

Relatório Técnico nº5/2023

Condições de Vida e Saúde

O Relatório Técnico da Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), da Umane e do Instituto Veredas, que integram as ações da “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil”. A Agenda tem o objetivo de contribuir com o debate público subsidiando os poderes Executivo e Legislativo a partir de documentos para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acesse: www.agendamaisus.org.br.

Resumo

A maior parte da carga global de doenças e as principais causas de desigualdades em saúde estão relacionadas com os determinantes sociais da saúde, que abrangem questões sociais, econômicas, políticas, determinantes culturais e ambientais da saúde [1]. De acordo com a [Lei nº 8080](#), de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes diversos fatores como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Ou seja, a saúde está diretamente relacionada com as condições de vida da população.

Evidências apontam para forte relação entre a pobreza e os níveis de saúde da população, sendo o baixo nível socioeconômico um dos mais fortes preditores de morbidade e mortalidade prematura em todo o mundo. No entanto, as estratégias globais de saúde não consideram as condições socioeconômicas precárias como fatores de risco modificáveis. Sistemas robustos de proteção social são capazes de reduzir a mortalidade e mitigar os impactos das desigualdades em saúde, até mesmo durante períodos de recessão econômica. As desigualdades em saúde são reflexo das desigualdades sociais e incidem sobre a população de forma heterogênea.

- **O baixo nível socioeconômico reduz a expectativa de vida em mais de 2 anos (2,1)** em adultos entre 40 e 85 anos. Já o consumo de álcool reduz em 0,5 anos, a obesidade 0,7 anos, a diabetes 3,9 anos, a hipertensão em 1,6 anos, o sedentarismo 2,4 anos e o tabagismo 4,8 anos. **A pobreza afeta a saúde de forma tão severa quanto o tabaco, o álcool, o sedentarismo, a hipertensão, a obesidade e o diabetes. [1]**
- **A associação entre recessão econômica e mortalidade geral pode diferir em países de baixa renda em comparação com países de alta renda.** Evidências indicam que a mortalidade pode aumentar durante as recessões em países de renda baixa e média, especialmente entre as populações em situação de vulnerabilidade social. A recessão brasileira entre os anos de 2012 e 2017 contribuiu para aumentos da mortalidade. [2]

- **Diferentes subgrupos populacionais, estratificados por idade, sexo e raça, podem ser afetados de forma diferenciada pela recessão devido a fatores socioeconômicos, participação no mercado de trabalho e morbidades subjacentes. Os brasileiros negros correm mais risco de potenciais efeitos negativos da recessão sobre a saúde do que os brasileiros brancos.** Em comparação com os brasileiros brancos, os brasileiros negros são mais propensos a ter menor nível de escolaridade, ter empregos informais, ter renda mais baixa, contar com proteção social e ter acesso a assistência médica com menos frequência. [2]
- **O aumento de 1 ponto percentual na taxa de desemprego esteve associado a um crescimento na mortalidade de 0,5 por 100.000 indivíduos por trimestre, por todas as causas de mortalidade.** Entre 2012 e 2017, o desemprego mais alto foi responsável por 31.415 mortes adicionais no Brasil. Também ocorreu um aumento na mortalidade relacionada à recessão econômica em pessoas negras ou pardas, homens e pessoas em idade produtiva. Em municípios com gastos mais altos em saúde e proteção social, não foram encontrados aumentos na mortalidade devida à recessão. [2]
- **O aumento da mortalidade foi relacionado com o aumento do desemprego apenas em municípios brasileiros com baixo investimento per capita em saúde pública e baixo repasse para o Programa Bolsa Família.** O aumento da mortalidade feminina, por exemplo, só foi identificado em municípios com os menores gastos com Bolsa Família e saúde. Uma interação de três vias entre proteção social, gastos com saúde e desemprego para todas as causas de mortalidade de adultos mostrou que aumentos na mortalidade associados ao desemprego foram encontrados apenas em municípios brasileiros com os menores gastos com proteção social ou saúde. Assim, programas de proteção social e maiores investimentos em saúde desempenham um papel importante durante as recessões. [2]
- Os períodos de seca no semiárido brasileiro estão fortemente correlacionados com aumento da mortalidade infantil, baixo peso ao nascer e períodos de gestação mais curtos. Os efeitos da mortalidade nesse contexto estão concentrados em infecções intestinais e desnutrição, e **são bastante minimizados quando a infraestrutura local de saúde está suficientemente desenvolvida. Condicional sobre a renda, o impacto estimado da seca diminui com cobertura municipal de água encanada e saneamento, perdendo significância estatística quando a cobertura desses bens públicos é adequada.** [3]

RECOMENDAÇÕES

- Maiores investimentos em saúde e proteção social pareceram mitigar os efeitos prejudiciais à saúde durante períodos de recessão, especialmente entre populações vulnerabilizadas. Essa evidência reforça a necessidade de sistemas de saúde e proteção social mais fortes globalmente. [2]
- Resultados de uma revisão sistemática indicam que programas de transferência de renda não condicionados podem melhorar alguns resultados em saúde, a probabilidade de frequentar escolas e despesas em saúde. [17]
- Baixo status socioeconômico tem efeito em saúde comparável ao efeito de importantes fatores de risco. Isso indica que as circunstâncias socioeconômicas devem ser tratadas como foco para estratégias locais e globais de saúde, vigilância em saúde, intervenções e políticas. [1]

- Uma avaliação da relação do impacto de longo prazo do Programa Bolsa Família indicou que o programa contribuiu para reduzir problemas de saúde das crianças nascidas de mães cujas famílias ganharam o benefício. [22]
- Há evidências substanciais dos impactos positivos de programas de transferência de renda nos sistemas de saúde e nos determinantes mais amplos da saúde e, portanto, eles merecem maior atenção dos gestores. Como os programas de transferência de renda são amplamente desenvolvidos e implementados por outras políticas públicas além da saúde, torna-se necessário articulação intersetorial para garantir que, além da redução da pobreza e do desenvolvimento do capital humano, eles possam ser utilizados de forma eficaz para reduzir as iniquidades em saúde. [23]
- Estratégias baseadas em evidências para minimizar o impacto da desigualdade social na saúde: investimento na proteção da infância; políticas de transferência de renda que redistribuam recursos (impostos progressivos e regimes de benefícios); fortalecimento das políticas públicas de seguridade social (previdência social, saúde e assistência social), implementação de políticas ativas voltadas para inclusão no mercado de trabalho; fortalecimento das comunidades locais; promoção de estilos de vida saudáveis; oferta de serviços abrangentes para pessoas em situação de vulnerabilidade social; garantia de acesso universal a serviços de APS de alta qualidade [18]
- Evidências de países que fizeram progresso na abordagem dos determinantes sociais e na redução das desigualdades em saúde apontam que são necessárias ações em cinco pontos-chave: **1.** Governança para enfrentar as causas profundas das iniquidades em saúde: implementar ações sobre os determinantes sociais da saúde; **2.** Promover a participação social: liderança comunitária para a ação sobre os determinantes sociais; **3.** O papel do setor de saúde, incluindo programas em saúde pública, na redução das iniquidades em saúde; **4.** Ação global sobre os determinantes sociais: alinhamento de prioridades e partes interessadas; **5.** Monitorar o progresso: medição e análise para informar políticas e aumentar a responsabilização sobre os determinantes sociais. [18]

Poucos países no mundo apresentam índices tão altos de mortalidade por causas externas como o Brasil [4]. A morte por causas externa é caracterizada por ser uma morte “não natural”, ou seja, provocada por uma intervenção voluntária, como homicídio, suicídio e morte em acidente de trânsito, por exemplo. **É importante pontuar que esse tipo de morte é determinada socialmente, e está associada a desigualdades de classe, raça e gênero,** como é possível observar nos dados a seguir:

- **A morte por homicídio atinge a população brasileira de forma heterogênea: estão concentradas em homens (91,3%), pessoas negras (77,9%) e jovens (50% entre 12 e 29 anos).** O Brasil é o país com maior número absoluto de homicídios do planeta: a população brasileira corresponde a 2,7% dos habitantes mundiais e foi responsável por 20,5% dos homicídios conhecidos em 2020. Em termos relativos, **o Brasil é o oitavo país mais violento do mundo,** com uma taxa de 22,45 homicídios para cada 100 mil habitantes, ficando atrás apenas da Jamaica (44,95); Honduras (36,33); África do Sul (33,46); México (28,37); Santa Lúcia (28,32); Belize (25,65); e Colômbia (22,64). Cabe pontuar que, com exceção da África do Sul, todos esses países estão na América Latina e no Caribe. [5]
- **O racismo no Brasil tem como uma de suas principais expressões o alto índice de violência letal contra a população negra.** Como vimos, 77,9% dos homicídios no Brasil estão concentrados na

população negra, mas esse número **aumenta para 84,1% quando os homicídios são decorrentes de intervenções policiais**. Enquanto a taxa de mortalidade entre vítimas brancas retraiu 30,9% em 2021, a taxa de vítimas negras cresceu em 5,8%. Além disso, **entre 2009 e 2019, os homicídios de mulheres negras aumentaram em 2% enquanto os de mulheres não negras caíram 26,9% no mesmo período**. [5]

- **A violência é a principal causa de morte das juventudes no Brasil**. Em 2019, jovens foram vítimas de 51,3% de todos os homicídios ocorridos no país e a cada 100 jovens entre 15 e 19 anos que morreram por qualquer causa, 39 foram vítimas da violência letal, com uma média de **64 jovens assassinados por dia no país**. [5]
- Durante os anos de 2020 e 2021, 2.695 mulheres foram vítimas de feminicídio, ou seja, assassinadas por serem mulheres. **Em 2021, 68,4% das vítimas de feminicídio tinham entre 18 e 44 anos, 65,6 % morreram dentro de casa e 62% eram mulheres negras**. Cabe destacar que existe uma diferença de tipificação entre homicídio de mulheres e feminicídio: o homicídio de mulheres corresponde a qualquer tipo de assassinato de mulheres, já o feminicídio corresponde apenas a assassinatos motivados pelo fato da vítima ser mulher. Como o feminicídio ainda é uma tipificação nova, existe o risco de ainda ser um tipo de morte subnotificada, principalmente quando as vítimas não são brancas. [5]

Globalmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela morte de cerca de 41 milhões de pessoas por ano, o equivalente a 74% de todas as mortes no mundo. As condições de vida da população estão profundamente relacionadas com as mortes prematuras por DCNT, visto que são doenças relacionadas a hábitos de vida não saudáveis, desigualdades no acesso à educação, piores ocupações no mercado de trabalho e iniquidades no acesso à saúde. Evidências indicam que o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é a estratégia mais custo-efetiva para reduzir a mortalidade por DCNTs.

- **Os países de baixa e média renda lideram as mortes dos DCNTs**: 77% de todas as mortes por DCNT no mundo estão concentradas nesses países e 86% das mortes prematuras por DNCT, ou seja, que ocorrem antes da pessoa completar 70 anos, também ocorrem em países de baixa e média renda. [24]
- **Doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes são responsáveis por 80% de todas as mortes prematuras por DCNT no mundo**. Anualmente, cerca de 17,9 milhões de pessoas morrem devido a doenças cardiovasculares, 9,3 milhões por cânceres, 4,1 milhões por doenças respiratórias crônicas e 2 milhões por diabetes ou doenças renais causadas por diabetes. [24]
- **O Brasil está passando por um período de transição epidemiológica, com uma redução na carga de doenças infecciosas e aumento de DCNT**. Por um lado, observa-se melhoras na saúde do país, com ganhos de expectativa de vida e queda na mortalidade, por outro lado, este avanço não tem sido o suficiente para a eliminação de desigualdades. [6]
- **A redução drástica na carga de doenças infecciosas deveu-se, entre outras estratégias, a uma série de tendências e políticas que transcendem o escopo das políticas de saúde**: aumento dos índices de urbanização, a melhora das condições socioeconômicas e a implementação de uma rede mais robusta de proteção social. [4]

- O Plano de Ação Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (2011) lista sete fatores de risco à saúde para reduzir a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis em 25% até 2025 (25 x 25), como, por exemplo, o tabagismo, sedentarismo e alta pressão arterial. Porém, cabe destacar que as desigualdades sociais não estão incluídas entre os 25 x 25 fatores de risco modificáveis pela OMS, gerando críticas ao Plano. [1]
- **A redução da mortalidade por DCNT faz parte das metas para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, da Organização das Nações Unidas (ONU).** A meta prevê a redução de um terço da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento até 2030. [24]
- **A pobreza está intimamente ligada às DCNT.** Estima-se que o rápido aumento das DCNT pode impedir iniciativas de redução da pobreza em países de baixa renda, principalmente pelo aumento dos custos associados aos cuidados de saúde. O tratamento de DCNT é caro, comprometendo a renda das famílias que podem ficar presas na pobreza ou morrer prematuramente por falta de acesso à saúde devido aos altos custos do tratamento. [24]
- **Pessoas vulnerabilizadas e socialmente desfavorecidas adoecem e morrem mais cedo por DCNT do que pessoas de posições sociais privilegiadas.** Isso ocorre por diversos fatores, como a exposição a produtos nocivos, como tabaco ou práticas alimentares pouco saudáveis, além do acesso limitado a serviços de saúde e altos custos do tratamento [24].
- **A maioria das mortes prematuras por DCNT são amplamente evitáveis.** [7]
- **As vulnerabilidades às quais estão expostas as populações, sobretudo as condições crônicas de saúde, são todas possíveis de serem trabalhadas pela APS.** As equipes da APS, especialmente as de Estratégia de Saúde da Família (ESF), possuem um modo particular de produção de saúde, através de um profundo conhecimento demográfico e sócio epidemiológico do território. **Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a APS tem caráter estratégico** para o desenvolvimento de um cuidado integral, que impacte nos determinantes e condicionantes da saúde da população.[8]; [9]

Relação entre fatores de risco e condições crônicas de saúde

Alimentação não saudável

- 20% dos casos de câncer;
- 35% dos óbitos por câncer.

Inatividade física

- 30 a 50% de risco a mais de desenvolver hipertensão arterial (para inativos e sedentários);
- Sedentarismo é considerado a principal causa de:
 - » 21% a 25% de câncer de mama e de colo;
 - » 27% de Diabetes; e
 - » 30% de doenças isquêmicas do coração.

Tabagismo

- 30% de todos os casos de câncer;
- 90% dos casos de câncer de pulmão;
- 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar;
- 25% dos casos de cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular;
- É a maior causa de doença coronariana, tanto em homens quanto em mulheres;
- Quem fuma mais de 20 cigarros por semana aumenta em cinco vezes o risco de morte súbita;
- Fumantes passivos têm risco 30% maior de desenvolver câncer de pulmão e 24% maior de desenvolver doenças cardiovasculares do que pessoas não expostas a ambientes com fumaça dos derivados de tabaco.

Uso nocivo de bebidas alcoólicas

- A partir do consumo diário médio de 30g de etanol (equivalente a duas doses de destilados, duas latas de cerveja ou dois copos de vinho), há definido e exponencial aumento da pressão arterial em homens. Para as mulheres, esse aumento cai pela metade;
- O consumo excessivo de álcool dificulta o controle da hipertensão arterial nos pacientes que possuem tal condição;
- Evidências indicam que, quanto maior o consumo de álcool, maior se torna o risco de desenvolver um câncer associado ao álcool (câncer de cabeça e pescoço; câncer de esôfago; câncer de fígado; câncer de mama e câncer colorretal);
- Pessoas que consomem quantidades moderadas a grandes de álcool de forma prolongada no tempo têm:
 - » 1,2 a 1,5 vezes mais chances de desenvolver câncer colorretal;
 - » 1,3 vezes mais (para bebidas leves) a quase 5 vezes mais (para bebidas pesadas) chances de desenvolver câncer de esôfago;
 - » Duas vezes mais chances de desenvolver dois tipos de câncer no fígado.
- Fração Atribuível ao Álcool nas DCNTs (proporção de óbitos por causas selecionadas e atribuíveis ao uso da substância):
 - » 26% para câncer de lábio e cavidade oral;
 - » 22% para câncer de laringe;
 - » 17% para câncer de esôfago;
 - » 17% para câncer de fígado;
 - » 11% para câncer colorretal;
 - » 7% para hipertensão arterial;
 - » 5% para câncer de mama.

Fonte: Arquivo interno - IEPS; dados retirados das publicações “Cadernos de Atenção Básica”, nº 35 (Brasil, 2014), “Alcohol and Cancer Risk” do National Cancer Institute e “Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2020” do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (Cisa).

Como a desigualdade social e a pobreza impactam nos riscos de contrair e tratar DCNT?

- Barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde: impede o diagnóstico precoce e o acompanhamento e tratamento adequado das doenças, o que pode ocasionar impactos mais nocivos;
- Maior risco de insegurança alimentar e acesso restrito a produtos de maior qualidade nutricional;
- Menor disponibilidade de recursos para proteção contra o adoecimento;
- Menor acesso à informação e educação em saúde;
- Menor acesso a ambientes com o potencial de promover hábitos e rotinas saudáveis.

Fonte: Arquivo interno - IEPS.

RECOMENDAÇÕES

- Evidências de uma pesquisa de revisão sistemática apontam que a carga dos fatores de risco comportamentais relacionada a DCNTs é afetada pela posição socioeconômica em países de baixa e média renda. Os governos que buscam cumprir a Meta de Desenvolvimento Sustentável 3.4 (reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2030) devem alavancar seus orçamentos de desenvolvimento para abordar o nexo pobreza-saúde nesses locais. **[15]**
- Uma APS resolutiva pode ser instrumental para que os municípios brasileiros, principalmente os mais vulneráveis, enfrentem com mais eficácia e equidade os desafios da transição epidemiológica. **[6]**
- Para diminuir o impacto das DCNT é necessária uma abordagem abrangente e intersetorial, incluindo saúde, finanças, transporte, educação, agricultura, planejamento e outros que colaborem para reduzir os riscos associados às DNT e promovam intervenções integradas para preveni-los e controlá-los. **[24]**
- A APS é a estratégia mais custo-efetiva para intervenções de alto impacto para DCTN, visto alta capacidade de detecção precoce de doenças, proposta de tratamento oportuno e cuidado longitudinal. Investir em uma melhor gestão das DCNT é fundamental, que inclui detecção, triagem e tratamento dessas doenças, além do acesso a cuidados paliativos, quando necessário. As evidências mostram que tais intervenções, realizadas pelas APS, são excelentes investimentos econômicos porque, se fornecidas precocemente aos pacientes, podem reduzir a necessidade de tratamentos mais caros. **[24]**
- O investimento em sistemas de saúde é crítico para melhorar os resultados de DCNT, o que inclui o fortalecimento do sistema de saúde, financiamento, governança, gestão, recursos humanos em saúde, informações de saúde e o acesso a tecnologias e a medicamentos. Conhecer como pessoas com DCNT utilizam os serviços de saúde é fundamental para reduzir barreiras de acesso e orientar políticas de saúde, provendo equidade no acesso aos recursos, além de orientar o desenho de políticas de redução de vulnerabilidades. **[20]**
- Dados mostram a necessidade de priorizar políticas integradas e intersetoriais para a prevenção e o controle de DCNT como hipertensão, diabetes e obesidade. **[21]**

A determinação social da saúde influenciou o risco de infecção, morbidade e mortalidade associado à Covid-19. Fatores socioeconômicos têm especial relevância no Brasil, visto que boa parte da população vive em situação de pobreza. Desigualdades regionais de acesso à saúde, discrepância da concentração de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e profissionais da saúde também estão relacionados com a mortalidade por Covid-19.

- 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. **[10]**

- **Raça e nível de escolaridade determinaram 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 do município onde a morte ocorreu. Apesar disso, **as chances de mortes 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 [11].**
- **As mulheres foram particularmente afetadas pelas interrupções dos serviços de saúde reprodutiva e materna durante a pandemia.** Até 20 milhões de mulheres nas Américas tiveram seu controle de natalidade interrompido no período, seja porque os serviços não estão disponíveis ou porque as mulheres não puderam mais pagar pela contracepção. [12]
- Entre o início da pandemia no Brasil e 18 junho de 2020, 124 gestantes e puérperas morreram por covid-19 no Brasil — **o que corresponde a 77% das mortes maternas no mundo no mesmo período.** Cabe destacar que mulheres grávidas pretas têm quase o dobro de chance de morrer por covid-19 no Brasil do que as grávidas brancas. [14]
- **A mortalidade materna aumentou muito durante a pandemia no Brasil.** A mortalidade materna está fortemente relacionada ao acesso e disponibilidade de recursos assistenciais para pré-natal, parto e puerpério. Altos índices de mortalidade materna revelam uma grave violação ao direito à saúde, por ser um evento prevenível em mais de 90% dos casos e por ser concentrado em países de baixa e média renda. **A mortalidade materna é maior entre as famílias mais pobres e é também um impulsionador da pobreza e da desnutrição nas famílias afetadas. [13]**
- **Entre janeiro e abril de 2021, houve um aumento importante de casos em gestantes e puérperas e de óbitos maternos por Covid-19 em 12 países.** O Brasil figura com o maior número de óbitos e uma assustadora taxa de letalidade de 7,2%, ou seja, mais que o dobro da atual taxa de letalidade do país, que é de 2,8%. Os óbitos maternos em 2021 superaram o número notificado no ano anterior. **Em 2020, foram notificados no país 544 óbitos em gestantes e puérperas por Covid-19, com média semanal de 12,1 mortes, considerando que a pandemia se estendeu por 45 semanas epidemiológicas naquele ano. Até 26 de maio de 2021, transcorridas 20 semanas epidemiológicas, foram registrados 911 óbitos, com média semanal de 47,9 óbitos, denotando um aumento preocupante. [13]**

Metodologia

Este relatório técnico foi elaborado na etapa de levantamento de evidências para elaboração da [Agenda Mais SUS](#). As buscas foram realizadas por meio de revisão rápida em repositórios científicos e de literatura cinzenta (relatórios de organismos internacionais, governos e organizações da sociedade civil) entre julho e agosto de 2021. Dados-chave foram atualizados em maio de 2023. Em cada um desses repositórios, foram realizadas: a) exploração e pré-seleção; b) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autoria, ano de publicação, link e principais achados); e c) consolidação de bullet points sobre o tema. Após o primeiro esboço, foram incluídos documentos sugeridos pela equipe revisora.

Organizações

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Idealização e Revisão) - Miguel Lago, Rudi Rocha, Arthur Aguillar, Agatha Eleone, Dayana Rosa, Helena Ciorra, Jéssica Remédios, Maria Cristina Franceschini, Maria Letícia Machado, Renato Tasca e Rebeca Freitas (Coordenadora-Geral do Projeto).

Umane (Idealização e Revisão) - Thaís Junqueira e Evelyn Santos.

Instituto Veredas (Busca e síntese de evidências) - Laura Boeira, Carolina Beidacki, Renata Penalva, Bruno Graebin e Victória Menin.

Normatização, Comunicação e Design

Danilo Castro - Instituto Veredas; Helena Rocha - Diagramação; Natasha Mastrangelo - IEPS

Sugestão de citação

IEPS; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. Condições de Vida e Saúde. Rio de Janeiro: IEPS, 2023.

Conheça a Agenda Mais SUS: www.agendamaisus.org.br

Referências

- [1] Stringhini et al; 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; 2017 - Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/fulltext)
- [2] Hone et al.; Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities; 2019 - Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30409-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30409-7/fulltext)
- [3] Rudi e Reis; Water scarcity and birth outcomes in the Brazilian semiarid; 2012 - Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/62583/1/721243568.pdf>
- [4] IEPS; Saúde na Cidade; 2020 - Disponível em <https://saudenacidade.org/>
- [5] FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário de segurança pública 2022; 2022 Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=15>
- [6] Rache, Nunes e Rocha (IEPS); Evolução Recente e Perfil Atual da Mortalidade no Brasil: Uma Análise da Heterogeneidade entre Municípios; 2020 - Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/03/NT1.pdf>
- [7] WHO; Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020; 2011 - Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/?sequence=1>
- [8] Ministério da Saúde; Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias; 2013 - Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf
- [9] Brehmer et al; Reflexões e inflexões sobre a COVID-19, os determinantes sociais e a promoção da saúde no contexto brasileiro; 2020 - Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/32378/23025>
- [10] Figueiredo et al; Determinantes sociais da saúde e infecção por COVID-19 no Brasil: uma análise da epidemia; 2020 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H9BxWMP6bK9QNLkpPBqJhBw/?format=pdf&lang=pt>
- [11] BATISTA, Amanda et al. Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. Núcleo de Operações E Inteligência Em Saúde (NOIS), 2020.
- [12] PAHO; COVID-19 tem impactos “devastadores” sobre as mulheres, afirma diretora da OPAS; 2021 - Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-5-2021-covid-19-tem-impactos-devastadores-sobre-mulheres-afirma-diretora-da-opas>
- [13] Fiocruz; Boletim Observatório Covid-19: semanas epidemiológicas 20 e 21, de 16 à 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
- [14] Brasil é o país com mais mortes de gestantes por Covid-19; 2020 - Reportagem disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-gestantes-por-covid-1>
- [15] Allen et al; Poverty and risk factors for non-communicable diseases in developing countries: a systematic review; 2016 - Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067361632253X>
- [16] O’Mara-Eves et al; Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis; 2013 - Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK262817/pdf/Bookshelf_NBK262817.pdf
- [17] Pega et al; Unconditional cash transfers for reducing poverty and vulnerabilities: effect on use of health services and health outcomes in low- and middle-income countries; 2017 - Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011135.pub2/epdf/full>
- [18] Tobias; Social rank: a risk factor whose time has come?; 2017 - Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30191-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30191-5/fulltext)
- [19] WHO; Closing the gap : policy into practice on social determinants of health : discussion paper; 2011 - Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44731/9789241502405_eng.pdf

[20] Malta et al; Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil; 2017 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt&format=pdf>

[21] Nilson et al; Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018; 2020 - Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7147115/>

[22] LUCAS, Andreza Daniela Pontes et al. The intergenerational relationship between conditional cash transfers and newborn health. BMC public health, v. 22, n. 1, p. 201, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-022-12565-7>

[23] Owusu-Addo, Renzaho e Smith; Cash transfers and the social determinants of health: a conceptual framework; 2019 - Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/34/6/e106/5113267>

[24]WHO; Noncommunicable diseases; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>