamental, sendo que bem mais da metade agora avança para o Ensino Médio (Todos pela Educação, 2021b).

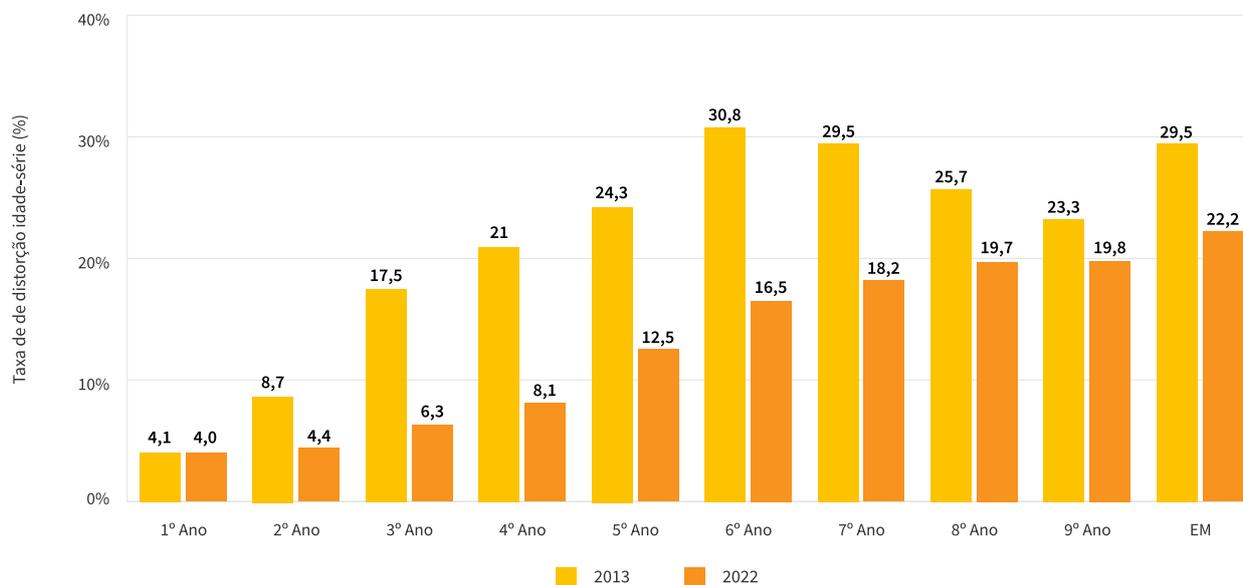
23. Embora as notas de Português e Matemática dos estudantes de 5º e 9º ano do ensino público tenham aumentado entre 2007 e 2017, esse crescimento foi maior para estudantes brancos (Barbosa, França, Portella, 2023).

24. Metade dos jovens de 15 anos no Brasil não tem um nível básico de proficiência em leitura, em comparação com a média de, aproximadamente, 20% nos países da OCDE (Todos pela Educação, 2021b).

25. Percentual de estudantes com dois ou mais anos de idade acima daquela esperada para frequentar determinada série.

al ainda é alto, particularmente nos anos finais do ensino fundamental e no ensino médio, nos quais 19,8% e 22,2% dos estudantes que frequentavam a escola estavam pelo menos dois anos atrasados em relação à série apropriada, respectivamente.

Gráfico 8 - Distorção idade-série diminuiu para todos os anos entre 2013 e 2022, mas permanece alta nos anos finais



Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

A fim de captar o nível educacional geral de uma população, observa-se o nível de instrução mais alto alcançado pelas pessoas com 25 anos ou mais de idade. Em 2022, 34% da população adulta brasileira dessa faixa etária não havia concluído o ensino fundamental, enquanto 29,9% tinham o ensino médio completo. Menos de 1 em cada 5 pessoas tinha o ensino superior completo (IBGE, 2023c). A proporção de adultos que não concluiu o ensino médio no Brasil, 47%, é mais que o dobro da média apresentada pelos países da OCDE (20%), ficando atrás apenas de Turquia, México e Costa Rica²⁶.

Em conjunto, esses indicadores apontam para um avanço tímido no desenvolvimento de crianças e adolescentes, para baixos incrementos de produtividade, e para o desperdício dos ganhos advindos em saúde e qualidade de vida, para a população, e em economia, para o estado e a sociedade.

Meio Ambiente

As mudanças no meio ambiente cada vez mais contribuem para um crescente número de resultados adversos à saúde. Temperaturas mais altas e aumento da quantidade de chuvas estão

26. Indicador de nível educacional de adultos. Fonte: OCDE (2023).

relacionadas, por exemplo, a doenças com transmissão por vetores²⁷ e pela água, aumento de infecções gastrointestinais e crescimento do risco de infecções do trato respiratório. A variabilidade climática também pode contribuir para a insegurança alimentar, já que pode afetar as produções de alimentos. Em 2019, estimou-se cerca de 40 milhões de mortes no mundo relacionadas a doenças sensíveis ao clima. Destas, as doenças cardiovasculares compreendiam a maior proporção, seguidas das doenças respiratórias (IPCC, 2022). A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram cerca de 13 milhões de mortes no mundo relacionadas a causas ambientais evitáveis (OPAS, 2022).

Água potável e saneamento

Água potável segura, saneamento e higiene (WASH) são pré-requisitos para a saúde e o bem-estar das populações, contribuem para os meios de subsistência, a frequência escolar e a dignidade, e ajudam a criar comunidades resilientes em ambientes saudáveis (OMS, 2022). Os serviços de saneamento promovem benefícios à saúde por meio de melhoria da nutrição, da higiene pessoal e da comunidade, além da interrupção da transmissão de doenças relacionadas com a água e o solo (Soares et al., 2002).

Em termos de saúde pública, Soares et al. (2002) detalham que o saneamento promove a melhoria da qualidade da água com a remoção de contaminantes, incremento na quantidade e disponibilidade da água consumida, diminuição do contato com águas contaminadas, redução das doenças relacionadas à água – de transmissão hídrica ou relacionadas com a higiene – e transmitidas por inseto vetor (como as arboviroses malária e dengue) ou roedores, e redução dos riscos à saúde por meio da remoção de patógenos. De modo geral, o acesso a água potável, segura e suficiente, e a saneamento desempenha papel fundamental na prevenção de diarreia, cólera, desnutrição e doenças tropicais negligenciadas (DTN), como dengue, tracoma, helmintos (vermes parasitários) transmitidos pelo solo e esquistossomose (OMS, 2022).

Estudo de Wolf et al. (2023) estima que, mundialmente, 1,4 milhão de mortes poderiam ter sido evitadas pelo acesso a WASH seguro em 2019, o que representa 2,5% dos óbitos. Os pesquisadores estimam ainda que 2,9% dos anos de vida acometidos por incapacidade são decorrentes de WASH inseguro e poderiam ter sido evitados. Assim como toda a carga de doenças da helmintíase transmitida pelo solo, 0,69% dos casos de diarreia, 0,14% das infecções respiratórias agudas e 0,10% dos casos de desnutrição são atribuíveis a WASH inseguro e poderiam ser evitados. Essas doenças, e as mortes decorrentes, atingem especialmente a população desfavorecida e as crianças (Ferreira et al., 2021).

27. Entende-se como doença transmitida por vetor aquela que não passa diretamente de uma pessoa para outra, mas requer a participação de artrópodes, principalmente insetos, responsáveis pela veiculação biológica de parasitos e microorganismos a outros seres vivos. Ver mais em: <https://climaesaude.icict.fiocruz.br/tema/vetores-0>.

É possível estabelecer efeito de causalidade entre o investimento em serviços de água e saneamento e as internações hospitalares por doenças de veiculação hídrica. Para o Brasil, Ferreira et al. (2021) concluem que o investimento relativamente pequeno – mas eficiente – em infraestrutura de saneamento e água potável tem um impacto enorme nas hospitalizações: o número de pessoas que precisam de internação por doenças de veiculação hídrica pode reduzir em 157 mil para cada R\$ 100 milhões investidos em saneamento, e em 26 mil para cada R\$ 100 milhões investidos em água potável.

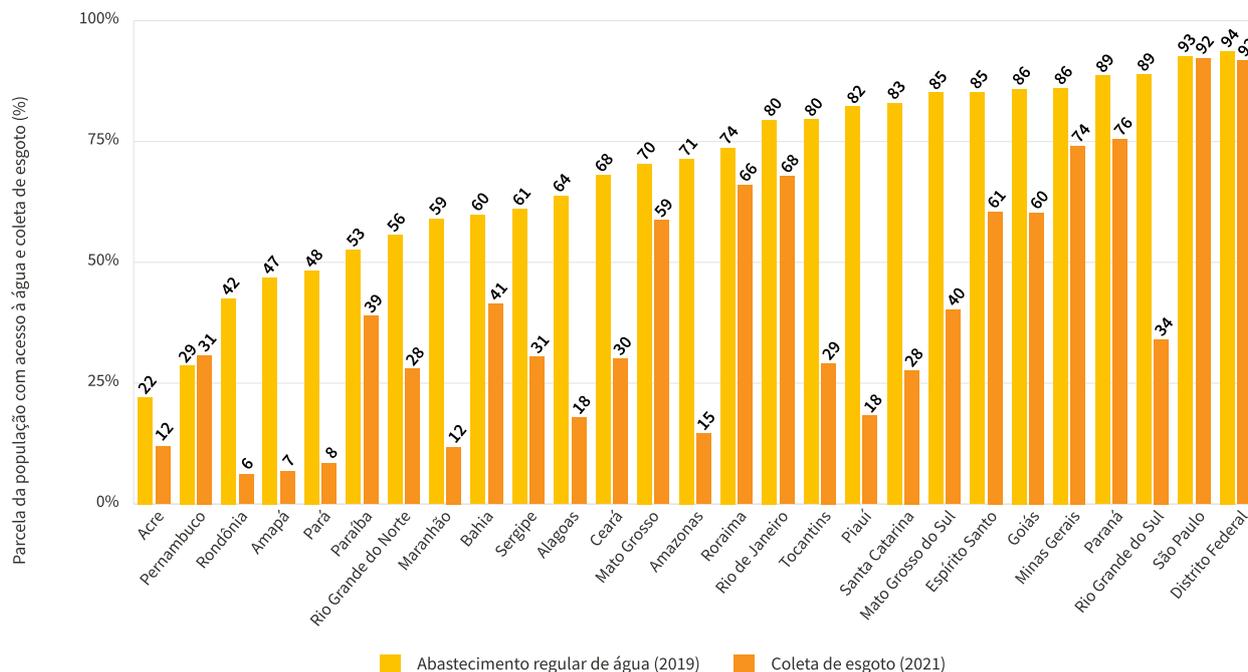
No mesmo sentido, Rocha e Soares (2015) apontam que a expansão na infraestrutura de cobertura de água encanada e saneamento seria uma forma econômica de reduzir os efeitos da escassez de chuvas sobre a mortalidade infantil em municípios do semiárido brasileiro. Os autores encontraram forte correlação entre a escassez de água e maior mortalidade infantil, menor peso ao nascer e menor tempo de gestação. Os efeitos sobre a mortalidade decorrem principalmente de infecções intestinais e desnutrição, e são bastante minimizados quando a infraestrutura de saúde pública local é suficientemente desenvolvida.

Dados do Painel Saneamento Brasil²⁸, do Instituto Trata Brasil, apontam que 76,2% da população brasileira tinha acesso regular à água potável²⁹ (2019), e somente 55,8% contava com coleta de esgoto (2021). Como é possível conferir no Gráfico 9, a cobertura é bastante variada entre os estados e também entre municípios: a média de tratamento de esgoto dos 20 piores municípios no ranking do Instituto em 2023 foi de 18,21%, menos da metade da média nacional. Essas desigualdades de acesso refletem, por exemplo, na incidência de internações por doenças hídricas, que variam de 13,2 por 10 mil habitantes na região Norte, 10,2 no Nordeste, 2,3 no Sudeste, 4,2 no Sul e 6,8 no Centro-Oeste; nos últimos dez anos, as internações por essas doenças tiveram custo médio anual de R\$ 110,8 milhões (Instituto Trata Brasil, 2021). O Instituto estima ainda que a cobertura universal de saneamento levaria à redução média anual dos custos com saúde em R\$ 1,2 bilhão.

28. O Painel Saneamento Brasil abrange o conjunto de todas as cidades que fazem parte das regiões metropolitanas disponíveis nas bases de dados do IBGE e todas as cidades com mais de 50 mil habitantes em 2018. Utiliza dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc). Ver mais em: <https://www.painelsaneamento.org.br/>.

29. A Organização Mundial da Saúde e o Plano Nacional de Saneamento (Plansab) consideram como regular o recebimento ininterrupto e diário de água.

Gráfico 9 – 35 milhões de brasileiros não têm acesso a água potável e cerca de 100 milhões não têm acesso a coleta de esgoto



Fonte: Painel Saneamento Brasil. Instituto Trata Brasil (2021).

Ainda que disponível, a água pode sofrer contaminação de origem natural, como o flúor, ou causada pelo homem, como o mercúrio. Nos principais centros urbanos da Amazônia, pesquisadores da Fiocruz e outras instituições revelaram a contaminação dos peixes por mercúrio em níveis acima do limite aceitável (maior ou igual a 0,5 µg/g) estabelecido pela OMS. Em Roraima, 40% dos peixes apresentaram mercúrio acima do limite, e no Acre, 36%. A ingestão diária de mercúrio excedeu a dose recomendada em todas as camadas populacionais: em Rio Branco, no Acre, a ingestão de mercúrio ultrapassou de 7 a 32 vezes a dose de referência; entre as mulheres em idade fértil – mais vulneráveis aos efeitos do mercúrio – a ingestão foi até nove vezes maior e, entre crianças de 2 a 4 anos, até 31 vezes maior do que o aconselhado (Basta et al., 2023).

Poluição do ar

Quase toda a população mundial respira ar considerado fora dos parâmetros recomendados

O ar puro é fundamental para a saúde. A cada ano, estima-se que a exposição à poluição do ar cause 4,2 milhões de mortes (OMS, 2018a) e a perda de anos saudáveis de vida. Nos países mais severamente afetados, as doenças relacionadas à poluição são responsáveis por mais de uma morte em cada quatro (Landrigan et al., 2018). A OMS (2021) já considera que a carga de doenças atribuíveis à poluição do ar esteja em pé de igualdade com outros grandes riscos globais à saúde, como dietas pouco saudáveis e tabagismo. Em 2015, a Assembleia Mundial da Saúde adotou uma resolução histórica sobre qualidade e saúde do ar, reconhecendo a poluição do ar como um

fator de risco para doenças não transmissíveis, tais como doença cardíaca isquêmica, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e câncer, e o custo econômico que tais doenças causam (OMS, 2021).

Quase toda a população mundial (99%) respira ar que excede os limites de qualidade recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Enquanto entre os países de alta renda 17% das cidades estão em conformidade com os parâmetros do ar estabelecidos pela OMS, nos países de média e baixa renda, apenas 1% das cidades consegue alcançar esses parâmetros³⁰ (OPAS, 2022). No Brasil, 18,4% da população acredita viver em uma cidade poluída e cerca de 8% das pessoas estão expostas a lenha ou carvão para cozinhar e iluminar o ambiente (Vital Strategies e Umame, 2023).

O processo de combustão é a principal fonte de poluição do ar. Em ambientes externos, esse processo ocorre pela queima de combustíveis fósseis usados para gerar energia (como a indústria de carvão), pelos transportes (principalmente pela queima do diesel) e pela queima de biomassa (queima de resíduos agrícolas e de desmatamento). Em ambientes internos, pela queima de combustíveis fósseis, como a lenha utilizada na cozinha³¹ (OMS, 2021; Assaf et al., 2019).

A poluição é cara e adocece

As doenças relacionadas à poluição causam perdas de produtividade que reduzem o produto interno bruto (PIB) em países de baixa e média renda em até 2% ao ano. As doenças relacionadas à poluição resultam em custos de assistência médica que são responsáveis por até 7% dos gastos com saúde em países de renda média. As perdas de bem-estar devido à poluição são estimadas em US\$ 4,6 trilhões por ano, o equivalente a 6,2% da produção econômica global (Landrigan et al., 2018).

No contexto brasileiro, a poluição do ar mostra-se prevalente e, em alguns contextos, crescente, gerando diferentes implicações à saúde no país. Pei et al. (2022) demonstram que a exposição prolongada ao poluente PM 2,5 aumentou os riscos de mortalidade para diferentes tipos de câncer. Entre 1996 e 2017, também foi observada relação entre aumento no risco de morte por doenças cerebrovasculares e temperatura não ótima do ar, tanto em temperaturas elevadas quanto reduzidas (Mascarenhas et al., 2022).

A poluição do ar é responsável por cerca de 51 mil mortes por ano no país (WRI, 2021) e afeta particularmente a saúde das crianças. As infecções respiratórias inferiores³² representaram, em 2015, 15,5% das mortes em menores de 5 anos. A poluição do ar no domicílio, que ocorre pelo uso de combustíveis sólidos para cozinhar, e a poluição atmosférica, combinadas, causam mais de 50% das infecções respiratórias inferiores em crianças com menos de 5 anos que vivem em países de média e baixa renda (OPAS, 2018).

30. Os parâmetros estabelecidos pela OMS podem ser encontrados na publicação “WHO global air quality guidelines” (OMS, 2021).

31. No Brasil, cerca de 2,7 milhões de residências usam lenha como combustível para cozinhar (Gioda et al., 2019).

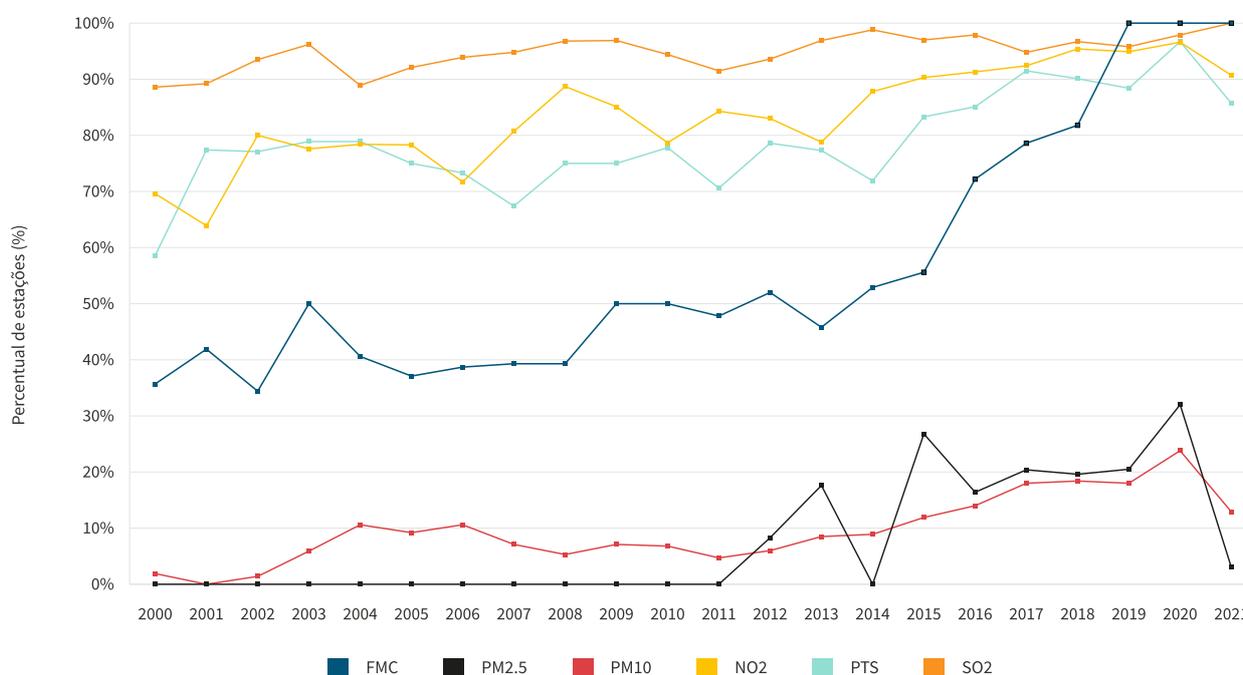
32. Infecções do trato respiratório inferior abrangem doenças das vias aéreas inferiores como bronquite aguda, bronquiolite, e infecções que comprometem os espaços aéreos como pneumonias, dentre outras.

Cardoso et al. (2013), em estudo com crianças indígenas de 83 comunidades brasileiras, verificaram que uma das principais causas de internações hospitalares por infecção aguda respiratória foi a exposição a poluentes da queima de lenha na hora de cozinhar. Menezes et al. (1994), em estudo de corte transversal com a população da cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, constataram que os casos de bronquite crônica identificados no município foram mais comuns em indivíduos com alta exposição à poeira e a níveis de poluição interior. Leirião et al. (2022), analisando o estado de São Paulo, encontraram associação entre a taxa de letalidade por Covid-19 em alguns municípios do estado e poluentes atmosféricos como PM 2,5 e NO2.

O monitoramento do ar ainda não é uma prática incorporada na maioria dos municípios brasileiros

Apenas 1,7% dos municípios brasileiros monitoram a qualidade do ar. Tais municípios estão concentrados em apenas 11 estados, que representam 40% das unidades federativas brasileiras, e não monitoram todos os poluentes (Vormitagg et al., 2021). O dióxido de enxofre, o dióxido de nitrogênio e a fumaça são os poluentes mais monitorados no Brasil (Gráfico 9), enquanto o material particulado é o menos monitorado. Observa-se que esse monitoramento foi sendo aprimorado ao longo dos últimos anos.

Gráfico 10 - Estações de mensuração da qualidade do ar que monitoram proporção de partículas fora do padrão recomendado pela OMS, segundo o tipo de poluente³³



Fonte: IEMA - Instituto de Energia e Meio Ambiente (2023)³⁴.

33. PM 2,5 e PM 10 (material particulado); NO2 (Dióxido de nitrogênio); SO2 (Dióxido de enxofre); PTS (Partículas totais em suspensão); FMC (fumaça).

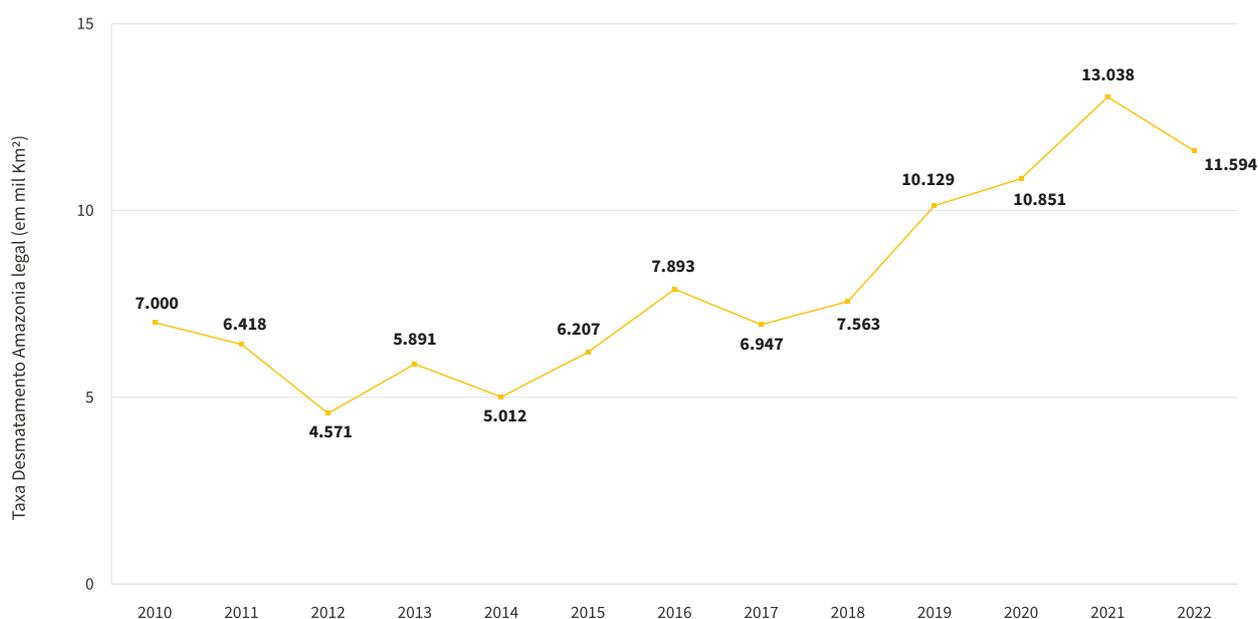
34. Disponível em: <http://energiaeambiente.org.br/qualidadedoar>. Acesso em 24 abr. 2023.

O desmatamento crescente no Brasil é responsável por parte da carga de doenças

O desmatamento é um dos causadores da poluição atmosférica, mas ele também pode trazer o agravamento de outras doenças, sobretudo aquelas transmitidas por vetores. A Amazônia Legal, que compreende um dos principais biomas do Brasil e do mundo, cobre cerca de 5 milhões de quilômetros quadrados, onde vivem aproximadamente 25 milhões de pessoas (Embrapa, 2023). Nessa região, o cenário de degradação ambiental e seus efeitos têm aumentado sistematicamente.

Em 2010, a taxa de desmatamento na região Amazônica foi de 7 mil km²(ou 700.000 hectares). Em pouco mais de uma década, houve um crescimento de 86%, chegando a 13 mil quilômetros desmatados (1.303.800 hectares) em um único ano (2021), configurando a maior taxa de desmatamento observada desde 2006. Apesar da redução de 11%, o ano de 2022 ainda apresentou taxa de desmatamento de 11 mil km².

Gráfico 11 - Houve um aumento generalizado no desmatamento da região Amazônica entre 2010 e 2022



Fonte: PRODES. Disponível em: <http://www.obt.inpe.br/OBT/assuntos/programas/amazonia/prodes>.

Os efeitos do desmatamento na Amazônia são inúmeros. Além de agravarem a poluição do ar em todo o país, também se relacionam com o aumento de doenças infecciosas transmitidas por vetores. Junior et al. (2015), analisando a relação entre desmatamento e saúde na Amazônia Legal, constataram que o incremento de 1% na área desmatada de um município leva a um aumento de 23% nos casos de malária e de 8 a 9% nos casos de leishmaniose.

Em estudo sobre a relação entre poluentes e internações hospitalares na Amazônia Legal no ano de 2019, Sant'anna e Rocha (2020) revelam que quando a poluição do ar esteve acima de 75 µg/m³ (na média de 24 horas), ocorreu um aumento de 14,8% na taxa média de hospitalização por

doenças respiratórias. Os efeitos adversos são maiores entre crianças e idosos, concentram-se nas condições respiratórias e aumentam não linearmente com os níveis de poluição do ar.

Estudo da Fiocruz sobre queimadas na Amazônia mostra que a área que concentra a maior parte dos focos de queimadas concentra também as maiores taxas de internação por doenças respiratórias da região amazônica: em maio e junho de 2019, foram registradas cerca de 5 mil internações de crianças por mês, o dobro do esperado para o período (Barcellos et al., 2020). Os pesquisadores estimaram que viver em uma cidade próxima a focos de queimadas aumenta a probabilidade de se internar por doenças respiratórias em 36%, e que esses eventos representaram um custo excedente de R\$ 1,5 milhão por mês para o SUS.

O desmatamento não acomete apenas a Amazônia; o Cerrado também tem sido um alvo cada vez mais frequente. Em 2021, foram desmatados 16.557 km², um aumento de 20% na área desmatada em relação ao ano de 2020: 59% estavam na Amazônia, 30% no Cerrado, 7% na Caatinga, 1,8% na Mata Atlântica, 1,7% no Pantanal e 0,1% nos Pampas (MAPBIOMAS, 2022). Em 2023, dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe) apontam que, enquanto a área sob alertas de desmatamento caiu 42,5% no primeiro semestre, em relação ao mesmo período de 2022, no Cerrado houve aumento de 26%³⁵.

Insegurança Alimentar

O acesso a alimentos seguros e nutritivos em quantidade suficiente é fundamental para promover uma boa saúde (OMS, 2023b). A Lei Federal nº 11.346/2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, define a alimentação adequada como direito fundamental do ser humano e atribui a obrigação ao poder público de adotar as políticas e ações necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.³⁶

A situação de insegurança alimentar e nutricional pode afetar a saúde tanto pelo comprometimento do estado nutricional propriamente dito, quanto por questões ligadas à exclusão social, perda de autoestima, estresse e o sofrimento emocional que acarretam. A segurança alimentar pode ser medida em termos de: 1) disponibilidade de alimento; 2) acesso ao alimento; e a 3) utilização biológica do alimento (Kepple e Segall-Corrêa, 2011). No primeiro caso, analisa-se se os alimentos estão ou não disponíveis de maneira apropriada para o consumo humano em um determinado local. No segundo, verifica-se se a população tem acesso aos alimentos de forma equitativa. Já o terceiro, volta-se para o consumo dos alimentos de forma adequada (Gross et al., 2000). Em todo o mundo, uma em cada dez pessoas adoecem anualmente por ingerir alimentos contaminados (OMS, 2023b).

35. Ver mais em: <https://www.gov.br/mma/pt-br/desmatamento-na-amazonia-cai-42-5-nos-sete-primeiros-meses-de-2023>.

36. A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006).

A insegurança alimentar no Brasil aumentou nos últimos anos

Kepple e Segall-Corrêa (2011) propõem medir o fenômeno da insegurança alimentar e da fome considerando-o como um fenômeno vivenciado. Nesse sentido, foi proposta a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)³⁷, que mede diretamente a percepção e vivência de insegurança alimentar e fome no nível domiciliar, isto é, capta a dificuldade de acesso familiar aos alimentos e a experiência de vida com a insegurança alimentar e a fome. A Tabela 1 mostra o indicador de segurança alimentar para o Brasil a partir de duas pesquisas diferentes que, embora investiguem o mesmo tema, levantam ressalvas importantes sobre sua comparabilidade³⁸. Pela Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), entre 2004 e 2013, a insegurança alimentar nos domicílios do Brasil caiu de 35% para 23%. Já entre 2020 e 2022, pela PENSSAN, a insegurança alimentar teria aumentado de 55% para 59%. A insegurança alimentar é mais acentuada nas áreas rurais.

Tabela 1 - Proporção de domicílios segundo categoria de segurança alimentar e situação do domicílio

	Situação do Domicílio	PNAD			PENSSAN	
		2004	2009	2013	2020	2022
Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)	Brasil	64,8%	69,5%	77,1%	44,8%	41,3%
	Urbano	66,4%	70,4%	75,5%	45,6%	42,2%
	Rural	56,0%	64,6%	57,5%	40,0%	36,2%
Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN)	Brasil	35,2%	30,5%	22,9%	55,2%	58,7%
	Urbano	33,6%	29,6%	24,5%	54,4%	57,8%
	Rural	44,0%	35,4%	42,5%	60,0%	63,8%
Tamanho da amostra (domicílios)		108.606	117.483	116.490	2.147	12.681

Fonte: Adaptado de PENSSAN e PNAD (2022).

A má alimentação também é insegurança alimentar

A insegurança alimentar não está associada apenas à falta de alimentos. Uma alimentação saudável ajuda a proteger contra a má nutrição e contra doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas diabetes, doenças cardiovasculares, AVC e câncer (OPAS, 2023b; Brasil, 2008c). Para evitar um ganho de peso considerado não saudável, as gorduras não devem exceder 30% da

37. Trata-se de um indicador desenvolvido, entre 2003 e 2004, por pesquisadores de cinco universidades brasileiras e uma estrangeira (UNICAMP, UnB, UFPB, INPA e UFMT, e UCCON-EUA) e originário da escala Household Food Security Survey Module – HFSSM. A escala foi construída com base em uma tese de doutorado produzida na Universidade de Cornell e em uma escala que objetivava identificar famílias em situação de fome para inclusão em projeto de intervenção nos Estados Unidos (Segall-Correa; Marin-Leon, 2015).

38. A EBIA, originalmente criada e utilizada na Pesquisa Nacional de Domicílios (PNAD) e na Pesquisa de Orçamento Familiares (POF), possuía 15 perguntas (Brasil, 2014). Mais tarde, com o objetivo de facilitar a sua inserção em inquéritos domiciliares, ela foi adaptada para ser usada com oito perguntas (Interlenghi et al., 2019). A EBIA composta por oito perguntas é a que se utiliza no inquérito da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (PENSSAN) de 2020 e 2022 (PENSSAN, 2021; 2022). Importante ressaltar que as duas pesquisas não só foram realizadas em pontos diferentes do tempo, como possuem um tamanho amostral diferente e usam escalas diferentes da EBIA.

ingestão calórica total e, dessas, menos de 10% podem ser saturadas. Também, o consumo de açúcares livres deveria ser limitado para menos de 10% da ingestão calórica total, e o consumo diário de sal deveria estar abaixo de 5g para prevenir a hipertensão e reduzir o risco de doença cardiovascular e AVC entre a população adulta (OPAS, 2023b).

Evidências demonstram a correlação entre as doenças crônicas e o consumo de alimentos não saudáveis (Hall et al., 2019). Dentre os alimentos não saudáveis, estão os alimentos ultraprocessados, que têm cada vez mais substituído os alimentos *in natura* ou minimamente processados na alimentação brasileira. Tais alimentos possuem, em geral, alta carga energética, elevado teor de gorduras saturadas e hidrogenadas, açúcares e sódio, e baixo teor de fibras e vitaminas, além de atributos como palatabilidade e conveniência, que favorecem seu consumo excessivo (Brasil, 2014b).

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, 13% das pessoas com mais de 18 anos consumiam hortaliças e frutas de acordo com o recomendado; 14% afirmaram consumir mais de cinco grupos de alimentos ultraprocessados; outros 14% consumiam doces regularmente; 13% tinham um consumo elevado de sal; e 9% consumiam refrigerante ou suco de caixa regularmente (IBGE, 2020b).

Na comparação entre 2022 e 2023, observou-se em outro inquérito uma ligeira melhora no consumo de frutas, verduras e legumes, aliada a uma estagnação no consumo de refrigerantes. Esse consumo, no entanto, é bastante heterogêneo, variando conforme região, sexo e faixa etária (Vital Strategies; Umane, 2023).

Entre 2006 e 2020, a tendência de obesidade aumentou 9,7 p.p., saindo de 11,8% em 2006, para 21,5% em 2020. Considerando o mesmo período, as taxas de hipertensão arterial e diabetes permaneceram relativamente estáveis, na ordem de 25,2% e 8,2% dos adultos nas capitais, respectivamente. A prevalência de diabetes e hipertensão é maior entre as pessoas menos escolarizadas, ao mesmo tempo em que as mais escolarizadas apresentam comportamentos mais saudáveis (Rache et al., 2022). Outra pesquisa confirma que a proporção de pessoas com obesidade continuou aumentando entre 2022 e 2023, saindo de 21,7% para 22,8% (Vital Strategies; Umane, 2023).

A má alimentação, por sua vez, traz consequências para o sistema de saúde e para o aumento de gastos públicos, já que ela pode levar ao aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população. Pessoas com DCNT tendem a usar mais os serviços de saúde (Malta et al., 2017), e características como o sobrepeso e a obesidade representam anualmente um custo de US\$ 654 milhões para o SUS no Brasil (Ferrari et al., 2022). Informações da pesquisa Vigitel do Ministério da Saúde no ano de 2018 evidenciaram a maior prevalência de obesos já registrada no país nos últimos 12 anos: 12.438 internações por obesidade foram registradas nesse ano, o que corresponde a um gasto público de R\$ 64,3 milhões e situa a obesidade como quarta maior causa de internações por causas endócrinas, metabólicas e nutricionais do SUS (Brasil, 2019c).

Moradia

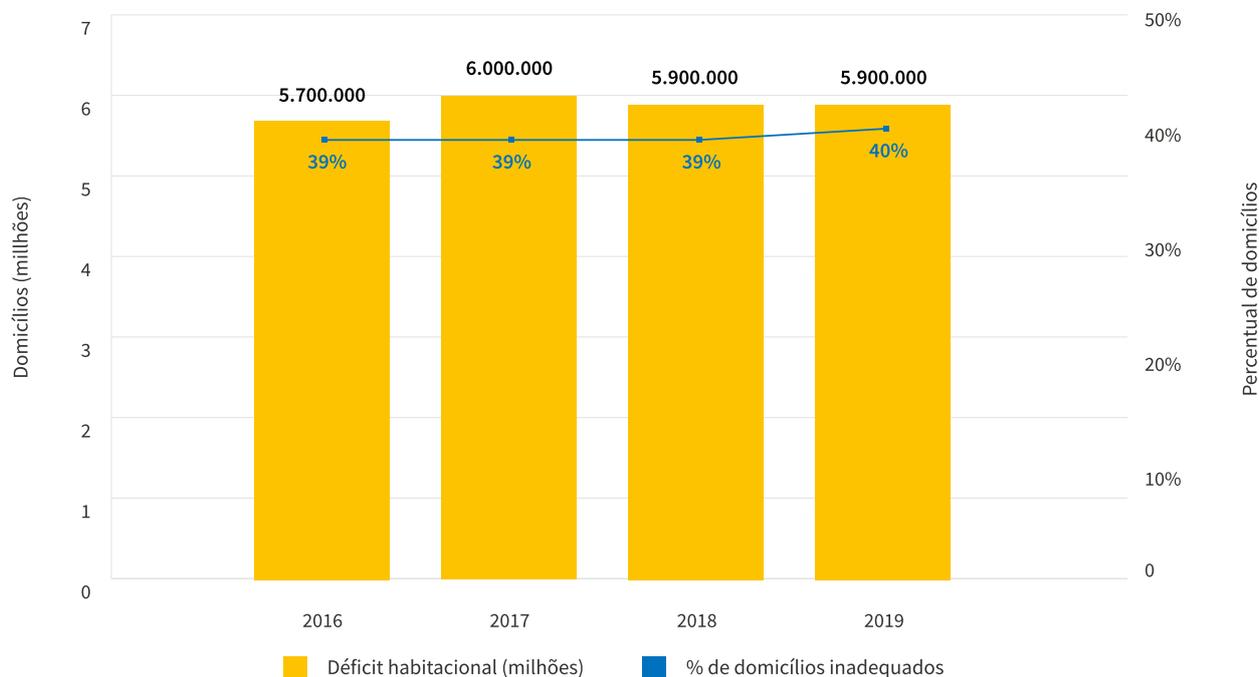
As condições de moradia são frequentemente citadas como um importante determinante social da saúde, visto que a sua ausência ou má infraestrutura afeta negativamente a saúde e o bem-estar de uma população (Rolfe et al., 2020). Acerca da infraestrutura da habitação, destaca-se a alta densidade habitacional – quando muitas pessoas precisam dividir um cômodo, que frequentemente já está em condições precárias, aumentando a exposição a doenças infecciosas. Há ainda o contato com toxinas, umidade e mofo dentro de residências improvisadas, além de fatores de segurança como riscos de alagamento e deslizamento, que afetam diretamente a saúde mental. Instalações inadequadas de abastecimento de água e saneamento afetam a segurança alimentar e a higiene pessoal a ponto de levar ao desenvolvimento de doenças transmissíveis. Além disso, casas com problemas estruturais ou dificuldade de acesso são especialmente mais danosas para os idosos (OMS, 2018c), e a população brasileira está envelhecendo de forma acelerada.

Somado a isso, a população urbana mundial deve dobrar até 2050. Pensar em melhores condições de habitação pode salvar vidas, reduzir doenças, aumentar a qualidade de vida, reduzir a pobreza e mitigar as mudanças climáticas. Entre possíveis recomendações para o enfrentamento a esse problema, a Organização Mundial de Saúde recomenda que se enfrente fortemente a alta densidade habitacional, a falta de acessibilidade e a necessidade de equipamentos mínimos de segurança nas residências (OMS, 2018c).

A Fundação João Pinheiro calcula dois indicadores importantes para a mensuração das condições habitacionais no Brasil: o déficit habitacional e a inadequação das moradias. O primeiro indicador trata da necessidade de construção de novas moradias para a solução de problemas sociais específicos de habitação. O seu cálculo envolve a mensuração da habitação precária, coabitação familiar, ônus excessivo com aluguel urbano e adensamento excessivo de domicílios alugados. Já o segundo indicador reflete os problemas na qualidade de vida dos moradores relacionados às suas especificidades internas. Seu cálculo engloba a carência de infraestrutura urbana, adensamento excessivo de domicílios urbanos próprios, ausência de banheiro exclusivo, cobertura inadequada e inadequação fundiária urbana (FJP, 2021).

Estima-se que atualmente no Brasil haja um déficit habitacional na ordem de 6 milhões de domicílios e que 40% dos domicílios são inadequados para habitação de alguma forma.

Gráfico 12 - Nos últimos anos, há uma relativa estabilidade do déficit habitacional e da proporção de domicílios inadequados, que permanecem em patamares elevados (Brasil, 2016-2019)



Fonte: Fundação João Pinheiro (2021).

Outro indicador importante para monitoramento é o da população que vive em áreas de risco. O IBGE (2018), com base no Censo Demográfico de 2010, associou dados sociodemográficos às áreas de risco³⁹ de inundações, enxurradas e deslizamentos de terra⁴⁰ para os municípios monitorados pelo Centro Nacional de Monitoramento de Alertas e Desastres Naturais (CEMADEN). Os resultados apontam para a existência de 27,6 mil áreas⁴¹ de risco, onde viviam 8,2 milhões de habitantes no país (IBGE, 2018).

Discussão

Fatores como renda, educação, meio ambiente, violência, acesso à moradia e alimentação adequada afetam e podem dificultar o acesso à saúde

As análises apontam para uma pressão crescente sobre o sistema de saúde público brasileiro, derivada de uma piora nas condições de vida que determinam os resultados de saúde da população. Tal pressão se somará ao envelhecimento populacional (Mrejen et al., 2023), ao processo de transição epidemiológica (Rache et al., 2020), e às consequências do represamento de procedimentos

39. São áreas suscetíveis à ocorrência de fenômenos ou processos naturais ou induzidos que causem acidentes.

40. O IBGE caracteriza como movimentos de massa cinco classes de processos: deslizamentos, rastejos, quedas, corridas e terras caídas.

41. A área aqui é equivalente a um polígono do setor censitário.

que o SUS protagonizou durante a pandemia de Covid-19 (Rache et al., 2021; Huang et al., 2023), confluindo para a ampliação da demanda por saúde pública no Brasil, no médio e longo prazo.

Os resultados apresentados revelam uma piora nas condições de vida e de trabalho compreendidas como determinantes sociais da saúde pelo modelo Solar e Irwin (2010). Com exceção da renda média e da informalidade, que se mantiveram estáveis no período analisado – mas ainda longe de níveis desejáveis – todos os DSS avaliados demonstraram uma deterioração em anos recentes, com destaque aos indicadores de violência, meio ambiente e insegurança alimentar. Também foram revisadas evidências robustas que apontam a relação direta entre tais fatores e a saúde das pessoas. Tal piora deve agravar, no médio e longo prazo, as condições de saúde da população e, conseqüentemente, elevar a demanda por serviços do SUS.

É relevante lembrar que existem outros fatores que pressionam os serviços públicos de saúde ou tornam o SUS desigual. A Atenção Primária à Saúde é o principal nível de atenção responsável por atenuar os Determinantes Sociais da Saúde. Atualmente, para que a Estratégia Saúde da Família (ESF) atinja a cobertura integral e cubra os 72 milhões de brasileiros que ainda não estão cobertos, é necessária a contratação de mais 25,6 mil equipes, o que custaria R\$ 22,9 bilhões ao ano. A maior parte da população descoberta vive em regiões metropolitanas (Faria et al, 2022) e, com as novas regras de financiamento da APS, os municípios urbanos com maior densidade populacional e com áreas mais ricas tiveram queda no orçamento; para municípios com mesmas características, o novo programa penaliza aqueles com contingente populacional maior e com renda *per capita* menor (Rosa et al. , 2023). Somado a isso, outras cidades menores e mais interiorizadas sofrem com os vazios assistenciais, ou seja, a falta e alta rotatividade de profissionais de saúde alocados nesses municípios/distritos, escassez de equipamentos e dificuldades de logística para atuarem em municípios de grandes dimensões e dispersão da população pelo território. Esses problemas são notados, sobretudo, na região amazônica, e em menor grau em outros locais (Rocha et al., 2022b).

Os indicadores observados afetam a saúde da população principalmente no que tange a acidentes, agravos e DCNT. As DCNT não só serão cada vez mais potencializadas com a aceleração do envelhecimento populacional, mas também sofrerão pressão em virtude de mudanças no perfil da população jovem. A pesquisa Covitel 2022, por exemplo, mostrou indicadores preocupantes de saúde entre os jovens de 18 a 24 anos (UFPE; Vital Strategies; Umane, 2023)⁴².

Para enfrentamento das DCNT, o Ministério da Saúde desenvolveu as Linhas de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Essas linhas, entretanto, ainda não estão efetivamente implementadas, seja por gargalos de acesso que impedem o rastreamento e tratamento das doenças, pela

42. Obesidade (17,1%); hipertensão (8,2%); diabetes (2,2%); depressão (14,1%); ansiedade (31,6%); não praticam atividade física conforme o recomendado (63,1%); gastam tempo excessivo com tela (76,1%); dormem pouco (45%); não consomem frutas e verduras de forma regular (66% e 61%); consomem refrigerante de forma regular (24%); consomem álcool de forma abusiva (32%).

falta de profissionais e de treinamento das equipes multiprofissionais, pela ausência de articulação entre os diferentes níveis de cuidado ou pela falta de adesão ao tratamento por parte dos usuários (Thami et al., 2021). Determinantes como a pobreza, a moradia afastada dos grandes centros onde há atendimento, o baixo nível de escolaridade, o racismo institucionalizado, entre outros, interagem com todos aqueles gargalos. Soluções para lidar com esses problemas são extremamente necessárias (Thami et al., 2021). Dentre elas, destacam-se:

- Reduzir os gargalos de acesso aos serviços, por exemplo, estendendo o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde para depois das 18h, buscando atender os trabalhadores que só conseguem procurar o equipamento após o horário de trabalho;
- Garantir profissionais com treinamento adequado e em número adequado para realização do atendimento. Esse treinamento passa por ações de superação do racismo institucional e da necessidade de os profissionais entenderem e lidarem com as especificidades de determinados grupos. As metodologias de treinamento devem se basear no uso de evidências científicas e de metodologias ativas;
- Melhor integração entre os diferentes níveis de atenção do SUS promovendo o compartilhamento de informações clínicas ou não-clínicas. Tal integração deve acontecer tanto entre a APS e os níveis de maior complexidade do SUS (especialistas e hospitalar), como entre outras redes de atendimento ao cidadão, a exemplo da educação e da assistência social. A maior parte das pessoas só procura um serviço de saúde quando está com algum sintoma e, nessas ocasiões, na maioria dos casos recorre diretamente aos hospitais ou UPA. É preciso que suas informações alimentem a rede de atenção primária, tornando a população foco de busca ativa, sobretudo os mais vulneráveis. Do mesmo modo, informações do SUS poderiam alimentar outras redes, como a da Assistência Social, por exemplo;
- Para o adequado nível de integração e rastreamento das DCNT, é necessário acelerar a informatização da APS, ampliar os cadastros dos usuários e, por consequência, melhorar o acompanhamento desses usuários.

Parte 2:

Impactos dos Determinantes Sociais da Saúde sobre os grupos sociais

A primeira parte deste volume retratou alguns indicadores que estão relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde, e como eles influenciam as condições de vida e saúde de uma população, em especial no Brasil. No entanto, para que seja possível construir políticas públicas efetivas em mitigar os impactos negativos dos DSS, é relevante analisá-los em suas interlocuções com os diferentes grupos sociais. A partir da disponibilidade de dados⁴³, a segunda parte deste documento tem por objetivo analisar os efeitos das condições de vida sobre a saúde da população negra, povos do campo e da floresta, população LGBT-QIAPN+ e das pessoas com deficiência (PCD).⁴⁴ O Ministério da Saúde conta com políticas específicas para essas populações⁴⁵, que não necessariamente foram implementadas em sua integralidade.

43. A disponibilidade de dados é diferente para cada um dos grupos analisados. Por exemplo, o quesito raça/cor passa a ser de preenchimento obrigatório a partir da Portaria do Ministério da Saúde, nº 344 de 1º de fevereiro de 2017. Essa obrigatoriedade não existe para a identificação dos outros grupos. Assim, a quantidade de informações que é possível gerar para cada grupo varia conforme as fontes utilizadas.

44. Apesar de já documentado na seção de metodologia, é importante frisar que outras populações específicas poderiam vir a ser abarcadas. No entanto, em função da ausência de dados, optou-se por considerar apenas as mencionadas.

45. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) - Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009; Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) - Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011; Política Nacional de Saúde Integral LGBT - Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011; e Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência - Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002.

População Negra

Os séculos de escravidão da população negra resultaram em efeitos e consequências imponderáveis, incluindo impactos vistos até hoje na inserção dessa população na sociedade brasileira e em um desigual e desfavorável acesso a direitos e oportunidades quando comparado à população branca. Tais características se refletem no quadro epidemiológico, evidenciando iniquidades e vulnerabilidades no acesso à saúde (Brasil, 2016). Dada a trajetória histórica traçada pela escravidão, grande parte da população negra foi forçada a habitar locais com condições de moradia precárias, sem acesso a serviços básicos de saneamento, água potável, equipamentos de saúde e de lazer, além de estar exposta a elevados índices de violência e ao racismo. Todas estas questões resultam em um acúmulo de agravos à saúde (Goes; Ramos; Ferreira, 2020).

Tanto a saúde como o adoecimento estão relacionados a uma série de fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica dos indivíduos (Brasil, 2016). O racismo é um dos principais determinantes sociais da saúde, com impacto direto na saúde desta população. Isso porque não só expõe a população negra a situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte, mas também se manifesta na atenção à saúde, influenciando na forma como se dará o atendimento e o nível de atenção e de cuidados. Esse quadro gera uma hierarquia no atendimento, no qual pessoas negras tendem a ser preteridas (Goes; Ramos; Ferreira, 2020; Werneck, 2016). Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em sua edição de 2019, indicam que a proporção de pessoas que realizaram prática integrativa ou complementar nos últimos 12 meses é maior entre brancos (5,5%) do que entre pardos (3,7%) e pretos (4%), assim como a proporção daquelas que se consultaram com médico, de 79,4% entre brancos, 73,3% entre pardos e 74,8% entre pretos (IBGE, 2020c). Outra pesquisa, também com base nas PNS de 2013 e 2019, mostra que apesar do aumento da prevalência de depressão para todos os brasileiros entre os dois períodos, os indivíduos pretos ou pardos tiveram maior probabilidade de apresentar depressão não tratada (Mrejen et al., 2022). À luz do contexto histórico, as próximas subseções buscam apontar como evoluíram os indicadores orientados à população negra, e seus efeitos para a saúde.

Perfil da População Negra

O Censo de 2010 do IBGE já indicava que mais da metade da população brasileira é negra (auto-declarados pretos ou pardos), correspondendo a 50,7% da população à época.⁴⁶ Em perspectiva regional, do total de pessoas brasileiras declaradas como pretas ou pardas, a Região Nordeste figura com a maior proporção (37,8%), seguida do Sudeste, Norte e Centro-Oeste com percentuais de 36,2%, 12% e 8,1%, respectivamente. O Sul é a região com a menor proporção de população negra (5,8%)⁴⁷. Apesar de serem maioria, as condições socioeconômicas e sanitárias da popu-

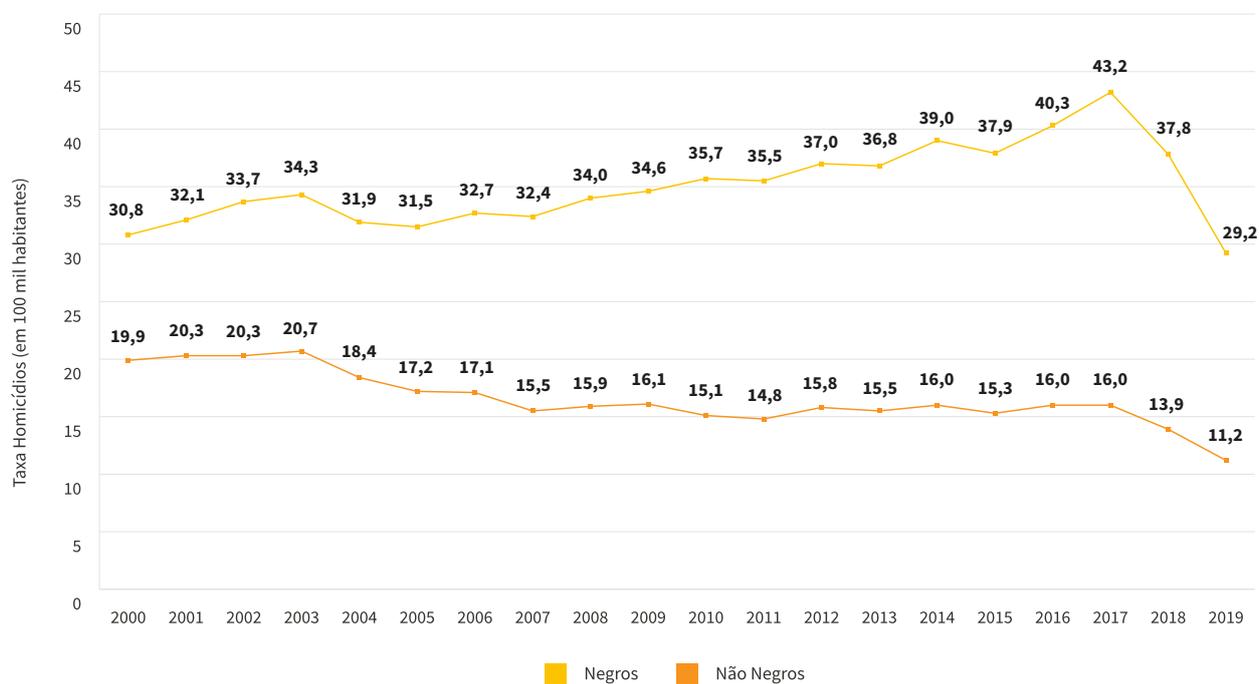
46. Brasil (2017).

47. Dados da PNADC obtidos no SIDRA/IBGE. Ver mais em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pnadca/tabelas>.

lação negra estão longe do ideal. Isso porque há maior propensão a terem menor nível de escolaridade e renda, estarem inseridos na informalidade, necessitarem de proteção social e terem dificuldade de acesso à assistência médica (Goes; Ramos; Ferreira, 2020).

A população negra concentra índices expressivos de violência letal, uma das principais características das desigualdades raciais no país. Em 2021, negros representaram mais de 67% das vítimas de mortes violentas intencionais no Brasil. Essa proporção variou de 67,6% das vítimas de latrocínio a 84,1% das mortes decorrentes de intervenção policial (FBSP, 2022). Enquanto entre os negros a taxa de homicídios foi de 29,2 homicídios por 100 mil habitantes, entre os não negros a taxa foi de 11,2 para cada 100 mil habitantes, demonstrando que a probabilidade de um negro ser assassinado é 2,6 vezes maior em relação a uma pessoa não negra (IPEA, 2021). Entre 2010 e 2020, o número de homicídios ficou próximo de 50 mil, alcançando pico de 65 mil em 2017. Embora a taxa de homicídios tenha aumentado entre a população negra ao longo desse período⁴⁸, percebe-se que a partir de 2003 inicia-se um distanciamento das taxas de homicídio entre a população negra e a não negra (Gráfico 12). Entre os adolescentes de 12 a 17 anos que foram vítimas de mortes violentas intencionais, 84% eram negros (FBSP, 2022).

Gráfico 13 - Nos últimos 20 anos, os homicídios vitimaram cada vez mais a população negra

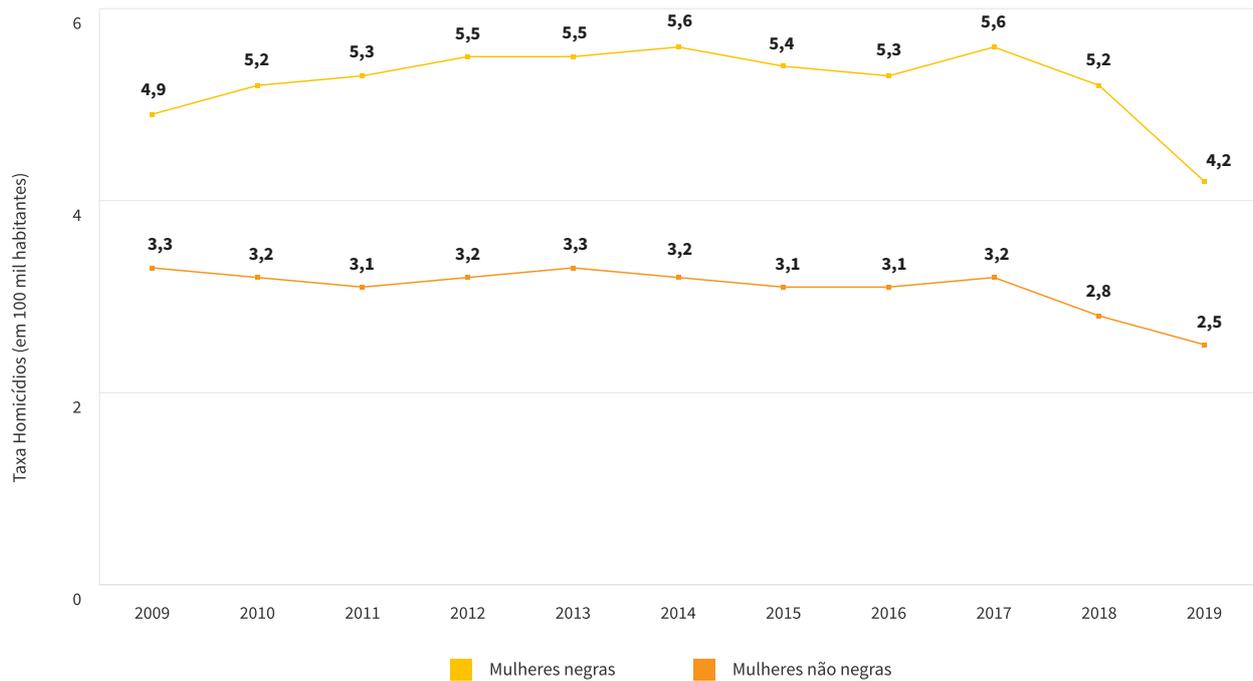


Fonte: Estatísticas do Atlas da Violência (IPEA, 2021).

48. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade - DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/ext09uf.def>.

Quando feito recorte de gênero, as mulheres negras representaram 66% do total das mulheres assassinadas no Brasil, com taxa de homicídios de 4,1 a cada 100 mil, quase o dobro da taxa para mulheres não negras (2,5 a cada 100 mil) (IPEA, 2021). Entre as vítimas de estupro, as mulheres negras representam 52,2% (FBSP, 2022).

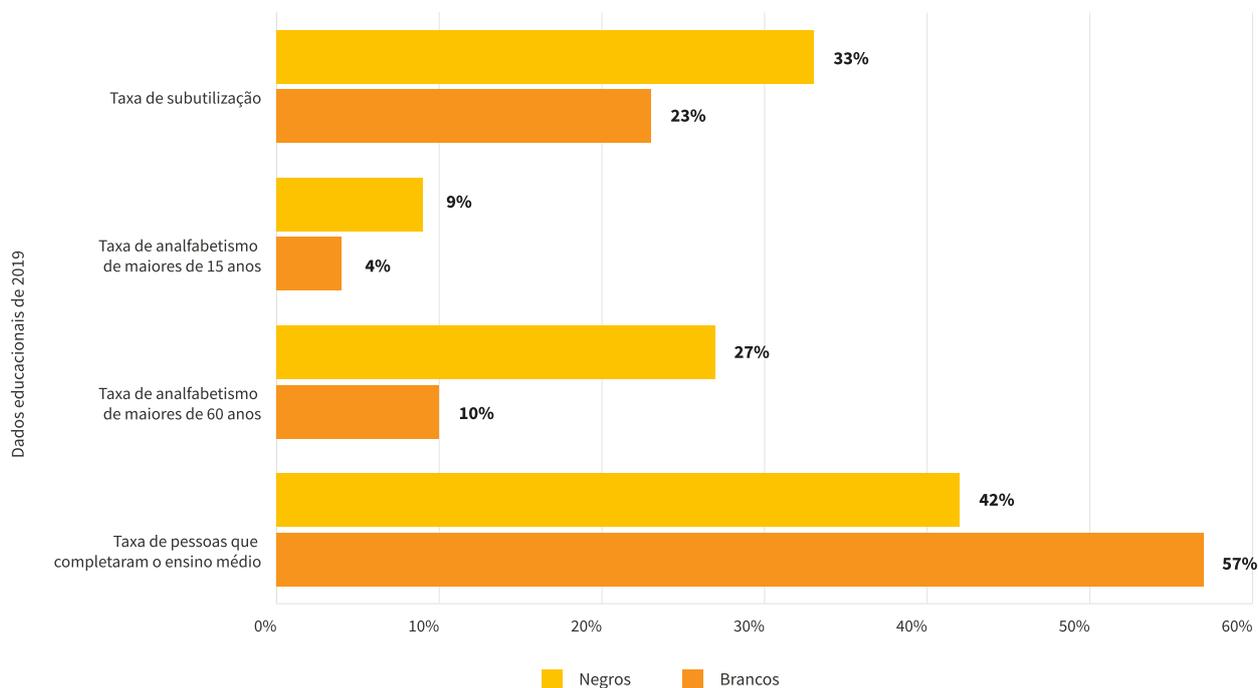
Gráfico 13 - Apesar da tendência de queda, mulheres negras apresentam taxas de homicídios sistematicamente maiores do que mulheres não negras



Fonte: SIM-DATASUS. Reproduzido a partir dos dados do Atlas da Violência (IPEA, 2021).

Em relação à educação, a taxa de analfabetismo entre os negros de 15 anos ou mais foi de 8,9% em 2019, enquanto entre os brancos foi de 3,6%. Essa taxa, entre os idosos (maiores de 60 anos), chega a patamares mais elevados: 27,1% entre os negros e 9,5% entre os brancos. No mesmo ano, 41,8% das pessoas negras de 25 ou mais anos de idade completaram o ensino médio, em contraste com 57% das pessoas brancas.

Gráfico 15 - As taxas de escolaridade da população negra são menores do que a da população branca



Fonte: PNADC – Educação 2019 (IBGE, 2020d).

Apesar de a população negra representar pouco mais da metade da força de trabalho ocupada (53,8%), sua taxa de subutilização⁴⁹ foi de 33,2% em 2021, aproximadamente 11 pontos percentuais maior quando comparada a de brancos (22,5%) inseridos na força de trabalho (IBGE, 2022d). O aumento do desemprego e da inatividade e as dificuldades de entrada no mercado de trabalho formal e informal mostraram-se mais intensas para os negros em relação aos brancos, especialmente no ano de 2020, em decorrência da Covid-19 (Prates et al., 2021). Outro indicador relevante que afeta diretamente as condições de vida e saúde dos indivíduos é a renda que possibilita sua subsistência. Na literatura, diferentes estudos evidenciam a relação entre renda e níveis de saúde estratificados por raça/cor⁵⁰. Está amplamente documentado que pretos e pardos recebem, em média, menos do que brancos, denotando um cenário de significativas desigualdades salariais e, como consequência, influências nos agravos à saúde.

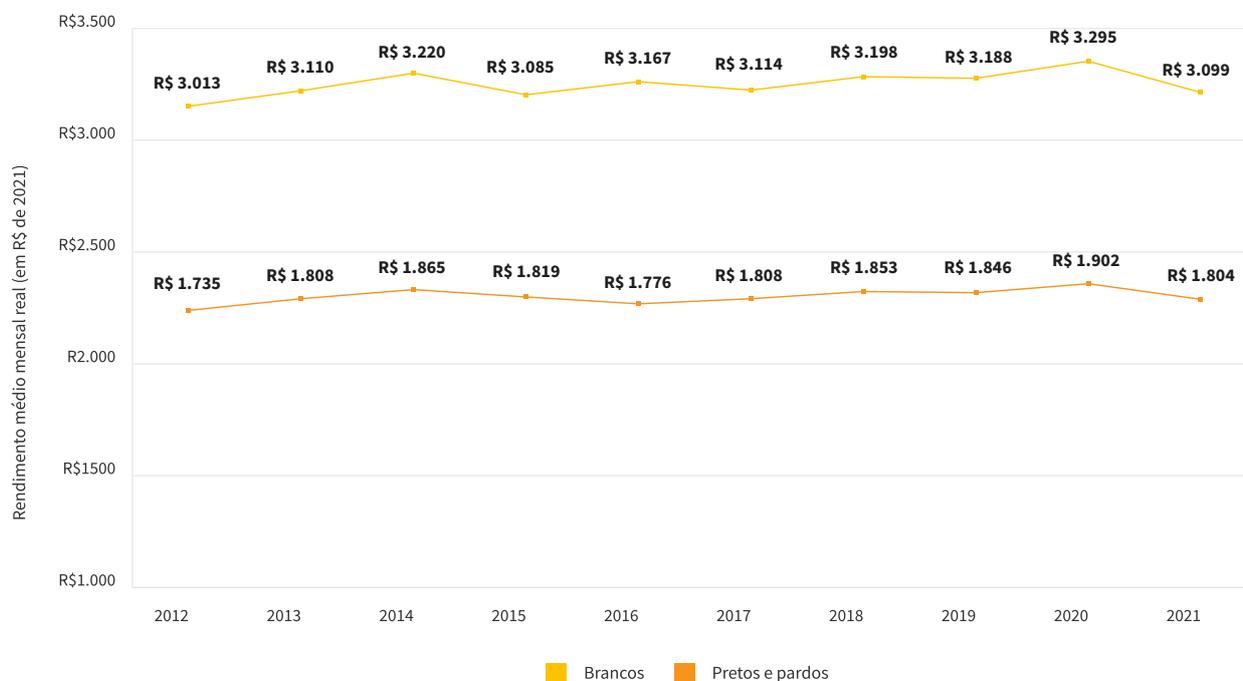
No caso brasileiro, essa situação não é diferente. Abramo (2006) verificou que trabalhadores negros recebem, em média, metade do que recebem os trabalhadores brancos, sejam mulheres ou homens. Considerando o recorte de gênero, o cenário é ainda mais dramático: as análises mostram que as mulheres negras recebem apenas 39% do que recebem homens brancos. Pelos

49. A taxa de subutilização é representada pela razão entre a soma dos desocupados, dos que trabalham menos de 40 horas semanais mas que gostariam e estariam disponíveis para trabalhar mais, e da força de trabalho potencial (desalentados, com a força de trabalho ampliada). Ver mais em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilio_continua/Trimestral/Novos_Indicadores_Sobre_a_Forca_de_Trabalho/pnadc_202104_trimestre_novos_indicadores.pdf.

50. Sobre esses estudos, ver mais em Abedi et al. (2021) e Deaton e Lubotsky (2003).

dados do IBGE (Gráfico 15), entre 2012 e 2021, a renda média de pretos e pardos manteve-se R\$ 1.427,30 abaixo da renda média dos brancos.

Gráfico 16 - Em média, pretos e pardos recebem menos do que brancos, e isso tem se mostrado uma tendência ao longo dos anos



Fonte: Síntese de Indicadores Sociais/IBGE. Nota 1) Valores reais corrigidos pelo IPCA de 2021. Nota 2) Foram considerados os rendimentos médios mensais habitualmente recebidos do trabalho principal.

Quanto às informações de saneamento e acesso a água, sabe-se que, em 2010, enquanto 92% da população branca tinha acesso a água, essa proporção era de 87% entre os pardos e 89% entre os pretos. Já o acesso a coleta de esgoto era de 76% entre os brancos, 68% entre os pretos e 60% entre os pardos (Raupp et al., 2019). Em relação à segurança alimentar, 65% da população negra (pretos e pardos) e 47% da população branca estavam em situação de insegurança em 2022 (PENSSAN, 2022).

As condições de vida da população negra têm impacto direto sobre as condições de saúde em que essas pessoas se encontram e também sobre a forma de acesso aos serviços e aos cuidados de saúde durante seus ciclos de vida. Os altos índices de exposição à violência, à baixa escolaridade, a maiores índices de desemprego e baixa renda refletem em resultados de saúde desfavoráveis a uma vida saudável, contribuindo para significativas taxas de mortalidade e morbidade nessa população.

Indicadores de saúde

De modo geral, negras e negros apresentam piores resultados em saúde quando comparados aos brancos (Goes; Ramos; Ferreira, 2020). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, 38% da população adulta negra avaliou sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, contra 29% da população branca (IBGE, 2020b).

Também de acordo com a PNS, em 2013, havia uma prevalência ligeiramente maior de diabetes entre a população preta (7,2%) quando comparada à população branca (6,7%); em 2019, essa diferença já não era significativa. A taxa de mortalidade por diabetes também é maior entre a população preta e parda (IBGE, 2015b; 2020b). Uma pesquisa realizada com pessoas maiores de dez anos entre 2010 e 2020, considerando todo o Brasil, levantou que a taxa de mortalidade por diabetes da população preta foi de 33 por 100 mil habitantes, enquanto da população parda foi de 36,16 por 100 mil habitantes e da população branca foi de 31,85 por 100 mil habitantes (Garces et al., 2023). As mulheres negras também apresentam 44% mais chances de terem câncer cervical e 27% mais chances de morrerem em decorrência desse câncer do que as mulheres brancas (Melo et al., 2023). As mulheres negras tiveram, ainda, uma maior prevalência de sífilis, em 2022, (65,2%) do que as mulheres brancas (22,5%) (Paixão et al., 2023).

No que se refere aos fatores de risco para a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dados do Vigitel População Negra 2018 revelam que a taxa de consumo regular de frutas e hortaliças entre negros foi de 29,5%, enquanto para brancos foi de 39,1% (Brasil, 2019d).

A saúde mental da população negra também apresenta indicadores piores em relação aos das pessoas brancas. Em 2016, o risco de suicídio foi 45% maior entre adolescentes e jovens negros comparado aos brancos; nesse ano, a cada dez suicídios em adolescentes e jovens, seis ocorreram com negros (Brasil, 2018b).

Nota-se também diferenças entre pessoas brancas e pessoas negras em relação ao tempo investido no atendimento e na realização de diagnósticos médicos. Um estudo realizado sobre o tempo de atendimento médico em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em João Pessoa/PB mostrou que os médicos investiram menos tempo na avaliação de pacientes negros do que na de brancos, o que, por seu vez, levou a um menor número de diagnósticos realizados (Silva, 2018).

Em relação a incidentes e acidentes adversos⁵¹, observou-se que entre 2010 e 2021, com exceção da região Sul, em todas as outras regiões as pessoas negras têm mais chances de serem internadas por essas condições. No Norte e no Nordeste, as pessoas negras têm uma probabilidade seis vezes maior de serem internadas em comparação com as brancas. No Centro-Oeste, essa probabilidade é três vezes maior, enquanto no Sudeste, as pessoas negras têm uma chance 65% maior de serem internadas por tais motivos em relação às pessoas brancas (Coelho e Campos, 2023).

51. Condições hospitalares adquiridas cujos eventos são indesejáveis e não intencionais, ocorridos no período de internação e que não estavam presentes na admissão do paciente.

Da mesma forma, mulheres negras têm indicadores de saúde inferiores aos de mulheres brancas. Dados da PNS 2013 revelam que 60% das mulheres brasileiras⁵², de 50 a 69 anos de idade, realizaram exame de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa. Entre as brancas, essa proporção foi de 66,2%; entre as pretas, de 54,2%, e entre as pardas, de 52,9% (IBGE, 2015a). Um estudo de 2020 revela que mais de 40% das mulheres negras têm o diagnóstico tardio de câncer de mama, o que contribui para que a sobrevivência delas seja até 10% menor do que a de mulheres brancas (Lemos, 2020).

Também há um diferencial racial no acesso a serviços de atenção à saúde materna. As mulheres negras, de maneira geral, apresentam piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto quando comparadas às brancas, mesmo controlando variáveis sociodemográficas (Leal et al., 2017). Mais mulheres brancas (76%) realizaram um número adequado de consultas pré-natais⁵³, em 2014, do que mulheres negras (60%). Cinco anos depois, em 2019, esses valores eram de 81% e 68%, respectivamente, revelando um aumento maior entre as mulheres negras. No mesmo período, a Razão de Mortalidade Materna (RMM)⁵⁴ foi, em média, de 61,6 para mulheres negras e de 53,8 para as mulheres brancas, o que gerou aproximadamente oito mortes maternas a mais de mulheres negras do que de mulheres brancas (Coelho et al., 2022).

Políticas públicas de saúde específicas para a população negra

a) Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, define uma série de diretrizes da pasta voltadas para a melhoria das condições de saúde da população negra. O propósito da PNSIPN é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. O combate ao racismo institucional no SUS é um dos principais norteadores da política.

A implementação da Política está condicionada ao trabalho conjunto entre gestores, movimentos sociais, conselheiros e profissionais do SUS, com foco na melhoria das condições de saúde da população negra, baseada na compreensão das vulnerabilidades e no reconhecimento do racismo como determinante social em saúde (Brasil, 2017).

52. A PNS 2019 aponta um aumento de 4% no percentual de mulheres brasileiras, de 50 a 69 anos de idade, que realizaram mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa, porém no documento não há dados referentes à raça/cor. Ver mais em: [Pesquisa Nacional de Saúde 2019 - Ciclos de Vida](#).

53. O Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas de pré-natal.

54. Razão de Mortalidade Materna é o número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

b) Quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 344, de 1 de fevereiro de 2017, que trata sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. O preenchimento adequado do quesito raça/cor contribui para a melhoria da qualidade dos sistemas de informação dos SUS no que diz respeito à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero. A medida é um marco para subsidiar o planejamento e execução das políticas públicas que levem em conta as necessidades específicas da população negra. A partir da desagregação dos dados epidemiológicos por raça/cor, é possível visibilizar e analisar as iniquidades em saúde (Silveira et al., 2021). Por exemplo, a melhoria da qualidade das informações sobre raça/cor permitiu constatar a maior disparidade racial nas taxas e proporções de mortalidade e internação por acidentes de motocicletas (Coelho e Campos, 2023).

c) Estatuto da Igualdade Racial

Por meio da Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, foi instituído o Estatuto da Igualdade Racial, com o objetivo de assegurar a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica.

Dentre suas determinações, o Estatuto reforça o direito à saúde da população negra como dever a ser garantido por meio do acesso universal e igualitário ao SUS, sem que haja discriminação por raça ou cor. Além disso, o texto regulamenta a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra como o conjunto de ações de saúde voltadas para esse público, a fim de assegurar atendimento que leve em consideração as particularidades e vulnerabilidades da população negra.

Desafios e recomendações

a) Desprijorização no orçamento

O Plano Plurianual (PPA) para o ciclo 2016-2019 possuía um programa específico para o enfrentamento das questões raciais: o Programa 2034 – Promoção da Igualdade Racial e Superação do Racismo, que era um programa geral para promoção da igualdade racial e tinha como uma de suas metas “contribuir para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”. No entanto, esse programa era composto de apenas uma meta, ou seja, não havia programa específico, no PPA, voltado à saúde da população negra. Entre 2014 e 2019, o Programa 2034 sofreu queda de quase 80% em seus recursos alocados. Em 2019, o recurso do Programa 2034 representou somente 8% do montante autorizado em 2012, o que significa uma redução de 92% em oito anos. A partir de 2020, esse programa orçamentário foi descontinuado, não aparecendo no PPA 2020-2023.⁵⁵ No PPA 2024-2027, ainda não há nenhum programa específico para saúde da população negra no Ministério da Saúde. No Ministério da Igualdade Racial, há o programa 5803 - Juventude Negra Viva, que tem por objetivo promover a saúde da juventude negra.

55. Ver mais em: <https://portaldatransparencia.gov.br/programas-e-aco-es/programa-orcamentario/2034?ano=2019>.

Até 2020, ainda existia a ação orçamentária de Implementação de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde na Lei Orçamentária Anual. Em 2016, essa ação chegou a contar com R\$ 46,5 milhões, mas em 2020, passou para R\$ 28 milhões, sendo descontinuada no ano seguinte (Pereira e Rodrigues, 2021).

É importante ter um destaque orçamentário para a população negra a partir de programas e ações específicas no PPA e na LOA pois, assim, garante-se um orçamento reservado a ser utilizado para promoção de equidade em saúde, reduzindo as disparidades entre a população negra e a população branca.

b) Barreiras para a coleta de dados: implementação do quesito raça/cor em sua totalidade

A coleta de dados é essencial para o processo de desenho, acompanhamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas. É a partir deles que sistemas de informação podem consolidar indicadores e traduzir os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades. As informações com os dados desagregados por raça/cor permitem reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas negras, permitindo que o atendimento seja adequado às suas necessidades e realidade (Brasil, 2017).

Em 2017, o preenchimento do quesito raça/cor em todos os formulários do SUS passou a ser obrigatório, porém nem todos os registros, declarações e fichas de notificação foram atualizados ou preenchidos com qualidade. Dentre os 132 bancos de dados do DATASUS, apenas 58,3% têm a variável raça/cor (Rolnik, et al. 2021). Os sistemas de informação e os diferentes níveis de complexidade apresentam grau e qualidade diferentes quanto ao preenchimento. Ao se analisar o nível de preenchimento dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), entre 1996 e 2020, e dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), entre 2008 a 2022, observou-se que o nível de preenchimento de raça/cor nesses sistemas é heterogêneo. Enquanto o SIM e o SINASC apresentaram completude elevada de preenchimento do quesito, os outros dois sistemas tiveram ganhos incrementais, mas com grau de completude bem inferior. Quanto maior a complexidade do estabelecimento de saúde, maior a probabilidade de ter o quesito raça/cor preenchido (Coelho et al., 2023).

A utilização dos sistemas de informação para o monitoramento das desigualdades raciais é uma ferramenta importante pois subsidia a formulação de políticas públicas, permite a comparação entre perfis epidemiológicos e a avaliação de equidade na utilização de serviços de saúde. Porém, para que isso seja possível, a completude e qualidade dos dados disponíveis nos sistemas de informação são essenciais. Para isso, é preciso capacitar os trabalhadores da saúde e sensibilizá-los da importância do preenchimento do quesito raça/cor em todos os sistemas da saúde (Brasil, 2016).

c) Barreiras para implementação de políticas públicas

I) Falta de inserção da população negra no Plano Nacional de Saúde (PNS)

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento que guia o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas do Ministério da Saúde. O plano para o quadriênio 2020-2023 menciona poucas vezes a população negra e, quando faz menção, em geral, é apenas em contexto de diagnóstico relacionado à mortalidade dessa população por homicídio e causas externas. Não há nenhuma análise de diagnóstico específica para a população negra e nem há objetivo, meta ou programa voltado a ela no PNS (Brasil, 2020a). É preciso que haja a inclusão de ações de políticas de equidade e enfrentamento ao racismo em todos os planos de saúde (Brasil, 2016).

II) Não implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Apesar de ter sido instituída há mais de 15 anos, em 2018, somente 28% dos municípios haviam incluído no planejamento municipal de saúde ações previstas na PNSIPN, segundo dados da pesquisa “Perfil dos Municípios Brasileiros” do IBGE (Ferreira e Martins, 2019). Em 2021, essa proporção passou para 32% (Coelho e Nobre, 2023). Um dos principais desafios para a consolidação da política é o desconhecimento sobre sua existência e sobre o quanto o racismo institucional permeia o âmbito da saúde (Evangelista, 2019). A PNSIPN é uma política transversal e sua efetivação depende do envolvimento das diversas áreas e esferas de gestão da saúde (Brasil, 2016).

O racismo institucional se manifesta como tratamentos discriminatórios nas normas, práticas e comportamentos e negligência à população negra, seja durante o atendimento ou por meio da não atenção a esse grupo na elaboração de normas e programas (Brasil, 2016). Cerca de 78,4% da população preta e 79,9% da população parda⁵⁶ não possuem plano de saúde, dependendo integralmente do SUS (IBGE, 2020c). De acordo com a PNS 2013, 11,9% dos pretos e 11,4% dos pardos já se sentiram discriminados no serviço de saúde brasileiro (IBGE, 2015b)⁵⁷. Ainda, é preciso que a PNSIPN inclua as Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) em seu escopo de atenção e atuação, para que a relação raça/DRSAI seja utilizada como indicador de mensuração de desigualdades e critério de planejamento para alocação de políticas públicas (de saneamento, de saúde e outras questões sociais) (Jesus, 2020).

Até 2023, o Ministério da Saúde não tinha uma área técnica de saúde da população negra que fosse responsável por trabalhar a transversalidade do tema racismo institucional nas ações da saúde. A ausência de uma área técnica prejudica a manutenção e fortalecimento de iniciativas exitosas, reduzindo a PNSIPN a eventos pontuais, sem garantia de continuidade. A criação de uma área técnica específica de saúde da população negra se faz necessária para a efetiva implementação da PNSIPN (Cruz, 2013).

56. Para fins de comparação, 61,2% da população branca não tem acesso a planos de saúde.

57. A PNS 2013 investigou se as pessoas se sentiram discriminadas no serviço de saúde. Essa pergunta não foi mantida na PNS 2019.

A fim de estabelecer estratégias de aplicação da PNSIPN que garantam o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, foi publicado, em março de 2017, o III Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Esse plano foi referente ao triênio 2017-2019 e desde então não houve publicação de um novo plano operativo com estratégias de aplicação para PNSIPN.

Para além do plano, é necessário que ocorram ações de monitoramento e avaliação para a devida implementação do plano, além da ampliação dos comitês técnicos de saúde da população negra nos territórios, que são instâncias participativas que subsidiam a gestão para efetivação da política (Brasil, 2016).

Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA) e Povos e Comunidades Tradicionais (PCT)⁵⁸

A população brasileira do campo, floresta e das águas caracteriza-se por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produção e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, que vivem em diferentes ecossistemas com biodiversidade diversa. São camponeses, indígenas, quilombolas, ciganos/romani, ribeirinhos, agricultores familiares, extrativistas, população atingida por barragens, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo (Brasil, 2022b)⁵⁹. Os cuidados com essa população são orientados pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), estabelecida pela Portaria n° 2.866, de 2 de dezembro de 2011.

Uma das características transversais da população do campo, da floresta e das águas é o trabalho rural, seja para a comercialização ou para a subsistência. Assim, é essencial que qualquer avaliação da saúde deles considere suas ocupações e atividades econômicas, pois elas influenciam diretamente na saúde e no adoecimento (Brasil, 2022b). Eles são expostos a várias ameaças, como substâncias químicas, radiação solar, incêndios florestais, animais peçonhentos e equipamentos perigosos, pesados e de difícil manuseio. Além de aumentarem a possibilidade de sofrerem acidentes de trânsito por se deslocarem principalmente em motocicletas ou por animais (Brasil, 2022b).

Como consequência, esses trabalhos podem acarretar em intoxicações exógenas, câncer, transtornos mentais, acidentes por animais peçonhentos, traumas, lesões e acidentes de trabalho, distúrbios osteomusculares, doenças de pele, doenças respiratórias e outras doenças agudas e crônicas.

Além disso, essas populações costumam estar mais expostas ao trabalho informal, a iniciarem sua vida laboral ainda crianças, e a situações de violência, sobretudo, ligadas à disputa pela

58. São definidos como “[...] grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição” (Brasil, 2007, art. 3°).

59. Por existirem informações mais detalhadas para a população indígena e quilombola, elas serão detalhadas de forma mais específica adiante.

terra. Entre 2013 e 2022, os conflitos pela terra aumentaram 47% (de 1.067 conflitos registrados para 1.572) e os conflitos pela água mais do que dobraram (225 contra 104). Tais conflitos se concentram sobretudo na região Nordeste (33%), seguido da região Norte (37%) (CPT, 2022). Eles estão associados à concentração da terra no Brasil: cerca de 70% dos estabelecimentos agrários no Brasil possuem até 50 hectares e apenas 2% possuem mais de 500 hectares (IBGE, 2017; CPT, 2022). Essa violência pode ser exemplificada nos assassinatos do seringueiro Chico Mendes, em 1988; da Irmã Dorothy Stang, em 2005; e mais recentemente do indigenista Bruno Pereira e do jornalista Dom Phillips, em 2022, durante uma viagem pelo Vale do Javari, segunda maior terra indígena do Brasil, no extremo-oeste do Amazonas.

A próxima subseção discute brevemente como os DSS estão inseridos nesse contexto, a fim de compreender os indicadores de saúde das populações do campo e da floresta, considerando que falar de uma política de saúde para esses povos é também falar sobre a conservação histórica e cultural dos povos originários do Brasil.

População Cigana e Saúde

A população cigana está presente no Brasil desde a época da colonização e se caracteriza, muitas vezes, por ser nômade. Atualmente, existem três grandes grupos que se distribuem por todo o Brasil e a maioria acampa em áreas públicas com autorização prévia dos gestores municipais, mas sem nenhuma infraestrutura de saneamento básico. A única pesquisa nacional que oferece dados sobre essa população no Brasil é a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic), do IBGE. Em 2011, ela localizou 291 municípios que afirmaram possuir acampamentos ciganos, mas somente 29 tinham local destinado a esse fim (IBGE, 2011) e 40 desenvolviam políticas públicas voltadas a esse grupo (Vasconcelos et al., 2013). A Munic 2014 coloca esse número em perspectiva: só 3,5% dos municípios brasileiros tinham ações voltadas ao povo cigano. Além da Munic, o Cadastro Único também registra essa população, que totalizou 17 mil famílias em 2023.

Por tradição, muitas mulheres ciganas casam cedo, entre 12 e 15 anos, e não praticam contracepção, sendo a gravidez na adolescência uma questão de saúde potencial entre essa população. Dores nas costas também é um problema de saúde bastante observado entre eles em razão das atividades desempenhadas cotidianamente nos acampamentos e nos grandes deslocamentos feitos a pé (Brasil, 2016). Em 2018, por meio da Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Essa política tem por diretriz ampliar e qualificar o acesso aos serviços do SUS, fortalecer as instâncias de controle social, promover o reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde. Em 2022, foi publicado o Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano (Brasil, 2022c).

Perfil da População do Campo e da Floresta, Quilombola e Indígena

Perfil da População do Campo e da Floresta

Diferentemente do que ocorre em relação à população negra, que é mais facilmente caracterizada e, por consequência, mais facilmente quantificada, contabilizar a população do campo, da

floresta e das águas (PCFA) e os Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) é uma tarefa mais difícil. Sabe-se que, em relação aos primeiros, trata-se de uma população residente em área rural, mas nem toda população que reside em área rural pode ser enquadrada como PCFA. Já os PCT podem tanto viver em área rural como em área urbana.

Pela primeira vez, o Censo de 2022 trouxe informações sobre a população quilombola e um questionário específico para a população indígena. Contudo, ele ainda continua sem mapear especificamente os outros povos tradicionais e a população do campo e ribeirinha.

O Cadastro Único para programas sociais do governo federal (CadÚnico) é um dos lugares que reúne informações sobre essas populações. O processo de inserção foi iniciado em 2004 com o cadastramento das populações indígenas, mas somente a partir de uma nova versão do Cadastro, lançada em 2010 – com novos formulários e um sistema informatizado –, passou-se a cadastrar as demais PCFA e PCT (Brasil, 2014b). Infelizmente, nem todas as pessoas acessam o cadastro, sendo essa informação subestimada.

De acordo com as informações do Cadastro Único para programas sociais (Tabela 2), em março de 2023, existiam mais de 4 milhões de famílias de Grupos Populacionais Tradicionais Específicos registrados no CadÚnico, das quais 2,9 milhões eram beneficiárias do programa Bolsa Família.

Tabela 2 - Número de famílias de Povos Tradicionais cadastradas no Cadastro Único para programa sociais – Brasil, 2023

Grupos familiares	Famílias Cadastradas	Beneficiárias do PBF ***
Indígenas	241.821	185.383
Ciganos	17.776	8.644
Quilombolas	297.936	206.896
Ribeirinhos	196.311	145.398
Extrativistas	64.036	50.533
Pescadores artesanais	405.690	309.196
Agricultores familiares	2.593.152	1.800.300
Assentados da Reforma Agrária	212.561	95.466
Acampados	57.060	24.841
Atingidos por empreendimentos de infraestrutura	17.239	9.485
Resgatados do trabalho análogo ao de escravo	125.807	64.624
Famílias pertencentes a comunidades de terreiro	8.870	5.447
Total	4.238.259	2.906.213

Fonte: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Cadastro Único para programas sociais (Março/2023).***
Folha de pagamento do Programa Bolsa Família (Abril/2023).

Perfil da População Quilombola⁶⁰

Segundo o Censo Demográfico 2022⁶¹ (IBGE), a população quilombola é de 1.327.802 de pessoas, o que corresponde a 0,65% da população brasileira, e ocupam 473.970 domicílios, ou 0,65%, dos domicílios brasileiros. Foram identificadas 5.972 localidades quilombolas para a etapa de coleta censitária, distribuídas em 1.696 municípios (IBGE, 2023a). A maior concentração da população quilombola está no Nordeste (68%)⁶², seguida do Sudeste (13%) e Norte (12%). As regiões Sul e Centro-Oeste concentram, juntas, 5,5% da população quilombola (IBGE, 2023a).

Há quatro municípios que contam com mais de 15 mil quilombolas em sua população: Senhor do Bonfim (BA), Salvador (BA), Alcântara (MA) e Januária (MG)⁶³, sendo que mais de 85% da população de Alcântara é quilombola. Outros municípios que contam com mais de 50% da população de quilombolas são: Berilo (MG), Cavalcante (GO), Serrano do Maranhão (MA) e Bonito (BA) (IBGE, 2023a).

Destaca-se que, da população identificada pelo Censo, apenas 12,59% estavam dentro de territórios oficialmente delimitados como território quilombola; os outros 87,41% estavam fora das áreas delimitadas oficialmente. Os territórios oficialmente delimitados abrigam, ainda, 18% da população não quilombola⁶⁴ (IBGE, 2023a).

As comunidades quilombolas encontram-se, majoritariamente, em áreas rurais e possuem baixos níveis de escolaridade e renda, com atividades econômicas em que predominam a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato (Cardoso et al., 2018). Uma realidade vivida por muitas comunidades quilombolas é de não terem assegurado seu direito aos territórios, convivendo ainda com conflitos, ameaças de expropriação e violências (Silva e Souza, 2021). Aproximadamente 75% da população quilombola vive em situação de extrema pobreza (Silva e Souza, 2021). Na Tabela 2, observa-se que cerca de 297 mil famílias quilombolas estão inscritas no Cadastro Único.

Perfil da População Indígena

Os povos indígenas no Brasil apresentam grande diversidade, abrangendo 305 grupos étnicos e 274 idiomas (IBGE, 2010a). No Censo de 2010, o IBGE identificou mais de 890 mil indígenas no país, correspondendo a 0,4% da população, com 63% deles localizados em área rural e 47% em área urbana. Os resultados preliminares do Censo 2022 indicaram um aumento de 84% dessa população, alcançando 1.652.876 pessoas autodeclaradas indígenas no Brasil, o que correspon-

60. Segundo definição do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, são considerados quilombolas “os remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”.

61. O Censo Demográfico de 2022 foi o primeiro a contabilizar a população quilombola.

62. No Nordeste, a Bahia é o estado com a maior concentração, com 397.059 pessoas (30%), seguida do Maranhão, com 269.047 pessoas (20,2%).

63. Em Januária (MG), 100% da população vive em território não delimitado oficialmente.

64. Na Paraíba, os territórios delimitados oficialmente contam com 51% da sua população sendo de não quilombolas.

deria a 0,8% da população brasileira (IBGE, 2023b). Em 2019, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) indicou aproximadamente 1.298 terras indígenas no país, das quais 408 estão regularizadas, 287 em alguma fase do procedimento de demarcação, 40 em situação de reservas, 21 domínios⁶⁵, 6 em restrição devido à presença de povos isolados e aproximadamente 536 sendo reivindicadas pelos povos, sem nenhum reconhecimento por parte do órgão indigenista (CIMI, 2020).

A ação dos povos indígenas é responsável em grande medida pela preservação das florestas. Cerca de 35% das florestas nativas da América Latina e Caribe estão em áreas ocupadas por povos indígenas. Mais de 80% das áreas em terras indígenas, nessa região, são cobertas por floresta, o que representa entre 320 e 380 milhões de hectares de florestas (FAO e FILAC, 2021).

Por reivindicação direta de movimentos sociais, a saúde indígena no Brasil foi estruturada de forma distinta do modelo de descentralização municipalista que organiza a maior parte do SUS. Como estratégia de descentralização alternativa à municipalização, foram organizados os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS) (Pontes et al., 2019; Brasil, 2022b).

Indicadores de Saúde da População do Campo e da Floresta, Quilombola e Indígena

Indicadores de saúde da População do Campo e da Floresta

Aspectos como a dispersão espacial dessa população, problemas socioeconômicos aliados à ausência ou à insuficiência de políticas públicas de saúde e de saneamento, e a escassez de recursos aplicados nessas comunidades contribuem para consolidar o grave quadro de carências característico da área rural do país. Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis. As doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes são as lesões por esforço repetitivo/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/Dort), formas de adoecimento mal definidas e o sofrimento mental, que se somam a doenças profissionais clássicas como a silicose e as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos (Brasil, 2008a).

Segundo dados apresentados nos Dossiês da Abrasco (Abrasco, 2012; 2021a; 2021b), o processo produtivo agrícola brasileiro está cada vez mais dependente dos agrotóxicos e fertilizantes químicos. Enquanto o mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%, o mercado brasileiro cresceu 190% nos últimos dez anos. Esse tipo de insumo afeta mais a população camponesa porque além de afetar a comida, contamina de forma mais concentrada a água que essas pessoas consomem e o ar que respiram. As principais consequências relatadas são de intoxicações, decorrentes em sua maioria do uso contínuo de agrotóxicos – de forma ocupacional ou ambiental –, danos ao

65. São as terras de propriedade das comunidades indígenas, obtidas por qualquer das formas de aquisição do domínio, nos termos da legislação civil.

sistema nervoso central, câncer, efeitos deletérios à saúde do trabalhador rural, malformações e alterações endócrinas (Panis et al., 2022). Embora diversos estudos busquem estimar o impacto dos agrotóxicos na saúde da população, desde intoxicação (Hendges et al., 2019) e envenenamento (Recena; Pires; Caldas, 2006) aos efeitos na saúde mental (Campos et al., 2016), ainda há uma grande lacuna na avaliação do risco à saúde que representam, em um país que está entre os quatro maiores consumidores de pesticidas agrícolas do mundo (Paumgartten, 2020).

Além das doenças já citadas, há também doenças endêmicas como a malária, a febre amarela, a doença de Chagas e a leishmaniose. O número de casos de malária para o ano de 2021, no Brasil, foi de 139.211 (Brasil, 2022a), sendo que, em 2019, 99% dos casos concentravam-se na região da Amazônia Legal (Fiocruz, 2019). Boa parte da população dessa região depende de atividades de extrativismo e exploração de recursos das florestas, o que torna as ações de prevenção e promoção de saúde ainda mais difíceis.

Aos episódios de violência relacionados aos conflitos pela posse e propriedade da terra, que afligem intensamente essa população, somam-se os agravos decorrentes das violências doméstica e sexual, principalmente contra as mulheres. De acordo com o relatório Conflitos no Campo Brasil 2022, da Comissão Pastoral da Terra (CPT, 2022), nos últimos dez anos, 688 mulheres foram ameaçadas de morte em enfrentamentos no campo – 48% do total de ameaças. Como não há diferença de gênero significativa, o relatório conclui que as ameaças de morte são uma forma de violência contra lideranças e, enquanto lideranças mulheres sofrem situações de intimidação em maior proporção do que os homens, eles estão mais expostos à morte violenta.

Esse quadro evidencia a complexidade e a gravidade das condições de saúde dessas populações, o que requer um esforço do SUS no seu enfrentamento e na articulação com outros órgãos e instâncias – como o INCRA e a FUNAI – a fim de garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde de forma continuada, com qualidade e visando atender suas especificidades. Dentre essas populações, abordaremos a seguir a quilombola e a indígena, considerando que são aquelas com dados estatísticos mais consolidados, ainda que pouco qualificados.

Indicadores de saúde da População Quilombola

As comunidades quilombolas vêm demonstrando uma transição epidemiológica, evidenciada pela maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão e diabetes. Contudo, ainda apresentam altas taxas de doenças infecciosas, mortalidade infantil e desvios nutricionais (Cardoso et al., 2018). Quilombos não contam com um sistema de saúde estruturado e os relatos, em geral, são de frágil assistência e da necessidade de deslocamento até centros de saúde melhor estruturados (Conaq, 2022).

Há indicativos de um processo de transição nutricional caracterizado pela redução da desnutrição infantil e aumento do sobrepeso e obesidade. Esse fator acoberta a carência nutricional. A

dieta supera as necessidades energéticas diárias, mas apresenta deficiência de nutrientes, como ferro, vitaminas e minerais. Soma-se a isso o fato de que mais de 70% das comunidades quilombolas têm condições precárias de saneamento, como valas a céu aberto e fossas rudimentares, condições que limitam o acesso à água potável (Silva e Souza, 2021; Zigoni, 2020).

As localidades rurais, desprovidas de transporte coletivo, dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde e a qualidade dos serviços, assim como a busca por medicamentos. Por isso, há subutilização dos serviços de saúde e a população quilombola avalia a assistência como muito ruim/ruim. Dificuldade de acesso a bens e serviços também é um dos obstáculos que enfrentam esse grupo populacional (Cardoso et al., 2018).

O acesso ao serviço de saúde é uma condição essencial para melhorar a qualidade de vida, e vai além do simples ato de se ter acesso ao serviço. Trata-se da possibilidade de se fazer o uso apropriado do equipamento. Assim, a discussão vai além dos desafios de acesso ocasionados pela debilidade do transporte, diz respeito, sobretudo, ao acesso à informação e educação em saúde (Durand e Heidemann, 2019).

Embora esteja presente na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) e na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), não há até o momento uma política exclusiva para essa população. A partir da Nota Técnica nº 215/2021-CGIAE/DASNT/SVS/MS, os quilombolas passaram a ser registrados de forma específica em alguns sistemas do SUS, como o Sistema de Notificação de Casos de Síndrome Respiratória Leve. E a Portaria GM/MS nº 4.036, de 29 de dezembro de 2021, dispôs sobre a transferência de incentivo financeiro federal para o fortalecimento de ações da APS, considerando o cadastro de populações quilombolas.

Indicadores de saúde da População Indígena

Algumas questões relacionadas à saúde da população indígena se manifestam de forma mais expressiva e merecem atenção especial. São exemplos: a mortalidade infantil e a insegurança alimentar, sobretudo das crianças; as questões de saúde mental e o uso crescente de medicamentos psicotrópicos, além do uso pronunciado de álcool; a exposição à violência e o impacto de garimpos em terras indígenas.

a) Mortalidade infantil e insegurança alimentar das crianças

De acordo com o IBGE, em todas as regiões do Brasil, a população indígena apresenta taxa de mortalidade infantil mais elevada que os outros grupos populacionais. No ano de 2010, foram 23 óbitos por mil nascidos vivos entre indígenas, enquanto a taxa entre não indígenas foi de 15,6 por mil (Corrêa et al., 2020). As crianças indígenas têm 60% mais chances de morrer do que as não indígenas (Marinho et al., 2019). A chance de crianças indígenas morrerem em compara-

ção com crianças de mães brancas ou negras é maior para todas as causas de morte: desnutrição, diarreia, influenza e pneumonia, causas acidentais e causas mal definidas (Rebouças et al., 2022). Em 2018, a prevalência de desnutrição crônica entre crianças indígenas brasileiras menores de 5 anos era de 28,6% (CPISP, 2019).

O acesso à alimentação nas aldeias se dá, majoritariamente, pelas doações (cesta básica) e pela compra de alimentos fora das comunidades. Porém, as fontes atuais não garantem a alimentação na constância, quantidade e qualidade necessárias. A adoção de hábitos alimentares prejudiciais à saúde, como o consumo elevado, especialmente pelas crianças, de alimentos ultraprocessados com baixo valor nutritivo (refrigerantes, biscoitos, doces) pode resultar em diabetes, sobrepeso e obesidade. Além disso, há deficiências vitamínicas que contribuem para índices maiores de anemia ferropriva⁶⁶ e beribéri⁶⁷ (CPISP, 2019). Um estudo com crianças indígenas que residem no Acre encontrou, nas faixas de idade de 6 a 12 meses e 13 a 23 meses, um alto consumo de alimentos ultraprocessados (53% e 29%, respectivamente), enquanto o consumo de outros alimentos revelou-se insuficiente (entre 33% e 41% de frutas e entre 20% e 25% de comida de sal)⁶⁸. Entre os tipos de ultraprocessados mais consumidos figuram biscoito (65%) e suco artificial (58%) (Maciel et al., 2021).

b) Saúde mental

Dados da SESAI indicam que a taxa de suicídio entre indígenas brasileiros no ano de 2014 foi de 21,8 por 100 mil habitantes – praticamente quatro vezes maior do que na população brasileira em geral (Souza et al., 2020b).

O uso de medicamentos psicotrópicos por populações indígenas no Brasil tem aumentado, em especial por conta de práticas de assistência de inspiração curativista. A assistência em saúde indígena tem como dilema a tensão entre ampliar o acesso a medicamentos psicotrópicos para quadros clínicos de sofrimento e transtornos de saúde mental e a frequente incompatibilidade de utilizar hipóteses clínicas fundamentadas em manuais de diagnóstico psiquiátrico para interpretar comportamentos com forte componente cultural (Brasil, 2019b).

O uso de álcool entre os povos indígenas têm diversos efeitos, tanto positivos – como práticas tradicionais ancestrais em rituais, mediação política de conflitos grupais, festividades, atividades laborais –, quanto negativos – como processos de desagregação social e familiar, e o álcool como instrumento de colonização e desarticulação das comunidades. A mensuração dos problemas devidos ao uso prejudicial de álcool é dificultada pela ausência de instrumentos de identificação

66. Anemia ferropriva é uma doença que ocorre por conta da deficiência de ferro no corpo, reduzindo o volume de hemoglobina e hemácias – células sanguíneas que transportam oxigênio para os tecidos do organismo.

67. Beribéri é uma doença que acontece em pacientes com deficiência nutricional de vitamina B1, que pode afetar a função neural e cardiovascular do paciente.

68. Até meados de 2017, a Nestlé patrocinava uma barçaça que entregava dezenas de milhares de embalagens de leite em pó, iogurte, sobremesas lácteas de chocolate, biscoitos e balas a comunidades isoladas da bacia Amazônica (Jacobs e Richtel, 2017).

e rastreamento desse agravo validados para a população indígena. Instrumentos convencionais, como o AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*), não levam em consideração o contexto intercultural e se limitam a uma análise individualizante de um problema que é tipicamente comunitário (Brasil, 2019a).

c) Exposição à violência e o impacto de garimpos em terras indígenas

Um determinante social de saúde que deve ser destacado dentre os indicadores da população indígena é a violência. Os impactos de atividades de garimpo e mineração avançando sobre terras indígenas, e outras ações desenvolvimentistas e exploratórias de recursos naturais – como a construção de barragens – nos entornos dessas terras, são dimensões que afetam sobremaneira a saúde desses povos.

A violência contra os povos indígenas se constituiu historicamente como política de Estado no Brasil. O Relatório Figueiredo, da Comissão Nacional da Verdade, identificou mais de 8 mil indígenas mortos pela ditadura militar. Os povos indígenas eram considerados “[...] virtuais inimigos internos, sob a alegação de serem influenciados por interesses estrangeiros ou simplesmente por seu território ter riquezas minerais, estar situado nas fronteiras ou se encontrar no caminho de algum projeto de desenvolvimento”, e se declarava como planejamento de Estado que, dentro de 10 a 20 anos, não houvesse mais indígenas no Brasil (Pontes et al., 2019, p. 147).

A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) identificou como principais violações e ameaças aos direitos dos povos indígenas no país no período recente (2020-2021): i) ameaças institucionais por meio do avanço da agenda anti-indígena no Estado brasileiro; e ii) ameaças socioambientais expressas na invasão dos territórios pelo poder econômico (APIB, 2021). Em uma década (2011 a 2020), houve um aumento de 92% dos conflitos envolvendo terras no Brasil. Só entre 2019 e 2020, o aumento foi de 25%, sendo o maior número de conflitos por terras desde 1985. Foram 171.625 famílias brasileiras afetadas pelos conflitos, sendo 96.931 famílias indígenas (56%) (CPT, 2021).

Mesmo não havendo autorização do Congresso Nacional para extração de ouro em qualquer terra indígena brasileira (Ramos et al. 2020), a terra indígena do povo Yanomami testemunha violentas invasões, com uso ostensivo de armas de fogo, e perseguições devido à intensificação da atividade garimpeira desde 2020. Nesse ano, houve um aumento de 30% na degradação ambiental na região, o que totaliza 2.400 hectares de área degradada, de acordo com relatório Cicatrizes na Floresta (ISA, 2020). Em 2023, o Ministério da Saúde foi à terra indígena Yanomami em uma missão exploratória. Nela, além da precariedade dos serviços de transporte aeromédico, também foram expostas dificuldades de acesso a insumos de saúde, estabelecimentos de saúde danificados ou pouco funcionais, insegurança dos profissionais da saúde por conta das ameaças de violência pelo garimpo ilegal, bem como outras necessidades de saúde não atendidas, em especial os altos níveis de insegurança alimentar (Brasil, 2023b).

Os impactos do garimpo nas terras indígenas vão além da degradação da floresta, envolvendo também a disseminação de doenças, como a Covid-19 e a malária. A exploração ilegal de bens naturais, como o ouro, contamina o bioma da região levando à morte de animais, rios e, conseqüentemente, água e alimentos contaminados, resultando em menos opções de alimentos para as comunidades indígenas (Abrasco, 2021a).

O mercúrio é essencial para o processo de extração do ouro (Ramos et al., 2020). Então, além de disseminar doenças infecciosas, o garimpo também promove larga contaminação por metilmercúrio, que é transportado pela cadeia alimentar, passando dos peixes para os humanos. A exposição pré-natal ao metilmercúrio pode levar à deficiência intelectual, perda cognitiva e paralisia cerebral, danos que já são exibidos por crianças na Terra Indígena Munduruku, chegando a 15,8% do total de crianças avaliadas (Hartman, 2019). A exposição ao mercúrio (pela ingestão, inalação ou contato com a pele) resulta em sintomas neurológicos, distúrbios neuropsíquicos, vômitos e diarreias, alterações da personalidade e do caráter, ansiedade, perda da capacidade de concentração, depressão, irritabilidade, anorexia, perda de peso, insônia, aparecimento de tremores faciais que se estendem para os membros superiores e inferiores e transtornos renais. Em caso de envenenamento agudo, a morte pode ocorrer entre um e cinco dias. A percepção da contaminação dos peixes tem levado as comunidades indígenas a mudar seu padrão alimentar, substituindo a fonte proteica por alimentos ricos em carboidratos e menos nutritivos (Ramos et al., 2020).

As políticas nacionais de saúde das Populações do Campo, da Floresta e Águas, da População Indígena e da População Quilombola

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e Águas (PNSIPCFA) foi aprovada na 14^a Conferência Nacional de Saúde e instituída pela Portaria n° 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Entretanto, os esforços para sua elaboração são anteriores, desde 2005, época em que o Ministério da Saúde vinha trabalhando com o Grupo da Terra com objetivo de elaborar a Política.

A PNSIPCFA tem como propósito melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, raça/cor, etnia e orientação sexual, garantindo o acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas, e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida (Brasil, 2013a).

Para isso, a Política tem como diretrizes específicas a inclusão social, a transversalidade e inter-setorialidade, a valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, a promoção de ambientes sustentáveis, o apoio à produção solidária, a participação social, a informação e comunicação em saúde e produção de conhecimentos científicos. O reconhecimento de que a saúde é deter-

minada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades e populações foi incorporado nessa Política, indicando a necessidade de ações intersetoriais consideradas imprescindíveis para o impacto sobre o nível de vida e de saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

Outras iniciativas que merecem destaque são: a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT, 2007); Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO, 2012); Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR, 2019); Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB, 2013); e Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF, 1996).

Política de Saúde para os Quilombolas

A população quilombola não conta com uma política específica para si, estando contemplados dentro da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Da mesma forma, no Portal da Transparência, não há dados de orçamento específico voltado ao público quilombola vinculado ao Ministério da Saúde.

Há, todavia, a Portaria nº 822/06 do MS, que altera critérios para definição das ESF na Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a implantação de ESF em municípios que atendam a população remanescente de quilombos e/ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas. No entanto, a Pesquisa de Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas Tituladas, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), em 2011, constatou a existência de agentes comunitários de saúde em 85% das comunidades pesquisadas, mas que apenas 14,7% delas possuíam Unidades Básicas de Saúde instaladas em seus territórios (Brasil, 2013a).

Por outro lado, entre 2014 e 2021, foram orçados inicialmente R\$ 92.669.744,00 para reconhecimento e indenização de territórios quilombolas e realizados R\$ 65.000.817,79 (cerca de 70%). Duas ações orçamentárias específicas dentro do Programa 2034 (Promoção da Igualdade Racial e Superação do Racismo) podem ser destacadas: a Ação 210Z - Reconhecimento e Indenização de Territórios Quilombolas e a Ação 210Y - Apoio ao Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Quilombolas, Povos Indígenas e Povos e Comunidades Tradicionais. Essas duas ações eram parte de uma estratégia combinada no desenho da política pública para os territórios quilombolas, ou seja, os processos de regularização fundiária deveriam vir acompanhados de ações para o desenvolvimento das comunidades. Em 2013, a Ação 210Z chegou a ter R\$ 70 milhões autorizados e a 210Y alcançou seu máximo em 2014, com R\$ 8 milhões autorizados. Ambas as ações deixaram de ter recursos a partir de 2016, mesmo permanecendo como missão do Programa 2034 no PPA 2016-2019 (Zigoni, 2020). No Brasil, menos de 7% dos territórios quilombolas estão titulados.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Os povos indígenas contam com uma política nacional de atenção à saúde específica, lançada em 2002, por meio da Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (Brasil, 2002). A política requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde. Para sua efetivação, foi criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura e acesso do Sistema Único de Saúde. Essa política tem como diretrizes a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local; a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; e a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde.

Desafios e recomendações

a) Falta de orçamento e políticas específicas

Apenas a população indígena possui um orçamento exclusivo para as ações voltadas à sua saúde, concentrados em um único programa: “Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena”. No entanto, esse orçamento vem caindo ao longo da última década. Segundo estudo do IEPS, entre 2013 e 2023, houve queda de 12,7% na dotação orçamentária destinada à saúde indígena, com o ano de 2023 configurando um dos menores valores da série histórica, R\$ 1,74 bilhão. A maior parte do orçamento vai para gastos correntes, cujo recuo nesse período foi de 17%, sendo que apenas 43% dos recursos de investimento dos últimos anos foram aplicados (Nobre e Faria, 2023). O programa é parte da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada em 2010 como responsável exclusivamente pela saúde indígena. É a única secretaria ligada ao Ministério da Saúde com atribuições tanto de gestão como de execução das ações e programas de saúde, apresentando desafios administrativos específicos (Mendes et al., 2018).

Enquanto isso, o recurso voltado à saúde das populações quilombola, cigana, ribeirinha, entre outras está distribuído no orçamento comum da saúde, como ocorre com a população negra (Bispo de Almeida et al., 2019; Zigoni, 2020).

A falta de recursos designados gera os seguintes efeitos (Zigoni, 2020):

1. A alocação de recursos é definida de maneira discricionária pelos gestores públicos, durante o ano fiscal, dando a esses gestores o poder de contemplar ou não as populações nos programas orçamentários;
2. Uma vez que não há desenho de políticas públicas específicas no PPA, também não existem metas e indicadores que tornem o orçamento mais eficaz, eficiente e efetivo na promoção de direitos e proteção destas comunidades;
3. A ausência de planejamento, metas, indicadores e orçamento específico acarreta prejuízo para o monitoramento por parte dos próprios gestores públicos e da sociedade civil.

b) O avanço de projetos de grandes impactos ambientais

No âmbito de ações específicas que envolvem a PNSIPCF, ganha destaque o desafio de avaliação dos impactos dos grandes empreendimentos sobre a saúde das populações e comunidades tradicionais. Esses empreendimentos provocam conflitos sociais e geram consequências para o processo saúde-doença, especialmente dos grupos sociais mais vulneráveis, tais como quilombolas e indígenas (Fiocruz, 2018).

Os serviços públicos de saúde e a sua lógica de organização desconsideram a dinâmica territorial dos grupos, o que implica diretamente no acesso aos serviços e no agravamento à saúde, reforçando situações de vulnerabilidade. Populações do campo, da floresta e das águas têm especificidades que devem ser respeitadas e levadas em consideração, sendo o uso do território uma dessas especificidades. A demarcação e proteção de territórios por parte do Estado possibilita a prática do plantio e do resgate de hábitos alimentares, garantindo a segurança alimentar dessa população, e superando a dependência de doações externas e alimentos industrializados que trazem vulnerabilidades de saúde adicionais aos povos indígenas (CPT, 2020).

O garimpo, sobretudo, tem sido uma grande ameaça à saúde das populações ribeirinhas e indígenas, principalmente em decorrência do uso do mercúrio nessa atividade. Além do controle e fiscalização dessa atividade, é preciso garantir às populações que tenham sido contaminadas tratamento e recursos que as permitam sobreviver sem precisar consumir alimento e água impróprios e nocivos à saúde (Pedrana et al., 2018).

c) Alta rotatividade de profissionais, falta de recursos e grandes distâncias dos centros urbanos

A qualidade dos serviços de saúde prestados nos territórios indígenas é prejudicada pela infraestrutura precária e escassez de insumos e equipamentos, e agravada pela alta rotatividade de profissionais e pela complexidade logística encontrada em regiões que só podem ser acessadas por horas de viagem de barco ou por helicóptero (Mendes et al., 2018).

d) A falta de reconhecimento dos saberes e práticas tradicionais das comunidades

O planejamento dos serviços e as formações profissionais não demonstram reconhecer os saberes e práticas das populações tradicionais, o que fragiliza a qualidade de atendimento a essa população (Melo, 2017; Mendes et al., 2018). A alta rotatividade de profissionais e o não estabelecimento de vínculo inviabiliza o reconhecimento das especificidades culturais, prejudicando o cuidado em saúde das comunidades (Mendes et al., 2018). A assistência indígena é frequentemente orientada por uma abordagem de transmitir aos indígenas um comportamento de saúde sem interlocução adequada, e por responsabilizá-los por sua situação de saúde quando não incorporam o “comportamento adequado” (Teixeira, 2019).

Não precisa haver embate entre a utilização do sistema de saúde oficial, entendido como medicina ocidental, e os saberes específicos de populações tradicionais. Segundo Buchilet (1991),

quando a “medicina ocidental” tem sua eficácia demonstrada, ela é percebida como técnica terapêutica adicional e não substitutiva, e as pessoas atendidas ressignificam a explicação da eficácia da medicina a partir do seu sistema de conhecimento.

A saúde dos povos do campo, floresta e águas deve ser pensada em uma dimensão integral, envolvendo o direito à terra, atividades de plantio e colheita, bem como atividades de educação, cultura e espiritualidade. Para isso, o diálogo entre o sistema de saúde oficial e as cosmovisões e práticas tradicionais deve ser promovido por meio de fóruns de diálogo entre profissionais de saúde, gestores e lideranças locais. Em relação à atuação dos profissionais de saúde, para a formação e a qualificação dos serviços, é importante que sejam discutidos os papéis da saúde ocidental e da saúde tradicional no atendimento às diferentes populações.

e) A falta de informações sobre indicadores de saúde dessas populações

De uma forma geral, há poucas informações sobre as populações indígena, quilombola e de outras etnias que permitam a construção de indicadores de saúde específicos. É necessário que os sistemas de informação registrem e as bases de dados permitam a identificação dos povos de comunidades tradicionais, para que se possa realizar o planejamento e monitoramento das ações voltadas a essas populações.

População LGBTQIAPN+

Comparada com pessoas heterossexuais e cisgêneras, a população LGBTQIAPN+⁶⁹ enfrenta um cenário de discriminação em atendimentos de saúde que se apresenta em condutas inadequadas dos profissionais, conotações preconceituosas e estigmatizantes, atendimentos não humanizados, ausência de acolhimento, negligência de ações e omissão de cuidado, seja na Atenção Primária à Saúde (APS) ou na atenção especializada.

Além disso, há estigma e preconceito na assistência à saúde; uma premissa generalista de que todas as pessoas são iguais, a despeito das diferenças históricas, sociais, econômicas, políticas e culturais que lhes atravessam; e a falta de uma compreensão ampliada das demandas de saúde das populações LGBTQIAPN+ (Borges et al., 2020).

Ao longo dos anos, observou-se grandes avanços nas ações relacionadas ao combate de Infecções Sexualmente Transmissíveis, sobretudo, ao HIV/AIDS. No entanto, reduzir a saúde dessa população a questões relacionadas a práticas sexuais é uma das principais críticas que se faz na abordagem à saúde pública desse grupo (Melo et al., 2020). É preciso lembrar que apenas em

69. Abarca pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais, Queer, Intersexo, Assexuais/Agênero, Pansexuais, Não-Binárias e mais, abrangendo outras orientações sexuais e variações de gênero.

2020 o Superior Tribunal Federal eliminou a restrição da Anvisa que proibia homossexuais de doarem sangue, por considerar a regra discriminatória.

A equidade, uma das premissas do SUS, sustenta a ideia de que as diferenças entre as pessoas e suas histórias impactam diretamente na saúde de cada um dos indivíduos. Portanto, não respeitar que a população LGBTQIAPN+ tem demandas diferentes da população heterossexual e cis-gênera é não considerar a equidade prevista no SUS. Os profissionais de saúde devem enxergar o indivíduo para além dos seus órgãos genitais de nascimento ou da cultura heteronormativa (Brasil, 2020b).

Profissionais de saúde frequentemente não têm preparo para lidar com as demandas específicas da população LGBTQIAPN+ (Lorena e Thami, 2022), principalmente aquelas referentes ao processo transsexualizador na APS e ao uso do nome social nos registros administrativos. É preciso vencer a falta de estímulo em estudar as demandas de saúde da população LGBTQIAPN+ desde a formação acadêmica (Guimarães et al., 2020).

Perfil da população LGBTQIAPN+

Gates (2011) estimou, por meio de outros estudos, que a população de lésbicas, gays e bissexuais variava entre 1,7% a 5,6% nos Estados Unidos, e de 1,2% a 2,1% em outros países estrangeiros, e que 0,3% da população norte-americana era de pessoas transgêneras. De acordo com a OCDE, a estimativa de pessoas LGB nos países que compõem a organização é de 2,7%, não incluída a proporção de pessoas transgêneras (OCDE, 2019). Uma pesquisa nacionalmente representativa da população adulta brasileira, realizada pelo Instituto Datafolha, estimou que 0,69% da população era de pessoas transgêneras e 1,19% eram de pessoas não-binárias (Spizzirri et al., 2021). Pela primeira vez, em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde incluiu uma pergunta sobre orientação sexual dos entrevistados, apenas para maiores de 18 anos. Foram identificadas 2,9 milhões de pessoas de 18 anos ou mais que se declaravam como lésbica, gay ou bissexual, 2% da população (IBGE, 2022b). É provável, entretanto, que esse número esteja subnotificado devido ao estigma da pergunta, que pode gerar desconforto e insegurança em declarar a orientação sexual. De toda forma, é o primeiro resultado do instituto de pesquisa oficial do Brasil sobre o quantitativo dessa população. Contudo, o IBGE perguntou apenas sobre a orientação das pessoas, ou seja, o Brasil continua sem saber, oficialmente, o tamanho da sua população transgênero^{70 71}.

70. Em 2021, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos iniciou, junto com o Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília, o estudo intitulado “Estudo Nacional sobre os perfis travestis e transexuais”, mas até junho de 2023 não havia resultados desse estudo.

71. Existem outras pesquisas organizadas pela sociedade civil que buscam quantificar a população transgênero, como o Censo Trans, realizado pela Rede Trans (Souza e Araújo, 2022), e o Censo Trans, realizado na cidade de São Paulo (CEDEC, 2021). De forma geral, essas pesquisas não são representativas da população brasileira e a metodologia utilizada é de coleta voluntária de dados pela internet.

Indicadores de saúde da população LGBTQIAPN+

As mulheres lésbicas e bissexuais sofrem pela invisibilidade, tabus e preconceitos dos profissionais, fatores que dificultam o atendimento de forma integral a esse grupo nos serviços de saúde (Borges et al., 2020). Segundo pesquisa realizada na Grande São Paulo, em 2004, 40% das mulheres lésbicas que buscam serviços de saúde não revelam sua orientação sexual. Entre as que revelam, 28% relatam tempo reduzido de atendimento pelo médico e 17% afirmam que deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários (Rede Feminista de Saúde, 2006). Em pesquisa nacional realizada entre 2021 e 2022 pelo Instituto Coturno de Vênus, com mais de 21 mil mulheres que se identificaram como lésbicas, 12,5% relataram nunca terem ido ao ginecologista, enquanto apenas 39% se consultam anualmente. Apesar de 88% afirmarem que nunca tiveram consulta negada por serem lésbicas, 25% afirmaram terem se sentido discriminadas pelo profissional que as atendeu (LBL e Coturno de Vênus, 2022).

A saúde da população transgênero envolve, no geral, pessoas que passam por processos de mudanças corporais, seja colocando silicone ou fazendo mastectomia, usando hormônios ou realizando cirurgia de redesignação sexual. O Censo Trans identificou que 96,1% da população de travestis e transexuais buscavam o serviço público quando precisavam ir ao médico, e 74,1% relataram terem sido maltratadas em algum serviço de saúde. Enquanto quase a totalidade dessa população (96,8%) chegou a utilizar hormônios por conta própria, apenas 4,6% tiveram acesso ao processo transexualizador em serviço ambulatorial especializado (Souza e Araújo, 2022).

O uso de hormônios por conta própria e os problemas em decorrência do uso de silicone industrial são alguns dos principais causadores dos problemas de saúde nessa população (CEDEC, 2021). Na cidade de São Paulo, metade da população trans entrevistada procurava regularmente os serviços de saúde pela necessidade de realizar um tratamento específico e contínuo, como os de terapia hormonal (55%)⁷². Homens trans e pessoas não-binárias indicaram carência de acompanhamento médico em maior proporção (56% e 60%, respectivamente) do que travestis (40%) e mulheres trans (39%). A especialidade médica que os entrevistados mais sentiam falta era endocrinologista (46%) e psiquiatria/psicologia (23%). Para homens trans e pessoas não-binárias, também foi relevante a falta de tratamento ginecológico – 19% e 15%, respectivamente (CEDEC, 2021).

Outro indicador de saúde que requer mais atenção para essa população é a violência. Até 2021, o país atingiu a marca de 500 mil mortes, registrando mais de 2 mil mortes por ano (#VoteLGBT, 2021). O Brasil é o país onde mais pessoas LGBTQIAPN+ são assassinadas no mundo: uma morte a cada 34 horas (Schmitz, 2022; TGEU, 2021). Em 2022, 256 LGBTQIAPN+ foram vítimas de morte violenta no país, computando 242 homicídios (94,5%) e 14 suicídios (5,4%). Em termos absolutos, predominaram as mortes de 134 gays (52,34%), seguidos de 111 travestis e transgêneros

72. Os demais tratamentos, apesar de importantes, foram citados por menos de 10% das pessoas entrevistadas.

(42,96%), 5 bissexuais (1,95%) e 4 lésbicas (1,56%). Em termos relativos, as pessoas trans representam a categoria sexológica mais vulnerável a mortes violentas (Schmitz, 2022).

Entre 2020 e 2021, observou-se aumento em todas as formas de violência sob as tipificações de homicídio (7,2%), lesão corporal dolosa (35,2%) e estupro (88,4%) para a população LGBTQIAPN+. Levantamento nacional realizado via busca ativa pelo Grupo Gay da Bahia indicou a morte violenta de 300 pessoas LGBTQIAPN+ em 2021, aumento de 8% em relação a 2020. Já o levantamento realizado pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais, também via busca ativa, contabilizou 140 pessoas trans mortas em 2021, redução de 20% em relação ao ano anterior. No geral, o que se observa é que as organizações da sociedade civil levantam números maiores do que os do Estado, sugerindo uma subnotificação em torno de 45% e um descaso por parte do Estado com o tema (FBSP, 2022b).

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) foi publicada em 2011 pelo Ministério da Saúde, embora o próprio Ministério não possua área técnica responsável pela articulação de tal política. Em 2023, foi criada a Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+ no Ministério dos Direitos Humanos.

No Plano Operativo da PNSI LGBT, lançado também em 2011, o Ministério da Saúde ficou responsável por monitorar e estabelecer diretrizes gerais para que o PNSI LGBT fosse concretizado. As Secretarias ficaram com a competência de adotar as diretrizes do atendimento especializado para pessoas LGBTI+, incluindo a produção de dados e ações educativas nos seus respectivos âmbitos territoriais – estadual e municipal (Melo; Simões; Barbabela, 2020).

O I Seminário Nacional de Saúde LGBT, realizado com intuito de avaliar a implantação da PNSI LGBT e propor estratégias de enfrentamento das iniquidades em saúde nesse grupo, foi a única edição promovida pelo Ministério da Saúde, em 2013. Já a 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, última realizada desde 2016, traçou diversas recomendações em torno de ampliar o acesso a serviços de saúde e capacitar os recursos humanos para melhor acolher a população LGBTQIAPN+. No entanto, praticamente nenhuma das recomendações foi acatada pelo Ministério da Saúde passados seis anos.

O Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBT+ (CNCD LGBT+) foi extinto em abril de 2019. Em 2023, pelo Decreto nº 11.471 de 6 de abril de 2023, foi recriado como Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras (CNLGBTQIA+). O Conselho tem como função ajudar na elaboração e execução de ações e medidas governamentais para pessoas que integram a comunidade LGBTQIAPN+.

Desafios e recomendações

Despriorização no orçamento

De acordo com o Portal da Transparência, as rubricas orçamentárias explicitamente destinadas para a população LGBTQIAPN+ estavam vinculadas à Secretaria de Direitos Humanos, entre 2014 e 2015, e ao Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, em 2019, não sendo possível identificar orçamento específico para a saúde dessa população. Não há dados sobre a execução do orçamento para esse público em 2014 e, em 2015, o orçamento realizado representou 27% do orçamento inicialmente destinado. Em 2019, a execução foi ainda menor: o orçamento realizado representou 16% do orçamento inicial. Os últimos relatórios de gestão do Ministério da Saúde não mencionam dotação orçamentária específica.

Barreiras para implementação de políticas públicas e coleta de dados

Ao longo dos anos, os maiores avanços registrados em relação à saúde da população LGBTQIAPN+ foram nas ações relacionadas ao HIV, AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis, coordenadas atualmente pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde. Protocolos clínicos, materiais de educação permanente e tecnologias foram desenvolvidos, com destaque para as profilaxias pré e pós exposição e as campanhas de testagem.

Esses avanços, contudo, reforçam a abordagem reducionista da saúde pública em relação à população LGBTQIAPN+. Parece haver falta de estímulo em estudar as demandas de saúde desse público desde a formação acadêmica, limitando o conhecimento sobre essa população a temas ligados a infecções sexualmente transmissíveis e reforçando a estigmatização. Desse modo, profissionais de saúde frequentemente não têm preparo para lidar com as demandas específicas da população LGBTQIAPN+, principalmente aquelas referentes ao processo transsexualizador na APS e ao uso do nome social (Guimarães et al., 2020). Segundo especialista entrevistado, a PNSI LGBT configura-se, atualmente, como uma “carta de intenções”, visto que a Política nunca foi implementada de fato. A falta de direcionamento federal e intenção política para a implementação da PNSI LGBT resultou em avanços heterogêneos e desorganizados no país.

Ainda de acordo com o especialista entrevistado, os indicadores de saúde LGBTQIAPN+ usados hoje são muito frágeis. A ausência de bons indicadores dificulta a pactuação de orçamento e planejamento de políticas voltadas para essa população. Por exemplo, na ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de Notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada (SINAN-VIVA), há os campos de orientação sexual e identidade de gênero para serem preenchidos pelos profissionais de saúde, mas eles ainda apresentam alto grau de não preenchimento. No Distrito Federal, os dados sobre orientação sexual aparecem como ignorados em todos os casos desde 2016 e, entre 2009 e 2014, a média de preenchimento desse campo foi de 15%. O pre-

enchimento do campo sobre identidade de gênero é ainda pior: entre 2014 e 2017, em 50% das vezes foi marcada a opção “não se aplica” e, em 49% das vezes, foi marcada a opção “ignorado” (CODEPLAN, 2022).

LGBTfobia institucional

A discriminação nos serviços de saúde é um problema constante enfrentado pela população LGBTQIAPN+, seja pelo desrespeito ao nome social, pela redução de sua saúde aos temas de IST, pelo despreparo dos profissionais em lidarem com a transição de gênero – por exemplo, um ginecologista precisa estar preparado para atender um homem trans que menstrue e tenha útero –, entre outros.

É essencial a inclusão da temática nos currículos da saúde, para que todos os profissionais não especializados na área tenham o conhecimento dos fundamentos necessários para proporcionar acolhimento, prevenção, promoção e terapêutica de qualidade à população LGBTQIAPN+ (Silva, 2020a). Há a necessidade de formação e educação continuada, em especial de profissionais da enfermagem e de agentes comunitários de saúde. Em nível nacional, houve apenas uma edição do curso online e gratuito⁷³ da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, lançado pelo Ministério da Saúde em 2015 (Borges et al., 2020).

O cuidado em saúde de pessoas LGBTQIAPN+ precisa extrapolar as questões relacionadas ao HIV/AIDS e acentuar o foco no cuidado em saúde mental, que se configura como uma das principais demandas em saúde dessa população.

Centralização dos serviços de atendimento à população trans

O papel dos ambulatórios de referência em atenção secundária para travestis e transexuais, assim como as capacitações de profissionais, as campanhas promovidas pelos governos e a existência de comitês de saúde LGBT são destaques positivos do atendimento à saúde da população trans (Silva, 2020a). Por outro lado, os serviços de atendimento, como a hormonioterapia, precisam ser descentralizados e executados pela APS, para que as pessoas não precisem se deslocar de seus territórios para acessar serviços de níveis secundário ou terciário que terão que realizar pela vida inteira. Mesmo com o destaque dos serviços ambulatoriais, apenas 13 estados contam com ambulatórios com equipe multidisciplinar e oito oferecem cirurgia de redesignação sexual para a população trans (Fernandes e Piovezan, 2023).

Desenvolvimento de uma linha de cuidado para as pessoas transgênero

É preciso que seja estabelecida uma Linha de Cuidado para pessoas trans. Recomenda-se que os conselhos de medicina e psicologia busquem alinhamento sobre essa temática e incluam as

73. Ver mais em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-e-una-sus-lancam-o-curso-saude-da-populacao-lgbt>.

pautas dos movimentos sociais nas práticas de cuidado dessa população. Além disso, é essencial a articulação de um plano intersetorial de combate à violência contra pessoas trans, em todos os níveis (desde a atenção à saúde especializada até serviços de educação). Recomenda-se ainda a criação de um plano de cuidado em saúde de pessoas LGBTQIAPN+ que extrapole as questões relacionadas ao HIV/AIDS, com foco para o cuidado em saúde mental, que configura uma das principais demandas em saúde dessa população.

Acesso à política de saúde

O acesso é resultante de diversos fatores que vão da disponibilidade física do equipamento, aos horários de atendimento, até a preparação dos profissionais em atender ao público. No caso da população LGBTQIAPN+, a relação que o profissional estabelece com o usuário acaba sendo determinante para que as pessoas procurem o serviço de saúde (Lorena e Thami, 2022).

Para melhorar esse acesso, é fundamental que, além da pactuação entre os gestores e trabalhadores, seja levado em consideração o que os usuários realmente querem para a sua saúde ou como desejam ser cuidados. É preciso intensificar as ações de controle social, para além dos espaços conceituais (como a participação em conselhos), e incorporar práticas de integração dos usuários nos desenhos dos serviços (Lorena e Thami, 2022).

População com deficiência

A deficiência pode ser definida pelo impedimento das condições dos indivíduos em exercerem participação plena e efetiva na sociedade (Brasil, 2015). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), alterações de estruturas e funções corporais e limitações para execução de certas atividades são o que caracterizam os indivíduos com deficiência (OMS, 2011c).

Apenas em 1975, com a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, pautas orientadas a um tratamento mais equânime a esse público começam a surgir. No Brasil, esse movimento passou a ocorrer com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que assegurou o exercício de direitos individuais e sociais dessa população. Esses direitos foram detalhados no Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que dispôs sobre a Política Nacional para a Integração das Pessoas com Deficiência (Brasil, 1999). Em 2009, o Brasil ratificou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU⁷⁴ (Brasil, 2009).

Pouco antes da ratificação do Brasil à Convenção Internacional, começou-se a desenhar políticas inclusivas na área da educação como o Plano Decenal de Educação para Todos, em 1993, e o Plano Nacional de Educação (PNE), em 2001. O PNE objetivava universalizar a permanência

74. A convenção de março de 2007 reconheceu que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência.

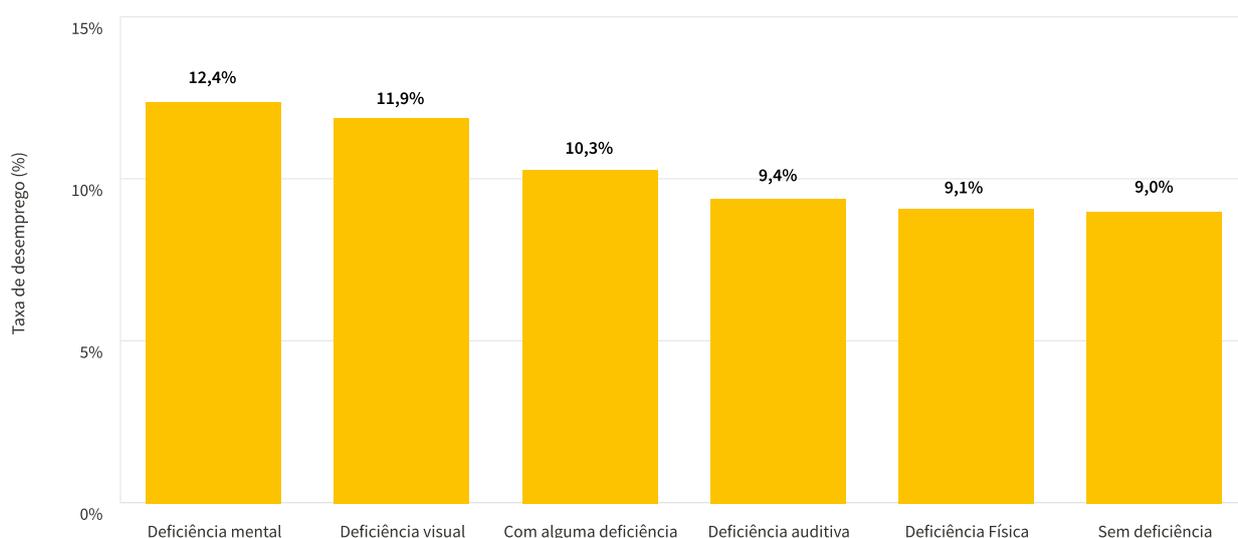
da população de 4 a 17 anos com deficiência na educação básica e promovia o atendimento especializado, independente do nível de deficiência congênita ou adquirida (Mazzotta e D'Antino, 2011), o que aponta mudanças, ainda que incipientes, na promoção de direitos orientados a essa população. Entretanto, nota-se lacunas na promoção efetiva desses direitos, o que impacta em suas condições de saúde.

Perfil da população com deficiência

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS), 17,3 milhões de brasileiros com 2 ou mais anos de idade possuem algum grau de deficiência (8,4% da população), sendo 3,4% da população com deficiência visual; 1,1%, auditiva; 3,8% com deficiência nos membros inferiores; 2,7%, nos membros superiores; e 1,2% com alguma deficiência mental. Deste total, 60% (10,5 milhões) são mulheres, 58% (9,9 milhões) se autodeclaram como pretos ou pardos e 83% (14,4 milhões) estão localizados em áreas urbanas (IBGE, 2021). As regiões Nordeste (9,9%) e Sudeste (8,1%) concentram os maiores contingentes populacionais, enquanto Sul (8%), Norte (7,7%) e Centro-Oeste (7,1%) aparecem em seguida.

Para a população com deficiência, é possível observarmos a evolução de alguns indicadores sociais de trabalho, renda e educação. Em 2019, a taxa de desemprego para pessoas sem deficiência foi de 9% e, para as que possuíam algum nível de deficiência, foi de 10,3%. Pessoas com deficiência visual e mental apresentaram as maiores taxas (12,4% e 11,9%, respectivamente), seguido das pessoas com deficiência auditiva (9,4%). Indivíduos com deficiência física apresentam taxas próximas aos sem deficiência (9,1%).

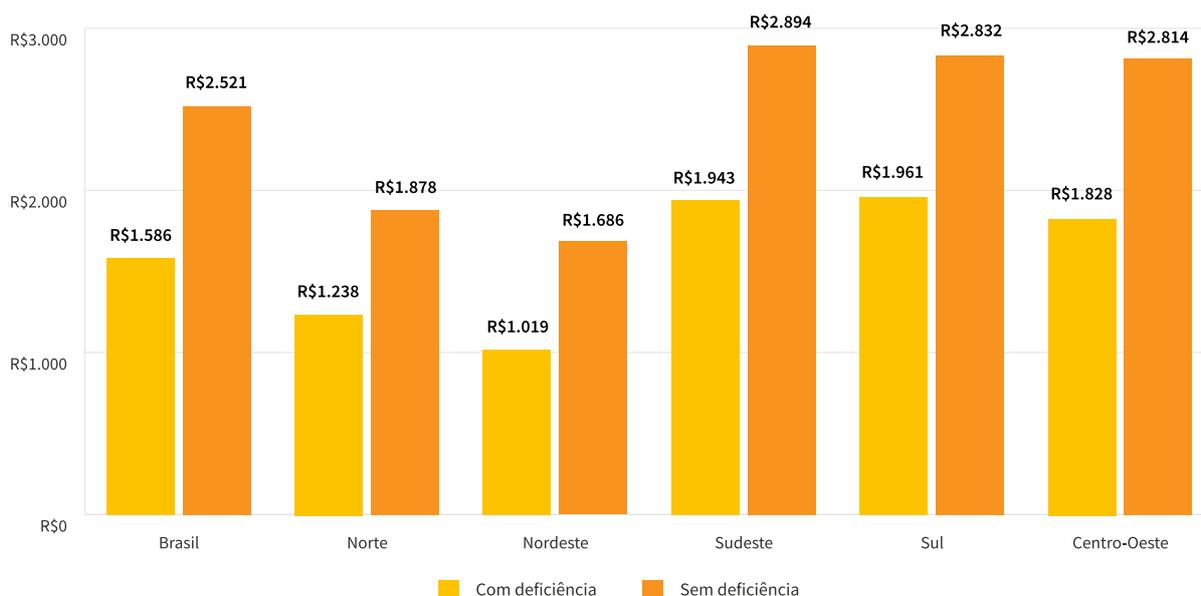
Gráfico 17 - O desemprego é maior entre pessoas com deficiência, sendo mais incidente naquelas com deficiência mental e visual



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Nota: Para as taxas de deficiência física, foram somadas as taxas de pessoas com deficiências físicas de membros superiores e inferiores.

Em relação ao rendimento médio do trabalho, pessoas com deficiência recebem menos de 63% do que recebem pessoas sem deficiência. As regiões Nordeste e Centro-Oeste registraram as maiores diferenças, com as pessoas sem deficiência recebendo 54% e 65% mais, respectivamente, do que aquelas com alguma deficiência. No Sul, Sudeste e Norte, as diferenças foram na ordem de 44%, 49% e 52%, respectivamente.

Gráfico 18 - Pessoas com deficiência recebem menos que a metade das sem deficiência



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Valores reais corrigidos pelo IPCA de Nov/22. Nota: Foram considerados os rendimentos médios habituais do trabalho principal.

Diferentes políticas públicas educacionais foram desenhadas com o foco de incidir sobre a promoção da educação para pessoas com deficiência. Na prática, entretanto, o cenário é de 67,6% da população com deficiência sem instrução ou com o fundamental incompleto em 2019. Para os indivíduos com deficiência física e mental, esse percentual mostrou-se ainda maior, com quase 80% dessa população sem instrução. Dentre as pessoas com deficiência que possuem ensino médio e superior completo, aquelas com deficiência visual e auditiva compõem a maioria, constituindo 21,4% e 20,4%, respectivamente (IBGE, 2021).

Pelo lado da oferta, os incentivos por parte da gestão pública na promoção da educação também mostram-se abaixo do esperado. Segundo a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) de 2021, apenas 23,2%, ou 1.289 dos municípios possuem como prioridade a inclusão de alunos com deficiência em escolas regulares. A maior parte está concentrada no Nordeste (36,2%), seguido do Sudeste (33,9%) e Sul (15,5%). Centro-Oeste e Norte apresentaram os menores percentuais, compondo 7,6% e 6,6%, respectivamente (IBGE, 2022a). Sobre a melhoria nas condições físicas de acessibilidade nas escolas, 47%, ou 2.640 dos municípios brasileiros a possuem como tema prioritário em seus planos de governos municipais. Os resultados, no que

tange aos dois indicadores, ainda mostram-se incipientes, visto que 1.289 e 2.912, ou 76,8% e 52% dos municípios ainda não colocam tais pautas como prioritárias (IBGE, 2022a).

Indicadores de saúde da população com deficiência

Ter alguma deficiência não significa não ter boas condições de saúde. Contudo, a condição de pessoa com deficiência muitas vezes é acompanhada de outras condições de saúde. Hoje, existe uma lacuna de estudos que abordam a condição de saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Para a elaboração deste diagnóstico, realizamos uma busca e encontramos muitos estudos sobre as deficiências em si, ou sobre a saúde de pessoas idosas com alguma deficiência, ou ainda, sobre a gestão dos serviços de atendimento à saúde de pessoas com deficiência, mas poucos estudos que extrapolam essas análises. A baixa prevalência de pessoas com deficiência na população – 17,3 milhões de brasileiros com dois ou mais anos de idade possuem algum grau de deficiência, ou o equivalente a 8,4% da população – pode ser um fator que dificulta essa análise. Devido à baixa prevalência, existe a hipótese de que pessoas com deficiência não são captadas por pesquisas amostrais, como é o caso da Pesquisa Nacional de Saúde ou do Vigitel. De toda forma, é preciso desenvolver mais estudos para compreender qual é a condição de saúde geral dessa população, sem estar relacionada às suas deficiências.

No entanto, alguns dos estudos que foram encontrados apontam para condições de saúde mais prevalentes na população com deficiência. A depressão, por exemplo, é uma das condições secundárias comuns em pessoas com deficiência. Dores são relatadas em pessoas com paralisia cerebral, ou osteoporose em pessoas com paralisia. Muitas vezes, essa população tem maior propensão a desenvolver condições de comorbidade e obesidade. As pessoas com deficiência são mais vulneráveis a doenças secundárias preveníveis, comorbidades e afecções relacionadas com a idade (OMS, 2014). Elas também têm taxas mais altas de uso de serviços de saúde, são menos propensas a usar cuidados preventivos e enfrentam maiores barreiras para acessar serviços de saúde (Fortune et al., 2020).

São muitos os desafios para assegurar um sistema de saúde capaz de fornecer cuidado integral para a população com deficiência (PCD). A garantia de reabilitação é um deles. Apenas 15,8% dessa população recebia algum cuidado em reabilitação de forma regular nos 12 meses anteriores, de acordo com a PNS 2019. A maioria dela (51,4%) teve acesso à reabilitação por meio do SUS ou de algum serviço conveniado ao SUS. Os demais, 44,9%, recorreram a serviços do convênio, plano de saúde ou particular, 3,2% a outras formas e 0,5% não souberam informar (IBGE, 2021).

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi instituída em 2002 pela Portaria nº 1.060, de 5 de junho. Ela tem o objetivo de incluir as PCD em todas as redes de serviços do SUS. Entre as diretrizes da política, estão: a promoção da qualidade de vida; a assistência integral à

saúde; a ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; a prevenção das deficiências e a capacitação de recursos humanos.

É de responsabilidade do Ministério da Saúde coordenar o processo de formulação, implementação, acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, sendo de fundamental importância a articulação intersetorial, incluindo as organizações sociais. Em 2017, foi instituída, por meio da Portaria de Consolidação nº 3 de 2017, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, como parte da necessidade de ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para atenção a esse público. A rede se fundamenta na promoção da equidade com respeito aos direitos humanos e às diferenças das PCD, na garantia de acesso e qualidade aos serviços, com cuidado integral, diversificado e humanizado. Os serviços devem se organizar em base territorial e comunitária.

A habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência, que prevê uma abordagem interdisciplinar, compreende um conjunto de serviços e ações orientadas para desenvolver a capacidade funcional dos indivíduos, contribuindo para a conquista da autonomia e participação social em igualdade de condições e oportunidades com as pessoas sem deficiência. As ações e serviços de reabilitação podem ser ofertados em qualquer ponto de atenção da rede pública de saúde. No entanto, são nos Serviços Especializados em Reabilitação, como Centros Especializados em Reabilitação (CER), Serviços de Modalidade Única e Credenciados, onde se concentra a oferta dessas ações.

Desafios e recomendações

a) Cuidado centrado na atenção especializada

Como observado na descrição da Política Nacional para Pessoas Com Deficiência, o atendimento deveria ser integral e ter como base o território e o atendimento comunitário. Contudo, o que se observa é que o cuidado está centrado nos serviços de atenção especializada, não existindo efetiva participação no cuidado por parte da atenção primária à saúde (Mota, 2020).

É preciso fortalecer a APS com equipes multidisciplinares, sem a centralidade no profissional médico. A APS deve ser capaz de lidar com as complexidades do território, por meio da prevenção e promoção de saúde. Os profissionais de saúde devem ser capacitados para articular a rede intersetorial de atendimento às pessoas com deficiência, visto que o atendimento a elas deve ser, por princípio, multiprofissional e deve respeitar as necessidades de cada uma.

b) Falta de recursos pessoais e materiais

O atendimento às pessoas com deficiência passa pelos mesmos problemas que outras áreas em saúde e faltam recursos financeiros e humanos para promover o adequado atendimento. Há

presença limitada de profissionais de apoio à reabilitação, como fisioterapeutas (Benelli et al., 2017) e o acesso a algumas tecnologias assistivas e insumos de reabilitação que ainda dependem de judicialização da saúde no Brasil (Silva, Carneiro e Jacob, 2020).

Há evidências de que serviços de reabilitação de base comunitária para pessoas com deficiência em países de baixa e média renda podem ser eficazes na melhoria dos resultados clínicos, da funcionalidade e da qualidade de vida da pessoa com deficiência e de seus cuidadores (Iemmi et al., 2015). Uma alternativa é a ampliação do escopo de outros profissionais que já atuam na saúde (Reichow et al., 2013).

c) A baixa cobertura dos planos de saúde em relação às pessoas com deficiência

Embora a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, indique que ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, são recorrentes os relatos de cobranças de taxas extras e dificuldades de acesso, configurando uma prática ilegal.

Dificultar ou impedir uma pessoa com deficiência de ingressar em um plano de saúde particular é prática vedada pela ANS desde julho de 2011, e a pessoa ou empresa responsável poderá cumprir pena de detenção de dois a cinco anos, além de arcar com uma multa de R\$ 50 mil (Brasil, 2011). Dessa forma, é necessário que a ANS amplie a fiscalização sobre os planos de saúde, penalizando-os de forma efetiva caso não cumpram o que está estabelecido em legislação.

Covid-19 e os Determinantes Sociais de Saúde

Em 5 de maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde decretou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à Covid-19. No entanto, isso não significa que ela tenha deixado de ser uma ameaça à saúde, pois, em maio de 2023, a doença continuava matando uma pessoa a cada três minutos, de acordo com a OMS (OPAS, 2023a). O decreto, na prática, determinou que todos os países deveriam fazer a transição da atuação em modo de emergência para atuarem com o manejo da Covid-19 e suas consequências (OPAS, 2023a).

Estima-se que cerca de 20% das pessoas que tiveram Covid desenvolveram alguma complicação prolongada, também chamada de “Covid longa” (Dominguez, 2022), e que pode envolver mais de 200 sintomas. Um estudo de coorte com pacientes chineses que tiveram alta hospitalar verificou que os pacientes apresentaram principalmente fadiga ou fraqueza muscular, dificuldades para dormir e ansiedade ou depressão após seis meses de alta (Huang et al., 2023).

Além das complicações de saúde derivadas da Covid longa, o sistema sanitário brasileiro ainda precisa lidar com a demanda represada nos anos da pandemia, como as cirurgias eletivas ou

procedimentos de tratamento de câncer que foram cancelados (Bigoni et al., 2022). Só em 2020, o Conselho Federal de Medicina estimou, em comparação ao ano anterior, uma queda de 16 milhões de exames com finalidade diagnóstica, 8 milhões de procedimentos clínicos, 1,2 milhão de pequenas cirurgias e 210 mil transplantes. As consultas médicas de atenção especializada chegaram a ter uma queda de 30%, e exames como mamografia e papanicolau reduziram quase à metade (CFM, 2021).

Os Determinantes Sociais da Saúde influenciaram o risco de infecção, morbidade e mortalidade associado à Covid-19, principalmente em lugares caracterizados pela vulnerabilidade social. Nos estados brasileiros, 59,8% da variação da incidência de Covid-19 foi justificada pela desigualdade de renda, maior adensamento domiciliar e maior letalidade. No caso da mortalidade, essas mesmas variáveis explicaram 57,9% das variações encontradas nas Unidades Federativas do país (Figueiredo et al., 2020).

Desigualdades regionais de acesso à saúde, discrepância da concentração de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de profissionais da saúde também estão relacionados com a mortalidade por Covid-19. Em 2020, o Brasil contava com cerca de 6 mil leitos de UTI, sendo cerca de 49,8% no SUS e o restante na rede privada. A proporção de leitos por usuário era de 20,2 leitos a cada 10 mil habitantes – considerada satisfatória pela OMS. Contudo, a capacidade da rede pública e privada estavam bem distantes: enquanto o SUS contava com 1,4 leitos a cada 10 mil habitantes, a rede privada contava com 4,9. Essas diferenças também foram observadas regionalmente: enquanto o Sudeste contava com 2,7 leitos a cada 10 mil habitantes, o Norte contava com 0,9 leitos a cada 10 mil habitantes (AMIB, 2020). Essa desigualdade não se dá só no número de leitos, mas também na quantidade de profissionais. Em 2020, o Sudeste contava com 3,15 médicos a cada mil habitantes, enquanto no Norte havia 1,30 médicos a cada mil habitantes (Scheffer et al., 2020).

Os idosos foram os mais afetados pela doença, em razão das altas taxas de letalidade observadas nessa população. Em 2020, 76,6% dos óbitos por Covid-19 ocorreram entre os idosos. Estima-se que, após o início da pandemia, essas mortes tenham reduzido a expectativa média de vida dos idosos em 1,9 ano (Camarano, 2021). Além disso, a necessidade do isolamento social fez com que sentimentos de solidão e ansiedade se manifestassem de forma frequente na população idosa (Romero et al., 2021).

Outro grupo particularmente afetado na pandemia foram as mulheres, sobretudo pela interrupção dos serviços de saúde reprodutiva e materna durante a pandemia. Estima-se que até 20 milhões de mulheres nas Américas tiveram seu controle de natalidade interrompido, seja porque não havia disponibilidade de serviços ou porque elas não puderam mais pagar pela contracepção (OPAS, 2021). Entre o início da pandemia, no Brasil, e maio de 2021, o Brasil respondia por 72% das mortes maternas em decorrência de Covid no mundo. Além disso, a letalidade por

morte materna entre as grávidas com Covid-19 chegou a 7,2%, sendo que a taxa anterior à Covid era de 2,8% (Fiocruz, 2021). Dentro desse recorte, as mulheres grávidas pretas tinham quase o dobro de chance de morrer por Covid-19 no Brasil, em comparação com as grávidas brancas (Guimarães et al., 2023b).

A pandemia de Covid-19 produziu impactos que só poderão ser mensurados ao longo dos próximos anos, mas já é possível observar que esses impactos ocorreram de formas muito distintas para os diferentes grupos populacionais, principalmente entre aqueles que já são mais marginalizados, sobretudo no atendimento à saúde (ABEP, 2021).

População Negra

Em razão do acesso historicamente precarizado aos serviços de saúde, a população negra apresenta uma maior incidência de comorbidades mal tratadas que potencializam a letalidade da Covid-19. Em comparação com a população branca, pardos e pretos com Covid-19 tiveram pelo menos 43% e 32% mais chances de morrer, respectivamente (Sansone et al., 2022; Baqui et al., 2020). Brasileiros brancos sem comorbidades foram o grupo com menor probabilidade de morrer. Além disso, a população negra é maioria dentre as pessoas que vivem em más condições de moradia e de forma aglomerada.

Raça e nível de escolaridade determinaram fortemente as mortes por Covid-19 no Brasil. Pessoas negras morreram mais de Covid-19 do que pessoas brancas mesmo quando o dado é estratificado por faixa etária, nível de escolaridade e pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município onde a morte ocorreu. As chances de morte de um paciente negro e analfabeto (76%) são 3,8 vezes maiores que as de um paciente branco com nível superior (19,6%), confirmando as enormes disparidades no acesso e qualidade do tratamento no Brasil (Batista et al., 2020).

É preciso lembrar também que a população negra foi predominante entre aqueles que não puderam ficar em casa, que atendiam no setor de serviços (em sua maioria por vínculos precários), no setor de transportes, armazenamento, entre outros (Goes; Ramos; Ferreira, 2020; Silva, 2021a). Em uma pesquisa com profissionais de saúde no Brasil, as mulheres negras eram as que mais demonstravam medo de contaminação (84,2%), sensação de despreparo para lidar com a crise (58,7%) e declararam ter sofrido mais assédio moral durante a pandemia (38%); também foram as que menos realizaram testes para Covid-19 (26%) (Matta et al., 2021).

População Indígena

Até novembro de 2022, a Sesai informou 928 óbitos de indígenas em razão da Covid-19 no Brasil (APIB, 2023). Para além das mortes, a pandemia de Covid-19 teve um impacto significativo na vida e na saúde da população indígena, pois precisaram encarar a crise sanitária sendo majoritariamente negligenciados pelo Estado e mais suscetíveis a conflitos por terras, além de segui-

rem dependentes do contato com pessoas de fora das comunidades para comercialização de artesanato e aquisição de alimentos, se expondo, assim, ao vírus (Bellier, 2020). O aumento do desmatamento também esteve associado à incidência de Covid-19 entre os indígenas. Um quilômetro quadrado desmatado resultava, em 2020, em 9,5% a mais de casos novos de Covid-19 em duas semanas. Em termos acumulados, o desmatamento parece explicar pelo menos 22% de todos os casos de Covid-19 confirmados em povos indígenas até 31 de agosto de 2020 (Laudares e Gagliardi, 2020).

População Quilombola

Comunidades quilombolas em diversas regiões do país precisaram tomar iniciativas independentes de enfrentamento à Covid-19, dentre elas o bloqueio das entradas para a comunidade como forma de prevenção à circulação de pessoas externas. Esse fechamento, porém, também gerou aumento de conflitos agrários (Ferreira et al., S/D). As desigualdades históricas, como más condições de acesso à água⁷⁵, fragilidade de acesso a serviços de saúde nos territórios e risco à insegurança alimentar, dificultaram o cumprimento das ações de prevenção recomendadas pelas autoridades de saúde pelas comunidades quilombolas (Silva e Souza, 2021).

Como os quilombos não contam com um sistema de saúde estruturado, os relatos, em geral, reportavam necessidade de deslocamento até centros de saúde melhor estruturados, longe das comunidades. Falta de ações dos governos municipais e estaduais para atender demandas emergenciais de quilombos e barreiras de cadastramento virtual para o acesso à renda básica emergencial foram outras dificuldades relatadas por essa população em meio à pandemia (CONAQ, 2022).

No processo de vacinação contra a Covid-19, estimava-se um público-alvo quilombola de mais de 1,1 milhão de pessoas. No entanto, apenas 447.443 (37,8%) pessoas quilombolas estavam com esquema vacinal completo no Brasil em setembro de 2021, e menos de 570 mil pessoas haviam tomado a primeira dose, a despeito de ser um grupo prioritário. Foram registrados ao menos seis conflitos com governos municipais que não aceitaram quilombolas como grupo prioritário para a vacinação e foram registrados casos em que a vacinação só iniciou após acionar a Justiça. Em outros casos, houve transferência da responsabilidade do poder público, com imposição por representantes públicos às lideranças quilombolas para que apresentassem lista nominal de pessoas aptas à vacinação como condição para a sua realização (CONAQ, 2021).

População LGBTQIAPN+

A população LGBTQIAPN+ enfrentou, em particular, dois grandes problemas durante a pandemia de Covid-19: questões relacionadas à saúde mental e à interrupção de tratamentos de transição de gênero.

75. Apenas 15% dos domicílios quilombolas têm acesso à rede pública de água (Silva e Souza, 2021).

De acordo com a pesquisa realizada pelo Instituto #VoteLGBT sobre a população LGBTQIAPN+ na pandemia, 60% das pessoas tiveram redução ou ficaram sem renda por causa da pandemia e 40% delas estavam em situação de insegurança alimentar – proporção que sobe para 56% entre as pessoas trans. A pesquisa destacou que o isolamento social, submetido a todos na pandemia, pode ter sido pior para essa população, já que muitas vezes a convivência com os familiares dentro do domicílio não é pacífica em razão de reações envolvendo a orientação sexual e a identidade de gênero delas. Mais da metade dos entrevistados alegaram que a sua saúde mental piorou entre 2020 e 2021 (#VoteLGBT, 2021).

Durante a pandemia, pessoas trans tiveram dificuldade de acesso a cirurgias e à hormonioterapia, considerando que muitos serviços de saúde foram paralisados, o que resultou em piora da saúde física e mental (Silva, 2021b). Outro problema de grande impacto foi a diminuição do rastreamento e tratamento do HIV/AIDS, que teve uma queda de 17%, no Brasil, na época da pandemia (Lorena e Thami, 2022).

Pessoas com Deficiência

A população com deficiência era um dos grupos mais vulneráveis à Covid-19 em razão de diferentes comorbidades acumuladas à deficiência e devido à necessidade de cuidado, fazendo com que o isolamento social, muitas vezes, não fosse uma opção. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou que pessoas com deficiência tinham um maior risco de contrair Covid-19 e apresentar sintomas mais graves (OPAS, 2020). Em abril de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) traçou recomendações específicas para o governo federal de medidas emergenciais complementares que visavam a garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência no contexto da Covid-19 (CNS, 2020).

É preciso considerar ainda que muitas pessoas podem ter desenvolvido alguma deficiência permanente ou temporária ocasionada pela Covid-19, e que os sintomas de longo prazo podem exigir serviços de reabilitação. Além da reabilitação motora e respiratória, podem ser necessários outros serviços de atenção a sobreviventes, visto que 45,2% precisaram adotar um horário de trabalho reduzido em comparação com a pré-doença, e 22,3% não estavam trabalhando no momento da pesquisa devido à doença (Davis et al., 2021).

Referências bibliográficas

1. #VoteLGBT. (2021). *Diagnóstico LGBT+ na pandemia*. Disponível em: https://static1.squarespace.com/static/645a82ef72df1e50defcf770/t/6499f4e8f3f5ef05f485cf71/1687811342368/diagno%CC%81stico-LGBT_pandemia_2021.pdf.
2. ABEDI, V. et al. (2021) Racial, Economic, and Health Inequality and COVID-19 Infection in the United States. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 732–742, jun.
3. ABEP - Associação Brasileira de Estudos Populacionais. (2021). *População e desenvolvimento em debate: impactos multidimensionais da pandemia de Covid-19 no Brasil*. Campinas: Ed. Traços. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/e-book_populacao_e_desenvolvimento_em_debate_unfpa_e_abep_2021.pdf.
4. ABEP - Associação Brasileira de Estudos Populacionais. (2022). *II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil* [livro eletrônico]. São Paulo. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/>. Acesso em 7 mar. 2023.
5. ABRAMO, L. (2006). Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. *Cienc. Cult*, v. 58(4).
6. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. (2012). *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde: agrotóxicos, saúde, ambiente e sustentabilidade*. Rio de Janeiro: Editora.
7. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. (2021a). *Dossiê ABRASCO: Contra o Pacote do Veneno e em Defesa da Vida*. Disponível em: <https://abrasco.org.br/dossie-contra-o-pacote-do-veneno-e-em-defesa-da-vida/>.
8. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. (2021b). *Invasão de terras indígenas tem impacto direto na saúde comunidade local*. Disponível em: <https://abrasco.org.br/invasao-de-terras-indigenas-tem-impacto-direto-na-saude-comunidade-local>.
9. AMIB - Associação Brasileira de Medicina Intensiva. (2020). *AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil*. Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/dados_uti_amib\(1\).pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/dados_uti_amib(1).pdf).
10. ANDRADE, L.O.M. et al. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet*, v. 385(9975), p. 1343–1351. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X).
11. ANDREUCCI, C.B. e KNOBEL, R. (2021). Social determinants of Covid-19-related maternal deaths in Brazil. *The Lancet Regional Health - Americas*, v. 3, 100104. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100104>.
12. APIB - Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. (2021). *Dossiê internacional de denúncias dos povos indígenas do Brasil 2021*. Disponível em: https://apiboficial.org/files/2021/08/DOSSIE_pt_v3web.pdf.
13. APIB - Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. (2023). *Emergência Indígena*. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/.

14. ASSAF et al. (2019) Academy of Science of South Africa. Air Pollution and Health - A Science-Policy Initiative. *Annals of Global Health*, v.85, n.1, p.140, 1-9,. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.2656>.
15. BAQUI, P.; BICA, J.; MARRA, V.; ERCOLE, A.; SCHAAR, M. (2020). Ethnic and regional variations in hospital mortality from. *The Lancet Global Health*, v. 8(8), e1018–26. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0).
16. BARBOSA, G; FRANÇA, M; PORTELLA, A. (2023) Desigualdade racial na educação básica. Insper. Núcleo de Estudos Raciais, São Paulo, Texto para Discussão 14. https://arquivos.insper.edu.br/2023/pesquisa/artigo/Relatorio_Desigualdade_racial-na_educacao_basica.pdf.
17. BARCELLOS, C. et al. (2020). Queimadas na Amazônia e seus impactos na saúde: A incidência de doenças respiratórias no sul da Amazônia aumentou significativamente nos últimos meses. In: FREITAS C.M.; BARCELLOS C.; VILLELA D.A.M. (Org). *Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 159-169.
18. BASTA, P.C. et al. (2023). *Análise regional dos níveis de mercúrio em peixes consumidos pela população da Amazônia brasileira: um alerta em saúde pública e uma ameaça à segurança alimentar*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; WWF Brasil; Greenpeace; Instituto Socioambiental; Instituto de Pesquisa e Formação Indígena, 2023. 10 p. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/58839>.
19. BATISTA, A. et al. (2020). *Análise socioeconômica da taxa de letalidade da Covid-19 no Brasil*. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS).
20. BELFIELD, C.R.; KELLY, I.R. (2013). Early education and health outcomes of a 2001 US birth cohort. *Economics & Human Biology*, v. 11(3), p. 310-325.
21. BELLIDO, J.; BARCELLOS, C.; BARBOSA, F.; BASTOS, F. (2010). Saneamiento ambiental y mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades de transmisión hídrica en Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 28(2), p. 114-20. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n2/114-120/es>.
22. BELLIER, I. (2020). Povos Indígenas Face ao Covid-19: Panorama Geral em Agosto de 2020. *Vukápanavo - Revista Terena*, n. 3, p. 335-360. Disponível em: http://bc955768-e713-4766-a0b4-e5cc895bf453.filesusr.com/ugd/4ef2f7_7043ed7f171a44c3aa72e1307d88ff4f.pdf.
23. BENELLI, T.E.S. et al. (2017). Assistência a saúde dos PCD na atenção primária: uma revisão bibliográfica. *Revista Cinergis*, v. 18(suppl). Disponível em: <https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i0.11197>.
24. BERNARDINO, D.; ANDRADE, M. (2015). O trabalho informal e as repercussões para a saúde do trabalhador: uma revisão integrativa. *Revista de enfermagem*, série IV, 7-out/nov/dez. Disponível em: <http://doi.org/10.12707/RIV14049>.
25. BHUI, K.; ASLAM, R.W.; PALINSKI, A.; MCCABE, R.; JOHNSON, M.R.; WEICH, S. et al. (2015). Interventions designed to improve therapeutic communications between black and minority ethnic people and professionals working in psychiatric services: A systematic review of the evidence for their effectiveness. *Health Technol Assess*, v. 19(31). Disponível em: <https://doi.org/10.3310/hta19310>.
26. BIGONI, A. et al. (2022). Brazil's health system functionality amidst of the Covid-19 pandemic: An analysis of resilience. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 10, 100222. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100222>.

27. BISPO DE ALMEIDA et al. (2019). Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. *Av. enferm*, v.37(1), p. 92-103. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1011392>.
28. BORGES, M.R.B. et al. (2020). Avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde Integral LGBT: Revisão Integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9(11), p. e1249119612. Disponível em: <http://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9612>.
29. BRASIL. (1990). *Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
30. BRASIL. (1999). *Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.
32. BRASIL. (2006). *Lei Federal nº 11.346 de 15 de setembro de 2006*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm.
33. BRASIL. (2007). *Decreto nº 6.040 de 07 de fevereiro de 2007*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm.
34. BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008a). *Relatório Final – As causas das iniquidades em saúde no Brasil*. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em 17 abr 2023.
35. BRASIL. Ministério da Previdência Social. (2008b). *Anuário Estatístico da Previdência Social 2008*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2015/08/AEAT-2008.pdf>.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. (2008c). Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Série B. *Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006*, v. 8. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf.
37. BRASIL. (2009). *Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). *Súmula Normativa nº 19, de 28 de julho de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/sum0019_28_07_2011.html.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. (2013a). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. (2013b). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.

41. BRASIL. Ministério da Saúde. (2014a). *Guia alimentar para a população brasileira*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 152 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.
42. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. (2014b). *Diversidade no Cadastro Único: Respeitar e incluir*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social. Disponível em: https://www.mds.gov.br/web/arquivos/publicacao/bolsa_familia/Cadernos/Diversidade_CadUnico.pdf.
43. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. (2014c). *Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA): análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social.
44. BRASIL. (2015). *Lei Federal nº 13.146 de 6 de julho de 2015*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. (2016). *Painel de indicadores do SUS nº 10 – Temático Saúde da população negra*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v.7.pdf.
46. BRASIL. Ministério da Saúde. (2017). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS*. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf.
47. BRASIL. Ministério da Saúde. (2018a). *Guia de Implementação do Quesito Raça/Cor/Etnia*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implementacao_raca_cor_etnia.pdf.
48. BRASIL. Ministério da Saúde e Universidade de Brasília. (2018b). *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf.
49. BRASIL. Ministério da Saúde. (2019a). *Manual de monitoramento do uso prejudicial do álcool em povos indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Uso_Prejudicial_Alcool_Povos.pdf.
50. BRASIL. Ministério da Saúde. (2019b). *Manual de vigilância de uso de medicamentos psicotrópicos*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Vigilancia_Medicamentos_Psicotropicos_Povos.pdf.
51. BRASIL. Ministério da Saúde. (2019c). *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde.
52. BRASIL. Ministério da Saúde. (2019d). *Vigitel Brasil 2018. População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_populacao_negra.pdf.
53. BRASIL. Ministério da Saúde. (2020a). *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf.

54. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. (2020b). *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.543*, de 11 de maio de 2020. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=753608126>.
55. BRASIL. Ministério da Saúde. (2022a). *Boletim Epidemiológico*, n. 17, v. 53, maio de 2022. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no17.pdf>.
56. BRASIL. Ministério da Saúde. (2022b). *Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs)*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_diretrizes_populacoes_campo_floresta.pdf.
57. BRASIL. Ministério da Saúde. (2022c). *Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientador_saude_povo_cigano.pdf.
58. BRASIL. Ministério da Saúde. (2023a). *O que é equidade*. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/equidade/oquee>. Acesso em 17 abr. 2023.
59. BRASIL. Ministério da Saúde. (2023b). *Relatório Missão Yanomami*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/arquivos/RelatorioYanomamiversao_FINAL_07_02.pdf.
60. BRAVEMAN, P. e GOTTLIEB, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(suppl 2), p. 19–31.
61. BRIDI, M.A. (2020). A pandemia Covid-19: crise e deterioração do mercado de trabalho no Brasil. *Estudos Avançados*, v. 34(100). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.010>.
62. BUCHILLET, D. (1991) *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na amazônia*. Belém, MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP. p504: il. ISBN 85-798-026-4
63. BUSS, P.M. e PELLEGRINI FILHO, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17(1), p. 77–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
64. CAMARANO, A. A. (2021). Vidas Idosas Importam, Mesmo na Pandemia. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise (BPS)*, n. 28. Disponível em: <http://doi.org/10.38116/bps28/notadepoliticassocial1>.
65. CAMPOS, Y.; SILVA, V.; MELLO, M.; OTERO, U. (2016). Exposure to pesticides and mental disorders in a rural population of Southern Brazil. *NeuroToxicology*, v. 56, p. 7-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neuro.2016.06.002>.
66. CARDOSO, A.M.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; WERNECK, G.L. (2013). Risk factors for hospital admission due to acute lower respiratory tract infection in Guarani indigenous children in southern Brazil: a population-based case-control study. *Trop. Med. Int. Health*, v. 18(5), p. 596-607.
67. CARDOSO, C.S.; MELO, L.O.; FREITAS, D.A. (2018). Condições de saúde nas comunidades quilombolas. *Rev. enferm. UFPE*, v. 12(4), p. 1037-1045. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970532>.

68. CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. (2017). Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade [online]*, v. 26(3), p. 676-689. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>.
69. CARVALHO, A.I. (2013). Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 2, p. 19-38.
70. CARVALHO, C. (2021). Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e desigualdades interestaduais no Brasil. *Radar: tecnologia, produção e comércio exterior*, n. 67. Brasília: IPEA. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/radar/210921_radar_67.pdf.
71. CARVALHO, S. (2022). Retrato dos rendimentos do trabalho - resultados da PNAD contínua do segundo trimestre de 2022. *Carta de conjuntura*, n. 56, Nota 17, 3º semestre de 2022. Brasília: IPEA. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/wp-content/uploads/2022/09/220901_cc_56_nota_17_rendimentos_e_horas_trabalhadas.pdf.
72. CASTRO, M.C. et al. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, v. 394(10195), p. 345-356. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
73. CEDEC - Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. (2021). *Mapeamento das Pessoas Trans na Cidade de São Paulo: relatório de pesquisa*. São Paulo: CEDEC. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/LGBT/AnexoB_Relatorio_Final_Mapeamento_Pessoas_Trans_Fase1.pdf.
74. CERQUEIRA, D.; CARVALHO, A.; LOBÃO, W.; RODRIGUES, R. (2007). *Análise dos custos e consequências da violência no Brasil*. Texto para Discussão n. 1284. Brasília: IPEA. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1824/1/TD_1284.pdf.
75. CERQUEIRA, D.; MOURA, R. (2013). *Custo da Juventude Perdida no Brasil*. Brasília: IPEA. Disponível em: https://andi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Custo_da_juventude_perdida_no_Brasil_IPEA_jul_2013.pdf.
76. CFM - Conselho Federal de Medicina. (2021). *Pandemia derruba quase 30 milhões de procedimentos médicos em ambulatórios do SUS*. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-derruba-quase-30-milhoes-de-procedimentos-medicos-em-ambulatorios-do-sus/>.
77. CIMI - Conselho Indigenista Missionário. (2020). *Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil: Dados de 2019*. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>.
78. CNS - Conselho Nacional de Saúde. (2020). *Recomendação nº 031 de 30 de abril de 2020*. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1146-recomendacao-n-031-de-30-de-abril-de-2020>.
79. CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. (2022). *Gênero e Orientação Sexual no DF – um olhar inclusivo: Inserção de perguntas sobre identidade de gênero e orientação sexual na Pdad 2021 e em questionário suplementar on-line*. Nota Metodológica, Brasília. Disponível em: <https://www.ipe.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/NT-Genero-e-Orientacao-Sexual-no-DF-um-olhar-inclusivo.pdf>.

80. COELHO, R. e CAMPOS, G. (2023). *Saúde da População Negra - Mortalidade e Acidentes de Motocicletas por recorte racial*. Boletim Çarê-IEPS n. 2. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-care-ieps-02-2023/>.
81. COELHO, R.; MREJEN, M.; REMÉDIOS, J.; CAMPOS, G. (2022). *Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020*. Nota Técnica n. 27. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-27>.
82. COELHO, R. e NOBRE, V. (2023). Política Nacional de Saúde da População Negra deve ser prioridade no novo governo. *NEXO Políticas Públicas*. Disponível em: <https://pp.nexojournal.com.br/opiniaio/2023/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Sa%C3%BAde-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-Negra-deve-ser-prioridade-no-novo-governo>.
83. COELHO, R.; REMÉDIOS, J.; NOBRE, V.; MREJEN, M. (2023). *O Quesito Raça/Cor no DataSUS: evolução e determinantes da completude*. Nota Técnica n. 30. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-30>.
84. COHEN, A.K.; SYME, S.L. (2013). Education: a missed opportunity for public health intervention. *American journal of public health*, v. 103(6), p. 997-1001.
85. CONAQ - Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos. (2021). *Boletim de monitoramento da vacinação contra Covid-19 nas comunidades quilombolas*. 1ª edição. Disponível em: <http://conaq.org.br/wp-content/uploads/2021/08/VACINOMETRO-QUILOMBOLA-06-08.pdf>.
86. CONAQ - Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos. (2022). *Observatório da Covid-19 nos quilombos*. Disponível em: <https://quilombosemccovid19.org>.
87. CORRÊA, P.K.V. et al. (2020). Mortalidade infantil indígena: evidências sobre o tema. *Cogitare enferm.*, v. 25. Disponível em: <http://doi.org/10.5380/ce.v25i0.70215>.
88. COSTA, S. (2020). Pandemia e desemprego no Brasil. *Rev Adm Pública*, v. 54(4), p. 969–78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>.
89. COUBE, M. et al. (2023). Inequalities in unmet need for health care services and medications in Brazil: a decomposition analysis. *The Lancet Regional Health - Americas*, v. 19, 100426. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100426>.
90. CPISP - Comissão Pró-Índio de São Paulo. (2019). *Território e soberania alimentar: desafios para os índios em São Paulo*. Disponível em: <https://cpisp.org.br/indios-em-sao-paulo/desafiosindiosemsaopaulo>.
91. CPT - Comissão Pastoral da Terra. (2020). *Conflitos no Campo Brasil 2020*. Disponível em: <https://www.cptnacional.org.br/index.php/publicacoes-2/conflitos-no-campo-brasil>.
92. CPT - Comissão Pastoral da Terra. (2021). *Conflitos no Campo Brasil 2021*. Disponível em: <https://www.cptnacional.org.br/index.php/publicacoes-2/conflitos-no-campo-brasil>.
93. CPT - Comissão Pastoral da Terra. (2022). *Conflitos no Campo Brasil 2022*. Disponível em: <https://www.cptnacional.org.br/index.php/publicacoes-2/conflitos-no-campo-brasil>.
94. CRUZ, I.C.F. (2013). Que falta faz uma área técnica de saúde da população negra no Ministério da Saúde!. *Revista da ABPN*, v. 5(9), p. 163-171. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/242/218>.

95. CURRIE, J. e MORETTI, E. (2002). *Mother's Education and the Intergenerational Transmission of Human Capital: Evidence from College Openings and Longitudinal Data*. Working Paper 9360, NBER.
96. CUTLER, D.M. et al. (2011). Rising educational gradients in mortality: the role of behavioral risk factors. *Journal of health economics*, v. 30(6), p.1174-1187.
97. DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. (2006). Violence a global public health problem. *Ciênc saúde coletiva*, v. 11(2), p. 277-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000200007>.
98. DAHLGREN,G. e WHITEHEAD, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe. Acesso em 18 abr. 2023.
99. DAVIS, H.E. et al. (2021). Characterizing long Covid in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *eClinical Medicine*, v. 38, 101019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>.
100. DEATON, A.; D. Lubotsky, (2003), “Mortality, inequality and race in American citiesand States”, in *Soc Sci Med*, 56(6).
101. DOMINGUEZ, B. (2022). O que vem depois. Respostas e lacunas sobre a covid longa, que afeta até 20% dos que foram infectados pelo coronavírus. *Revista RADIS*. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/o-que-vem-depois>.
102. DURAND, M.K. e HEIDEMANN, I.T.S.B. (2019). O acesso em uma comunidade quilombola: dimensões da equidade em saúde. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, v. 11(4), p. 1017-1024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005843>.
103. ELAINA, J. (2018). *Quais são os direitos das pessoas com deficiência nos planos de saúde*. Disponível em: <https://pessoascomdeficiencia.com.br/site/2018/10/31/quais-sao-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-nos-planos-de-saude>.
104. EMBRAPA. (2023) Bioma Amazônia. Disponível em: <https://www.embrapa.br/contando-ciencia/bioma-amazonia>.
105. EVANGELISTA, A.P. (2019). *Após 10 anos, Política de Saúde da População Negra só foi efetivada em 57 municípios*. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/apos-10-anos-politica-de-saude-da-populacao-negra-so-foi-efetivada-em-57-municipios>.
106. EVANS, T. et al. (Org.). (2001). *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. 1ª ed. New York: Oxford University Press. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.001.0001>.
107. FAO e FILAC. (2021). *Los pueblos indígenas y tribales y la gobernanza de los bosques. Una oportunidad para la acción climática en América Latina y el Caribe*. Santiago: FAO. Disponível em: <http://www.fao.org/3/cb2953es/cb2953es.pdf>.
108. FARIA, M.; CAMARGO, M.; AGUILLAR, A.; TASCA, R. (2022). *Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família*. Estudo Institucional n. 8. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-08>.

109. FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2022a). Feminicídios caem, mas outras formas de violência contra meninas e mulheres crescem em 2021. *Anuário Brasileiro de segurança pública 2022*. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/10-anuario-2022-feminicidios-caem-mas-outras-formas-de-violencia-contra-meninas-e-mulheres-crescem-em-2021.pdf>.
110. FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2022b). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022*. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=15>.
111. FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023*. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>.
112. FEINSTEIN, L. et al. (2006). What are the effects of education on health. In: Measuring the effects of education on health and civic engagement. *Proceedings of the Copenhagen symposium*. Paris: OECD, p. 171-354.
113. FERNANDES, S.; PIOVEZAN, S. (2023). Só 8 estados oferecem cirurgia de redesignação sexual para a população trans. *Folha de S. Paulo*. Disponível em: <https://folha.com/laf8i3np>.
114. FERRARI, G. et al. (2022). The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. *Public Health*, v. 207, p. 82-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.03.015>. 2022.
115. FERREIRA, A. et al. (S/D). Desafios e estratégias de comunidades quilombolas frente a Covid-19. *SIPAD*. Disponível em: <http://www.sipad.ufpr.br/portal/desafios-e-estrategias-de-comunidades-quilombolas-frente-a-covid-19-atualizado>.
116. FERREIRA, D.C. et al. (2021). Investment in drinking water and sanitation infrastructure and its impact on waterborne diseases dissemination: The Brazilian case. *Science of the Total Environment*, v. 779, p. 146279.
117. FERREIRA, L. e MARTINS, F. (2019). *Uma década após criação, apenas 28% dos municípios brasileiros implantaram Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Gênero e Número*. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/10-anos-politica-saude-populacao-negra>.
118. FIGUEIREDO, A.M. et al. (2020). Determinantes sociais da saúde e infecção por Covid-19 no Brasil: uma análise da epidemia. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 73(suppl 2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673>.
119. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. (2018). Saúde dos Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/07_saude_POVOS_final_.pdf.
120. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. (2019). *Malária: região Amazônica concentra 99% dos casos no Brasil*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/malaria-regiao-amazonica-concentra-99-dos-casos-no-brasil>.
121. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. (2021). *Boletim Observatório Covid-19: semanas epidemiológicas 20 e 21, de 16 a 29 de maio de 2021*. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf.
122. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. (2023a). SUS de A a Z. *Determinantes Sociais*. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em 17 abr. 2023.

123. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. (2023b). SUS de A a Z. *Equidade*. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em 17 abr. 2023.
124. FJP - Fundação João Pinheiro. (2021). *Déficit Habitacional no Brasil*. Disponível em: <https://fjp.mg.gov.br/deficit-habitacional-no-brasil>.
125. FLETCHER, J. (2015). New evidence of the effects of education on health in the US: Compulsory schooling laws revisited. *Social Science & Medicine*, v. 127, p. 101-107. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.052>.
126. FORTUNE, N. et al. (2020). The Disability and Wellbeing Monitoring Framework: data, data gaps, and policy implications. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, v. 44(3), p. 227-232. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12983>.
127. FUCHS, R.; PAMUK, E.; LUTZ, W. (2010). Education or wealth: which matters more for reducing child mortality in developing countries?. *Vienna Yearbook of Population Research*, p. 175-199.
128. GANEM, G. e FERNANDES, R. (2020). Acidentes com motociclistas: características das vítimas internadas em hospital do SUS e circunstâncias da ocorrência. *Rev. bras. med. trab*, v. 18(1), p. 51-58. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116138>.
129. GARCES T.S. et al. (2023). Relación entre indicadores de desarrollo social y mortalidad por Diabetes Mellitus en Brasil: análisis espacial y temporal. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6592.3971>.
130. GARCÍA, J. e ABURTO, J.M. (2019). The impact of violence on Venezuelan life expectancy and lifespan inequality. *International Journal of Epidemiology*, v. 48(5), p. 1593–1601. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyz072>.
131. GATES, G.J. (2011). How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender?. *The Williams Institute*. Disponível em: <https://scholarship.org/uc/item/09h684x2>. Acesso em 06 mai. 2021.
132. GIODA, A.; TONIETTO, G.; LEON, A. (2019). Exposição ao uso da lenha para cocção no Brasil e sua relação com os agravos à saúde da população. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 24(8), p. 3079-3088. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23492017>.
133. GOES, E.F.; RAMOS, D.O.; FERREIRA, A.J.F. (2020). Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trab. educ. saúde*, v. 18(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>.
134. GOES, G.; FIRMINO, A.; MARTINS, F. (2021). A gig economy no brasil: uma abordagem inicial para o setor de transporte. *Carta de Conjuntura*, n. 53, Nota de Conjuntura 5-4º trimestre de 2021. Brasília: IPEA. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/211216_nota_5_gig_economy_brasil.pdf.
135. GONZÁLEZ-PÉREZ, G.J. et al. (2017). Mortalidad por violencias y su impacto en la esperanza de vida: una comparación entre México y Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 22(9), p. 2797-2809. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12172017>.
136. GROSS, R.; SCHOENEBERGER, H.; PFEIFER, H.; PREUSS, H.J. (2000). The four dimensions of food and nutrition security: definitions and concepts. *Scn news*, v. 20(20), p. 20-25.

137. GUANAIS, F.C. (2013). The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. *American Journal of Public Health*, v. 103(11), p. 2000–2006. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301452>.
138. GUIMARÃES, N.P. et al. (2020). Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*, v. 14(2), p. 372-85. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1712>.
139. GUIMARÃES, R.A. et al. (2023a). Magnitude e fatores associados aos acidentes de trânsito no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Injury*, v. 54(6), p. 1492-1502. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2023.03.004>.
140. GUIMARÃES, R.M. et al. (2023b). Tracking excess of maternal deaths associated with Covid-19 in Brazil: a nationwide analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, v. 23(22). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05338-y>.
141. HALL, K.D. et al. (2019). Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell Metabolism*, S1550-4131(19), 30248-7.
142. HARTMANN, C. (2019). Bolivia's Plurinational Healthcare Revolution Will Not Be Defeated. *NACLA*. Disponível em: <https://nacla.org/news/2019/12/19/bolivia-plurinational-healthcare-revolution-evolution-morales>.
143. HENDGES, C. et al. (2019). Human intoxication by agrochemicals in the region of South Brazil between 1999 and 2014. *Journal of Environmental Science and Health, Part B*, v. 54(4), p. 219-225. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03601234.2018.1550300>.
144. HILDEBRAND, N.; CELERI, E.; MORCILLO, A.; ZANOLLI, M. (2015). Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 28(2), p. 213-221. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528201>.
145. HITIRIS, T.; POSNETT, J. (1992). The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *J Health Econ*, v. 11(2), p. 173-81. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(92\)90033-w](https://doi.org/10.1016/0167-6296(92)90033-w).
146. HONE, T. et al. (2019). Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities. *The Lancet Global Health*, v. 7(11), p. E1575-E1583. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30409-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30409-7).
147. HORVAT, L.; HOREY, D.; ROMIOS, P.; KIS-RIGO, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 5. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009405.pub2>.
148. HUANG, C; HUANG, L; WANG, Y; LI, X; REB, L e GU, X. (2023). 6-month consequences of Covid-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, v. 401(10393), p. E21-E23. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00810-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00810-3).
149. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010a). *Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf.

150. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010b). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar 2004/2009*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/PainelPEI/Publicacoes/S53%20-%20IBGE%20pnad%20alimentar.pdf>.
151. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Pesquisa dos Municípios Brasileiros*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62479.pdf>.
152. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). *Pesquisa dos Municípios Brasileiros*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94541.pdf>.
153. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015a). *Pesquisa Nacional de Saúde-2013 – Ciclos de vida*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv94522.pdf>.
154. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015b). *Pesquisa Nacional de Saúde-2013 – Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>.
155. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Resultados definitivos do censo agro de 2017*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: https://censoagro2017.ibge.gov.br/templates/censo_agro/resultadosagro/pdf/estabelecimentos.pdf.
156. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). *População em área de risco no Brasil*. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101589.pdf>.
157. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020a). *Dimensionamento Emergencial de População Residente em Áreas Indígenas e Quilombolas para Ações de Enfrentamento à Pandemia Provocada pelo Coronavírus*. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101859.pdf>.
158. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020b). *Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>.
159. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020c). *Pesquisa Nacional de Saúde-2019 – Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv94074.pdf>.
160. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020d). *PNAD Contínua – Educação – 2019*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf.
161. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Pesquisa Nacional de Saúde-2019 – Ciclos de vida*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>.
162. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022a). *MUNIC - Perfil dos municípios brasileiros, 2021*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101985>.

163. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022b). *Orientação sexual autoidentificada da população adulta*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101934.pdf>.
164. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022c). *PNAD Contínua – Rendimento de todas as fontes 2021*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101950_informativo.pdf.
165. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022d). *PNAD Contínua – Síntese de Indicadores Sociais - Tabelas – Estrutura econômica e mercado de trabalho*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>.
166. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023a). *Censo Demográfico 2022 Quilombolas. Primeiros resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102016.pdf>.
167. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023b). *Com a coleta concluída na TI Yanomami, Censo já registra 1.652.876 pessoas indígenas em todo o país*. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/36595-com-a-coleta-concluida-em-tis-yanomamis-censo-ja-registra-1-652-876-pessoas-indigenas-em-todo-o-pais.html>.
168. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023c). *PNAD Contínua – Educação 2022* Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102002_informativo.pdf.
169. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (S/D). *Quilombolas no Brasil*. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/21311-quilombolas-no-brasil.html>.
170. IEMA - Instituto de Energia e Meio Ambiente. (2023). *Plataforma da qualidade do ar*. Disponível em: <http://energiaeambiente.org.br/qualidadedoar>. Acesso em 25 abr. 2023.
171. IEMMI, V. et al. (2015). Community-based rehabilitation for people with disabilities in low-and middle-income countries: A systematic review. *The Campbell Collaboration*, n. 15. Disponível em: <https://doi.org/10.4073/csr.2015.15>.
172. INSTITUTO TRATA BRASIL. (2021). *Painel do Saneamento Brasil*. Disponível em: <https://www.painel-saneamento.org.br/site/index>.
173. INSTITUTO TRATA BRASIL. (2023). *Ranking do Saneamento 2023*. São Paulo. Disponível em: <https://tratabrasil.org.br/ranking-do-saneamento-2023/>. Acesso em 15 ago. 2023.
174. INTERLENGHI, G.S.; REICHENHEIM, M.E.; SEGALL-CORREA, A.M.; PEREZ-ESCAMILLA, R.; MORAES, C.L.; SALLES-COSTA, R. (2019). Proposta de versão reduzida da escala brasileira de insegurança alimentar: capacidade de classificar adequadamente domicílios com menores de 18 anos com base nos 8 itens gerais/de adultos. In: *Anais do IV Encontro Nacional de pesquisa em soberania e segurança alimentar, 2019, Goiânia. Anais eletrônicos IV ENPSSAN Campinas, Galóá, 2019*. Disponível em: <https://proceedings.science/enpssan-2019/papers/proposta-de-versao-reduzida-da-escala-brasileira-de-inseguranca-alimentar--capacidade-de-classificar-adequadamente-domic?lang=pt-br>. Acesso em 7 mar. 2023.

175. IPCC - Intergovernmental Panel on Climate Change. (2022). *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability*. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/9781009325844>.
176. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2021). *Atlas da Violência 2021*. Brasília: IPEA. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>.
177. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2023). *Policy Brief – Evidências para políticas públicas*, n. 22. Dados sobre estupro no Brasil. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1694-pbestuprofinal.pdf>.
178. ISA - INSTITUTO Socioambiental; Hutukara Associação Yanomami; Wanassedume Associação Ye'kwana. (2020). *Cicatrizes na Floresta: Evolução do garimpo ilegal na TI Yanomami em 2020*. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/prov0202.pdf>.
179. JACOBS, R. e RICHTEL, M. (2017). Como a Grande Indústria Viciou o Brasil em Junk Food. *The New York Times*. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2017/09/16/health/brasil-junk-food.html>.
180. JESUS, V. (2020). Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 29(2), e180519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180519>.
181. JUNEK, W. (2003). Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, v.12(1), p. 26–27.
182. JUNIOR, N.; MATION, L.; SAKOWSKI, P. (2015). *Impacto do desmatamento sobre a incidência de doenças na Amazônia*. Texto para Discussão n. 2142. Brasília: IPEA. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6258/1/td_2142.pdf.
183. KC, S.; LENTZNER, H. (2010). The effect of education on adult mortality and disability: a global perspective. *Vienna Yearbook of Population Research*, p. 201-235.
184. KEPPLER, A. W. e SEGALL-CORRÊA, A. M. (2011). Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16(1), p. 187–199. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100022>.
185. KOPPENSTEINER, M.F.; MATHESON, J. (2021). Secondary Schools and Teenage Childbearing: Evidence from the school expansion in Brazilian municipalities. *The World Bank Economic Review*, v. 35(4), p. 1019-1037.
186. LAMEIRAS, M.; CORSEUIL, C.; RAMOS, L.; RUSSO, F. (2022). Desempenho recente no mercado de trabalho e perspectivas. *Carta de Conjuntura*, n. 57 - Nota 24- 4º semestre de 2022. Brasília: IPEA. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/wp-content/uploads/2022/12/221213_notas24mercado_de_trabalho.pdf.
187. LANDMANN-SZWARCWALD, C. e MACINKO, J. (2016). A panorama of health inequalities in Brazil. *International Journal for Equity in Health*, v. 15(174). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0462-1>.
188. LANDRIGAN, P.J. et al. (2018). The Lancet Commission on pollution and health. *The Lancet Commissions*, v. 391(10119), p.462-512. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32345-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0).

189. LAPA, R. (2021). O trabalho em plataformas digitais e a pandemia da COVID-19: análise dos dados da PNAD COVID-19/IBGE. *Mercado de trabalho: conjuntura e análise*, ano 27, v. 71. Brasília: IPEA. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10658/1/bmt_71_trabalho.pdf.
190. LAUDARES, H.; GAGLIARDI, P.H. (2020). *Is deforestation spreading Covid-19 to the indigenous peoples?*. Texto para Discussão n. 8. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/texto-para-discussao-08>.
191. LBL - Liga Brasileira de Lésbicas e Coturno de Vênus. (2022). *I Lesbocenso nacional: mapeamento de vivências lésbicas no Brasil - Relatório Descritivo 1ª etapa (2021-2022)*, Brasília. Disponível em: <https://lesbocenso.com.br/relatorio-primeira-etapa>.
192. LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; PEREIRA, A.P.E.; PACHECO, V.E.; CARMO, C.N.; SANTOS, R.V. (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 33, p. e00078816. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.
193. LEIRIÃO, L.F.L; DEBONE, D.; MIRAGLIA, S.G.E.K. (2022). Does air pollution explain Covid-19 fatality and mortality rates? A multi-city study in São Paulo state, Brazil. *Environ Monit Assess*, v.194(4), p. 275. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10661-022-09924-7>.
194. LEMOS, L. (2020). *Diagnóstico em estágio avançado do câncer de mama na América Latina e Caribe e sobrevida de mulheres tratadas para essa doença pelo sistema único de saúde segundo raça/cor*. Tese de doutorado em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/49346>.
195. LIMA, M. L. C.; et al. (2005) Conglomerados de violência em Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*;18(2),ago. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8061?locale-attribute=pt>.
196. LLERAS-MUNEY, A. (2005). The Relationship between Education and Adult Mortality in the United States. *Review of Economic Studies*, v. 72, p. 189-221.
197. LOPES, F. (2021). De volta aos primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista. *Boletim de Análise Político-Institucional*, n. 26. Disponível em: <https://doi.org/10.38116/bapi26art1>.
198. LORENA, A. e THAMI, H. (2022). Populações Vulneráveis e Políticas para enfrentar a desigualdade: o caso da população LGBTQIA+. In: *A Saúde do Brasil*. ROCHA, R.; LAGO, M.; GIAMBIAGI, F. (Org.). São Paulo: Ed. Lux.
199. LUTZ, W. e KEBEDE, E. (2018). Education and Health: Redrawing the Preston Curve. *Popul Dev Rev*, v. 44(2), p. 343-361. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/padr.12141>.
200. MACIEL, V.B.S. et al. (2021). Diversidade alimentar de crianças indígenas de dois municípios da Amazônia Ocidental brasileira. *Ciênc. Saúde Colet*. v. 26(07). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.14232019>.
201. MALTA, D.C. et al. (2017). Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, p. 4s. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>.

202. MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L.; CARDOSO, L.S.M.; VELOSO, G.A.; ANDRADE, F.M.D.; VASCONCELOS, A.M.N et al. (2022). Road traffic injuries and deaths and the achievement of UN Sustainable Development Goals in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study, 1990 to 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*, v. 55(suppl 1), p. e0261. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0261-2021>.
203. MAPBIOMAS. (2022). *Relatório Anual de Desmatamento 2021*. Disponível em: <http://alerta.mapbiomas.org>.
204. MARGOLIN, G.; VICKERMAN, K.A.; OLIVER, P.H.; GORDIS, E.B. (2010). Violence exposure in multiple interpersonal domains: Cumulative and differential effects. *J Adolesc Health*, v. 47(2), p. 198-205.
205. MARINHO, F. et al. (2021). Disparidades raciais no excesso de mortalidade em tempos de Covid-19 em São Paulo. *Informativo Desigualdades raciais e Covid-19*, v. 8. São Paulo: CEBRAP. Disponível em: https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Informativo-8-Disparidades-raciais-no-excesso-de-mortalidade-em-tempos-de-Covid-19-em-Sa%CC%83o-Paulo_final.pdf.
206. MARINHO, G. L.; BORGES, G. M.; PAZ, E. P. A.; SANTOS, R. V. (2019). Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72(1), p. 57-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0646>.
207. MARINHO, T. (2017). Saúde é destaque no XIV Seminário LGBT do Congresso Nacional. *Núcleo de Estudos de Saúde Pública, Universidade de Brasília*. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/index.php/noticias/321-saude-e-destaque-durante-xiv-seminario-lgbt-do-congresso-nacional>.
208. MARMOT, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, v. 365(9464), p. 1099-1104. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).
209. MARMOT, M. e WILKINSON, R. (2005). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 376 p.
210. MASCARENHAS, M. et al. (2022). O efeito da temperatura do ar na mortalidade por doenças cerebrovasculares no Brasil entre 1996-2017. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 27(8), p. 3295-3306. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.05092022>.
211. MATTA, G.C. et al. (2021). *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 231 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r3hc2>.
212. MATTEI, L. e HEINEN, V. L. (2020). Impactos da crise da Covid-19 no mercado de trabalho brasileiro. *Brazilian Journal of Political Economy*, v. 40(4), p. 647-668. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-31572020-3200>.
213. MAZZOTTA, M.J.S. e D'ANTINO, M.E.F. (2011). Inclusão social de pessoas com deficiências e necessidades especiais: cultura, educação e lazer. *Saúde e Sociedade*, v. 20(2), p.377-389. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200010>.
214. MEARA, E.R.; RICHARDS, S.; CUTLER, D.M. (2008). The Gap Gets Bigger: Changes In Mortality And Life Expectancy, By Education, 1981-2000. *Health Affairs*, v. 27(2), p.350-360.
215. MELO, A.C; SILVA, J.L; SANTOS, A.L.S. et al. (2023). Tendências Populacionais na Incidência e Mortalidade por Câncer Cervical no Brasil: Foco nas Disparidades Populacionais Negras e Indígenas. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01516-6>.

216. MELO, G.; SIMÕES, N.C.; BARBABELA, P. (Org.). (2020). *Cartilha de Saúde LGBTI+: Políticas, instituições e saúde em tempos de COVID-19*. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2021/04/2021_04_16_CartilhaSaudeLGBT.pdf.
217. MELO, W.F. (2017). Comunidades quilombolas e políticas de saúde. *Terra de Direitos*. Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/acervo/artigos/comunidades-quilombolas-e-politicas-de-saude/22602>.
218. MENDES, A.M. et al. (2018). *O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil*. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49563>.
219. MENEZES, A.M.; VICTORA, C.G.; RIGATTO, M. (1994). Prevalence and risk factors for chronic bronchitis in Pelotas, RS, Brazil: a population-based study. *Thorax*, v. 49(12), p. 1217-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/thx.49.12.1217>.
220. MIQUILIN, I.O.C.; MARÍN-LEÓN, L.; MONTEIRO, M.I.; CORRÊA FILHO, H.R. (2013). Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29(7), p. 1392-1406. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700013>.
221. MOTA, P.H.S. (2020). *Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2020.tde-11032020-132928>.
222. MREJEN, M.; HONE, T.; ROCHA, R. (2022). Socioeconomic and racial/ethnic inequalities in depression prevalence and the treatment gap in Brazil: A decomposition analysis. *SSM - Population Health*, v. 20, 101266. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101266>.
223. MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. (2023). *Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado?*. Estudo Institucional n. 10. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-10>.
224. MUENNIG, P. et al. (2011). The effect of an early education program on adult health: the Carolina Abecedarian Project randomized controlled trial. *American journal of public health*, v. 101(3), p. 512-516.
225. NOBRE, V. (2022). *Monitoramento do Orçamento da Saúde - Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA)*. Boletim IEPS n. 1/2022. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-monitoramento-01-2022>.
226. NOBRE, V. e FARIA, M. (2023). *Monitoramento do Orçamento da Saúde – Saúde Indígena*. Boletim IEPS n. 3/2023. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-monitoramento-03-2023>.
227. OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C.; VALENTE, J.G. (2015). Global burden of diarrheal disease attributable to the water supply and sanitation system in the State of Minas Gerais, Brazil: 2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20(4), p. 1027–1036. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00372014>.
228. OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. (2019). *Society at a Glance 2019. A spotlight on LGBT people*. Disponível em: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2019-en. Acesso em 7 mai. 2021.

229. OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. (2023). *Education at a Glance*. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2023_e13bef63-en.
230. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2011a). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>.
231. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2011b). *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão*. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>.
232. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2011c). *World Report on Disability*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>.
233. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2013). *Global and regional estimates of violence against women Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>.
234. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2017). *Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and the environment*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511773>.
235. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2018a). *Burden of disease from ambient air pollution for 2016, version 2*. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/air-pollution-documents/air-quality-and-health/aap_bod_results_may2018_final.pdf?sfvrsn=2fd055a2_3.
236. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2018b). *Guidelines on sanitation and health*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514705>.
237. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2018c). *WHO Housing and health guidelines*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>.
238. OMS - Organização Mundial da Saúde (2014). WHO global disability action plan 2014-2021: better health for all people with disability [Internet]. 67a Assembleia Mundial da Saúde; maio de 2014; Genebra. Genebra: OMS; . Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199544/9789241509619_eng.pdf;jsessionid=565CAED2CD93D48C45F2B6AD6A76997B?sequence=1
239. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2021). *WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228>.
240. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2022a). *Guidelines for drinking-water quality*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>.
241. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2022b). *Invisible numbers: The true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*. Disponível em: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/invisible-numbers>.
242. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2023a). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>.

243. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2023b). *Health Topics. Social Determinants of Health*. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
244. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2023c). *Health Topics. Food Safety*. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/food-safety>.
245. OMS - Organização Mundial da Saúde. (2023d). *Health Topics. Water, sanitation and hygiene (WASH)*. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/water-sanitation-and-hygiene-wash>.
246. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). *Não polua o meu futuro! O impacto do ambiente na saúde das crianças*. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49123/OPAS-BRA180023-por.pdf>.
247. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Considerações sobre pessoas com deficiência durante o surto de Covid-19*. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52063/OPAS-BRACOVID1920017_por.pdf.
248. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2021). *Covid-19 tem impactos “devastadores” sobre as mulheres, afirma diretora da OPAS*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-5-2021-covid-19-tem-impactos-devastadores-sobre-mulheres-afirma-diretora-da-opas>.
249. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Novos dados da OMS revelam que bilhões de pessoas ainda respiram ar insalubre*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4-2022-novos-dados-da-oms-revelam-que-bilhoes-pessoas-ainda-respiram-ar-insalubre>.
250. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2023a). *OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à Covid-19*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>.
251. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2023b). *Tópicos. Alimentação Saudável. 2023*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alimentacao-saudavel>.
252. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde e UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. (2022). *Transformar cada escola em uma escola promotora de saúde. Guia de implementação*. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55710>.
253. PAIXÃO, E.S. et al. (2023). Maternal and congenital syphilis attributable to ethnoracial inequalities: a national record-linkage longitudinal study of 15 million births in Brazil. *The Lancet Global Health*, v. 11, p. e1734–42. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00405-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00405-9).
254. PANIS, C. et al. (2022). Evidence on Human Exposure to Pesticides and the Occurrence of Health Hazards in the Brazilian Population: A Systematic Review. *Front. Public Health*, Sec. Environmental health and Exposome, v. 9. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.787438>.
255. PAUMGARTTEN, F. (2020). Pesticides and public health in Brazil. *Current Opinion in Toxicology*, v. 22, p. 7-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cotox.2020.01.003>.
256. PEDRANA, L. et al. (2018). *Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil*. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49558>.

257. PEI, Y.; RONGBIN, X.; SHANSHAN, L.; MICHELINE, S.; PAULO, H.; MALCOLM, R.; MICHAEL, J.; YU-MING, G. (2022). Associations between long-term exposure to PM2.5 and site-specific cancer mortality: A nationwide study in Brazil between 2010 and 2018. *Environmental Pollution*, v. 302, 119070. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2022.119070>.
258. PENSSAN. (2021). *I Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil [livro eletrônico]*. São Paulo. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/pesquisa2020/> Acesso em 17 nov. 2023.
259. PENSSAN. (2022). *II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil [livro eletrônico]*. São Paulo. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/>. Acesso em 7 mar. 2023.
260. PEREIRA, C. e RODRIGUES, J. (2021). Orçamento público para a saúde da população negra: uma tarefa por fazer. *Saúde em Público, Folha de S. Paulo*. Disponível em: <https://saudeempublico.blogfolha.uol.com.br/2021/11/05/orcamento-publico-para-a-saude-da-populacao-negra-uma-tarefa-por-fazer>.
261. PINTO, I.V.; ANDRADE, S.S.A.; RODRIGUES, L.L.; SANTOS, M.A.S.; MARINHO, M.M.A.; BENÍCIO, L.A. et al. (2020). Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Rev bras epidemiol*, v. 23(suppl 1), p. e200006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200006.supl.1>.
262. PONTES, A.L.M.; MACHADO, F.R.S.; SANTOS, R.V.; BRITO, C.A.G. (2019). Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saúde Debate*, v. 43(spe8), p. 146-159. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S811>.
263. PRATES, I.; LIMA, M. et al. (2021). Desigualdades raciais e de gênero no mercado de trabalho em meio à pandemia. *Informativo Desigualdades raciais e Covid-19*, v. 7. São Paulo: CEBRAP. Disponível em: <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Informativo-7-Desigualdades-raciais-e-de-ge%CC%82nero-no-mercado-de-trabalho-em-meio-a%CC%80-pandemia.pdf>.
264. PRITCHETT, L. e SUMMERS, L. (1993). *Wealthier is healthier. Background paper for World Development Report*. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/684651468741004317/pdf/multi0page.pdf>.
265. RACHE, B.; AGUILLAR, A.; ROCHA, R.; CABRERA P.; TAO, L.; REZENDE, L. (2022). *Doenças Crônicas e Seus Fatores de Risco e Proteção: Tendências Recentes no Vigil*. Nota Técnica, n. 25. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-25>.
266. RACHE, B.; NUNES, L.; FREITAS, R.; AGUILLAR, A.; BIGONI, A.; TASCIA, R.; MALIK, A.M.; CUPERINO, F.; FRUTUOSO, J.; MASSUDA, A. (2021). *Pressões Orçamentárias da Saúde para 2021 e além*. Nota Técnica, n. 22. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-22>.
267. RACHE, B.; NUNES, L.; ROCHA, R. (2020). *Evolução Recente e Perfil Atual da Mortalidade no Brasil: Uma Análise da Heterogeneidade entre Municípios*. Nota Técnica, n. 1. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-01>.
268. RAGHUPATHI, V.; RAGHUPATHI, W. (2020). The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Archives of Public Health*, v.78(1), p. 1-18.

269. RAMOS, A.R.A. et al. (2020). Mercúrio nos Garimpos da Terra Indígena Yanomami e Responsabilidades. *Ambient. soc.*, v. 23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20180326r2vu-2020L5AO>.
270. RAUPP, L.; CUNHA, G.M.; FÁVARO, T.R.; SANTOS, R.V. (2019). Saneamento básico e desigualdades de cor/raça em domicílios urbanos com a presença de crianças menores de 5 anos, com foco na população indígena. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, e00058518. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00058518>.
271. REBOUÇAS, P.; GOES, E.; PESCARINI, J.; RAMOS, D.; ICHIARA, M.; SENA, S. (2022). Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. *The Lancet Global Health*, v. 10(10), e1453-e1462. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00333-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00333-3).
272. RECENA, M.; PIRES, D.; CALDAS, E. (2006). Acute poisoning with pesticides in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. *Science of The Total Environment*, v. 357(1-3), p. 88-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2005.04.029>.
273. REDE FEMINISTA DE SAÚDE. (2006). *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf.
274. REICHOW, B. et al. (2013). Non-specialist psychosocial interventions for childrens and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: A systematic review. *PLoS Med*, v.10(12), p. e1001572. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001572>.
275. RIVARA F, et al. (2019). The Effects Of Violence On Health. *Health Aff (Millwood)*. Oct;38(10):1622-1629. doi: 10.1377/hlthaff.2019.00480. PMID: 31589529.
276. ROCHA, R.; ATUN, R.; MASSUDA, A.; RACHE, B.; SPINOLA, P.; NUNES, L.; LAGO, M.; CASTRO, M.C. (2021). Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *The Lancet Global Health*, v. 9(6), p. e782-e792. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4).
277. ROCHA, R.; CAMARGO, M.; FALCÃO, L.; SILVEIRA, M.; THOMAZINHO, G. (2022a). *A Saúde na Amazônia Legal: Análise Qualitativa sobre Desafios e Boas Práticas*. Estudo Institucional n. 5. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-05>.
278. ROCHA, R.; CAMARGO, M.; FALCÃO, L.; SILVEIRA, M.; THOMAZINHO, G. (2022b). *A Saúde na Amazônia Legal: uma agenda para ação*. Estudo Institucional n. 6. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-06>.
279. ROCHA, R. e SOARES, R. R. (2015). Water scarcity and birth outcomes in the Brazilian semiarid. *Journal of Development Economics*, v. 112, p. 72-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2014.10.003>.
280. RODRIGUES, R.; CERQUEIRA, D.; LOBÃO, W.; CARVALHO, A. (2009). Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. *Cad. Saúde Pública*, v. 25(1), p. 29-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100003>.

281. ROLFE, S.; GARNHAM, L.; GODWIN, J. et al. (2020). Housing as a social determinant of health and wellbeing: developing an empirically-informed realist theoretical framework. *BMC Public Health*, v. 20, 1138. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09224-0>.
282. ROLNIK, I; REMEDIOS, J; VIEIRA, T; MACHADO, L. (2021)Abolição inconclusa e a ausência de saúde da população negra no Brasil. Saúde em Público - Folha de São Paulo. <https://saudeempublico.blogfolha.uol.com.br/2021/05/13/abolicao-inconclusa-e-a-ausencia-de-saude-da-populacao-negra-no-brasil/>.
283. ROMERO, D.E. et al. (2021). Idosos no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad. Saúde Pública*, v. 37(3), e00216620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>.
284. ROSA, L.; ARRUDA, H.; FARIA, M.; MREJEN, M.; NOBRE, V.; AGUILLAR, A.; ROCHA, R. (2023). *Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados*. Estudo Institucional n. 9. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-09>.
285. ROSA, L.; BRUCE, R.; SARELLAS, N. (2022). *Effects of school day time on homicides: The case of the full-day high school program in Pernambuco, Brazil*. Texto para Discussão n. 16. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/texto-para-discussao-16>.
286. SANSONE, N.M.; BOSCHIERO, M.N.; VALENCISE, F.E.; PALAMIM, C.V.; MARSON, F.A. (2022). Characterization of demographic data, clinical signs, comorbidities, and outcomes according to the race in hospitalized individuals with Covid-19 in Brazil: An observational study. *J Glob Health*, v. 12, 05027. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35871427/>.
287. SANT'ANNA, A e ROCHA, R. (2020). *Impactos dos incêndios relacionados ao desmatamento na Amazônia Brasileira sobre saúde*. Nota Técnica, n. 11. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-11>.
288. SCHEFFER, M. et al. (2020). *Demografia Médica no Brasil, 2020*. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf.
289. SCHMITZ, A. (Org.). (2022). *Mortes violentas de LGBT+ no Brasil: Observatório do Grupo Gay da Bahia*. Disponível em: <https://cedoc.grupodignidade.org.br/2023/01/19/mortes-violentas-de-lgbt-brasil-observatorio-do-grupo-gay-da-bahia-2022>.
290. SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. (2015) A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, SP, v. 16, n. 2, p. 1–19, 2015. DOI: 10.20396/san.v16i2.8634782. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634782>. Acesso em: 17 nov. 2023.
291. SEGALL-CORREA, A.; MARIN-LEÓN, L.; MELGAR-QUINONEZ, H.; PEREZ-ESCAMILLA, R. (2014). Aprimoramento da escala brasileira de medida domiciliar de insegurança alimentar: recomendações da EBIA com 14 itens. *Rev. Nutr.*, v. 27(02). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-52732014000200010>.

292. SHARKEY, P.; FRIEDSON, M. (2019). The Impact of the Homicide Decline on Life Expectancy of African American Males. *Demography*, v. 56(2), p. 645–663, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13524-019-00768-4>.
293. SILVA, A. (2021a). População negra e Covid-19: crises e conflitos pelo direito de respirar. In: *População e desenvolvimento em debate: impactos multidimensionais da pandemia de Covid-19 no Brasil*. Campinas: Ed. Traços. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/e-book_populacao_e_desenvolvimento_em_debate_unfpa_e_abep_2021.pdf.
294. SILVA, R.P. (2018). *A influência da cor da pele no tempo de atendimento de pacientes negros em um contexto clínico*. Tese de doutorado, Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/19524>.
295. SILVA, V. (2021b). Cirurgias do processo transexualizador caem 70% em 2020 e denúncias de “esvaziamento” na saúde revelam risco para população trans. *Gênero e Número*. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/saude-trans>.
296. SILVA, A.C.A. et al. (2020). Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface*, v. 24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>.
297. SILVA, E.J.; CARNEIRO, L.A.; JACOB, R.T.S. (2020). O Poder Judiciário e o acesso ao Sistema de Frequência Modulada: uma análise sobre a efetivação das políticas públicas em saúde auditiva. *Audiol., Commun. Res.*, v. 25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2252>.
298. SILVA, G.M. e SOUZA, B.O. (2021). Quilombos e a Luta contra o Racismo no Contexto da Pandemia. *Boletim de Análise Político-Institucional*, n. 26. Disponível em: <http://doi.org/10.38116/bapi26art9>.
299. SILVA LOPES, I. (2021). Ausência de raça e gênero no enfrentamento da pandemia no Brasil. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 15(2), p. 294-300. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i2.2409>.
300. SILVEIRA, R.; ROSA, R.; FOGAÇA, G.; SANTOS, L.; NARD, H.; ALVES, M.; BAIROS, F. (2021). Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 30(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200414>.
301. SIQUEIRA, T.S. et al. (2021). Spatial clusters, social determinants of health and risk of maternal mortality by Covid-19 in Brazil: a national population-based ecological study. *The Lancet Regional Health - Americas*, v. 3, p. 100076. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100076>.
302. SMEDLEY, B.D. e SYME, S.L. (Org.). (2000). Institute of Medicine (US) Committee on Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health. *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington (DC): National Academies Press. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222839>.
303. SOARES, R. (2007). *Health and the evolution of welfare across brazilian municipalities. national bureau of economic research*. NBER Working Paper 13087. Disponível em: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w13087/w13087.pdf.
304. SOARES, S.R.A.; BERNARDES, R.S.; CORDEIRO NETTO, O.M. (2002). Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em

- saneamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, p.1713-1724.
305. SOLAR, O.; IRWIN, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf.
306. Soares, R. (2015). Welfare Costs of Crime and Common Violence. *Journal of Economics Studies* 42(1): 117–37.
307. SOUZA, E. (2020). Educação em tempos de pandemia: desafios e possibilidades. *Cadernos de ciências sociais aplicadas*, v. 17(30). Disponível em: <https://doi.org/10.22481/ccsa.v17i30.7127>.
308. SOUZA, A.A. et al. (2021). Combined effects of conditional cash transfer program and environmental health interventions on diarrhea and malnutrition morbidity in children less than five years of age in Brazil, 2006–2016. *PLOS ONE*, v. 16(3), p. e0248676. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248676>.
309. SOUZA, C.D.F.; MACHADO, M.F.; CARMO, R.F. (2020a). Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: a study of the social determinants of health. *Infectious Diseases of Poverty*, v. 9(4), p. 50–59. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00743-x>.
310. SOUZA, D. e ARAÚJO, T. (Org.). (2022). *Reflexões Sobre os Dados do Censo Trans: Sem motivos para orgulho: diálogos e análises do contexto socioeconômico de mulheres travestis e transexuais no Brasil*. Rede Trans. Disponível em: https://storage.googleapis.com/wzukusers/user-31335485/documents/1522a-23d2de24794adee6101db162ce8/REDE-TRANS_Censo-Trans-2020-pub-web.pdf.
311. SOUZA, E. e LIMA, M. (2006). Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11(suppl). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500011>.
312. SOUZA, R.S.B. et al. (2020b). *Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática*. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52373>.
313. SPASOJEVIC, J. (2003). *Effects of Education on Adult Health in Sweden: Results from a Natural Experiment*. Tese de Doutorado, City University of New York Graduate Center.
314. SPIZZIRRI, G.; EUFRÁSIO, R.; LIMA, M.C.P. et al. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep*, v. 11, 2240. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>.
315. STRINGHINI, S. et al. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, v. 389(10075), p. 1229-1237. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7).
316. TEIXEIRA, C.C.; DIAS, C.S. (2019). Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence. *Vibrant, Virtual Braz. Anthr.*, v. 16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-43412019v16a204>.
317. THAMI, H.; LEAL, F.; AGUILLAR, A. (2021). *Como endereçar os gargalos na implementação das Linhas de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde*. Olhar IEPS, n. 2. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/olhar-ieps-02>.
318. THAMI, H.; LEAL, F.; REMÉDIOS, J. (2021). A cor da prioridade. *O Globo*. Disponível em: [Volume 4: Condições de Vida e Saúde | 102](https://blo-</p></div><div data-bbox=)

- [gs.globo.globo.com/opiniaopost/cor-da-prioridade.html](https://globo.globo.com/opiniaopost/cor-da-prioridade.html).
319. TGEU - Transgender Europe. (2021). *TVT TMM UPDATE • TRANS DAY OF REMEMBRANCE 2021*. Disponível em: <https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2021>.
 320. TODOS PELA EDUCAÇÃO. (2021a). *A educação no brasil uma perspectiva internacional*. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2021/06/A-Educacao-no-Brasil-uma-perspectiva-internacional.pdf>.
 321. TODOS PELA EDUCAÇÃO. (2021b). *Aprendizagem na educação básica: detalhes do contexto pré-pandemia*. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2021/09/relatorio-de-aprendizagem.pdf>.
 322. TODOS PELA EDUCAÇÃO. (2021c). *Impactos da pandemia na alfabetização de crianças*. Nota Técnica. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2022/02/digital-nota-tecnica-alfabetizacao-1.pdf>.
 323. UFPE; VITAL STRATEGIES; UMANE. (2023). *Inquérito telefônico de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em tempos de pandemia – Covitel 2*. São Paulo.
 324. UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *#VidasNegras: Políticas para reduzir vulnerabilidades em saúde precisam de dados de melhor qualidade*. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2018/01/vidasnegras-politicas-para-reduzir-vulnerabilidades-em-sade-precisam-de-dados-de-melhor-qualidade.html>.
 325. VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, J.; COSTA, E. (2013). *Dados oficiais sobre os povos Romani (ciganos) no Brasil*. Disponível em: https://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao1_AMSK_2013.pdf.
 326. VORMITTAG, E. et al. (2021). Análise do monitoramento da qualidade do ar no Brasil. *Estud av.*, v. 35(102), p. 7-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2021.35102.002>.
 327. WERNECK, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, v. 25(3), p. 535-549. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.
 328. WOLF, J. et al. (2023). Burden of disease attributable to unsafe drinking water, sanitation, and hygiene in domestic settings: a global analysis for selected adverse health outcomes. *The Lancet*, v. 401(10393), p. 2060-2071. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00458-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00458-0).
 329. VORMITAGG, E., et al. . (2021). Análise do monitoramento da qualidade do ar no Brasil. *Estudos Avançados*, 35(102), 7-30. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2021.35102.002>.
 330. WORLD BANK. (2022). *Intentional homicides (per 100,000 people) and Intentional homicides, female (per 100,000 female)*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/VC.IHR.PSRC.P5>.
 331. WRI. (2021). *O estado da qualidade do ar no brasil*. Disponível em: <https://www.wribrasil.org.br/sites/default/files/wri-o-estado-da-qualidade-do-ar-no-brasil.pdf>.
 332. ZAJACOVA, A. e LAWRENCE, E. (2018). The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annual Review of Public Health*, v. 39, p. 273-289. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044628>.
 333. ZIGONI, C. (2020). *Orçamento Público voltado para as comunidades quilombolas no contexto da pandemia*

Covid-19. Nota Técnica. Brasília: INESC. Disponível em: <https://inesc.org.br/orcamento-publico-vol-tado-para-as-comunidade-quilombolas-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19>.



agenda
mais **SUS**

Evidências e Caminhos
para Fortalecer a Saúde
Pública no Brasil

agendamais.org.br