



## Textos para Discussão

# EPIDEMIOLOGIA, POPULAÇÃO E DETERMINANTES SOCIAIS E AMBIENTAIS DA SAÚDE



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

## GOVERNO FEDERAL

Presidente da República  
*Jair Bolsonaro*

Ministro da Saúde  
*Luiz Henrique Mandetta*

Secretaria-Executiva  
*João Gabbardo dos Reis*

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz  
*Nísia Trindade Lima*

## SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral  
*Paulo Gadelha*

Coordenação Executiva  
*José Carvalho de Noronha*

Coordenação Editorial  
*Telma Ruth Pereira*

Apoio técnico  
*Natalia Santos de Souza Guadalupe*

Normalização bibliográfica  
*Monique Santos*

Projeto gráfico, capa e diagramação  
*Robson Lima — Obra Completa Comunicação*

## TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade das autoras, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da "Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030"/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M672e Miranda, Wanessa Debórtoli de

Epidemiologia, população e determinantes sociais e ambientes da saúde/  
Wanessa Debórtoli de Miranda, Fabrício Silveira, Rômulo Paes-Sousa. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.  
32 p. – (Textos para Discussão; n. 47)

Bibliografia: p. 29-32.

I. Desigualdade em saúde. 2. Crise Financeira. 3. Determinantes sociais da saúde. 4. Pandemia. I. Miranda, Wanessa Debórtoli de. II. Silveira, Fabrício. III. Paes-Sousa, Rômulo. IV. Fundação Oswaldo Cruz. V. Título. VI. Série.

CDU: 614.4:177.5:578.834

Textos para Discussão  
Nº 47

# EPIDEMIOLOGIA, POPULAÇÃO E DETERMINANTES SOCIAIS E AMBIENTAIS DA SAÚDE

Wanessa Debôrtoli de Miranda  
Fabrício Silveira  
Rômulo Paes-Sousa

Este documento serve como pano de fundo para os temas específicos tratados durante o Seminário “PENSANDO O FUTURO DA SAÚDE NO BRASIL: POPULAÇÃO, SEGURANÇA ALIMENTAR E DESIGUALDADES”, realizado em 15 de dezembro de 2020, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, dezembro de 2020

## AUTORES

### **Wanessa Debôrtoli de Miranda**

Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou - FIOCRUZ Minas, área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde. Atualmente é docente no Departamento de Gestão em Saúde na Universidade Federal de Minas Gerais.

### **Fabício Silveira**

Doutorado pela Universidade de Cambridge (2018). É pesquisador residente no CEDEPLAR-UFMG, pós-doutorando na UFMG e pesquisador associado do "Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social" da FIOCRUZ-MINAS (GPSPS) e do 'Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas e Desenvolvimento' do CEDEPLAR (GPPD).

### **Rômulo Paes-Sousa**

Doutorado em epidemiologia pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (University of London). É Especialista em política, planejamento e gestão em saúde do Centro de Pesquisa René Rachou (Fiocruz Minas).

## SUMÁRIO

Desigualdades e Vulnerabilidades em Saúde	7
Desafios Contemporâneos para a Estratificação das Desigualdades em Saúde	10
Crise financeira e Austeridade Fiscal: aumento das desigualdades e seus efeitos sobre a saúde no mundo e no Brasil	11
O Contexto da Pandemia de COVID-19 e Seus Efeitos Imediatos e Mediatos sobre os Determinantes Sociais da Saúde e as Desigualdades em Saúde	15
Estratégias para a Redução das Desigualdades em Saúde	18
O que Esperar para o Futuro? Prováveis caminhos para a saúde e suas desigualdades no Brasil	20
Referências Bibliográficas	29



# EPIDEMIOLOGIA, POPULAÇÃO E DETERMINANTES SOCIAIS E AMBIENTAIS DA SAÚDE

## DESIGUALDADES E VULNERABILIDADES EM SAÚDE

A percepção de que a saúde e, por consequência, a doença, se produzem e se distribuem de forma desigual nas populações, provocando o que hoje chamamos de “desigualdades em saúde”, não é nova. Intuitivamente, não se pode negar os efeitos prejudiciais sobre a saúde do indivíduo e comunidades da degradação ambiental, desigualdades na distribuição de renda e poder, fragilidades nas condições de trabalho, nos sistemas educacionais e de saúde, crises políticas; e mais recentemente o preconceito relacionado a gênero, etnia, orientação sexual, entre outros.

Importante nesta discussão, é que as desigualdades muitas vezes se tornam iniquidade em saúde, uma diferença produzida na saúde pela posição que os indivíduos ocupam na sociedade que coloca alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio. Assim, as desigualdades definem relacionamentos essencialmente baseados no poder e no acesso e posse de bens, serviços e riqueza. Consequentemente, os frutos dos esforços sociais acumulados ao longo de gerações são desigualmente distribuídos originando grupos com maior vulnerabilidade social.

A face mais visível da desigualdade é a existência de pessoas com diferentes níveis de acesso à riqueza e oportunidades, e isso é observado nos quatro grupos de renda dos países (alta, média-alta, média-baixa e baixa). Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2019, publicado pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP, 2019), a desigualdade de renda em favor do decil mais rico da população aumentou desde 1980 na maioria das regiões, porém, em velocidades e valores distintos. Em 2015, último ano com informação disponível, a desigualdade na África Subsaariana, Brasil e Oriente Médio foi extremamente alta, indicando que o decil mais rico concentrou de 55% a 60% da renda total dos países ou regiões. Esses níveis extremos de desigualdade nos países de renda baixa e média merecem atenção especial.

Mais recentemente, as exacerbadas desigualdades entre os países retomam a intensificação dos fluxos migratórios de populações, o que coloca em evidência que o lugar de nascimento é outro importante determinante de desigualdades. Enquanto fenômeno complexo essencialmente social e com determinações múltiplas, a migração está intimamente relacionada à história e ao processo geral de desenvolvimento das nações que faz com que populações de países mais pobres busquem, através da imigração, acessar centros de maior dinamismo econômico e de maior bem-estar social. O impulso das migrações tende a provocar consequências diversas, tanto déficit de mão de obra nos países de origem, como crises políticas e reações racistas nos países de destino. As políticas de migração restritivas - por meio de detenção, acesso reduzido ao bem-estar e assim por diante - não apenas causam danos à saúde de migrantes, mas fundamentalmente minam os direitos humanos de forma mais ampla (Juaréz, et al., 2019).

Em relação às desigualdades no interior das nações, possuem maior peso os fatores estruturais que reproduzem mecanismos de exclusão que vão se ajustando ao longo da história. Em países com alta desigualdade de renda, a associação entre a renda dos pais e a renda de seus filhos é mais forte - ou seja, a mobilidade de renda entre gerações é menor. Enquanto na Dinamarca, país em uma situação mais favorável, estima-se serem necessárias aproximadamente duas gerações para que integrantes de uma família de baixa renda atinjam uma renda média, no Brasil o tempo estimado é de nove gerações (OECD, 2018).

Essa relação não implica causalidade direta, mas pode ser compreendida a partir da desigualdade. A desigualdade diminui a mobilidade porque modela a oportunidade. Em territórios mais desiguais, há, por exemplo, menor oportunidade, incentivos e instituições que formam, desenvolvem e transmitem características e habilidades valorizadas pelo mercado de trabalho, e não há equilíbrio de poder para que alguns grupos, em especial os mais vulneráveis, estejam em posição de estruturar políticas. Dentre os fatores relacionados à desigualdade de oportunidades estão antecedentes familiares, gênero, raça e local de nascimento no território - todos fortemente relacionados a desigualdade de renda (UNDP, 2019).

A partir da proposta de avaliação dos efeitos combinados das desigualdades entre e no interior dos países, mais recentemente surgiu o conceito de desigualdade global (Milanovic, 2016), uma abordagem para a era da globalização, diante da disponibilidade de dados internacionais. A desigualdade global é o resultado de desigualdades tanto entre quanto no interior dos países e, portanto, é definido pela interação dos determinantes de cada um.

O objetivo da investigação sobre desigualdade global não é apenas uma descrição das mudanças, mas aprender sobre suas implicações políticas. O índice GINI global, por exemplo, é maior que aquele encontrado nos países com os mais altos níveis de desigualdade social, indicando um *gap* internacional ainda maior que o intranacional. Nos últimos anos, os países com mais altos níveis de desigualdade apresentavam índices GINI em torno de 0,60, enquanto o índice global de GINI aproxima-se de 0,70. Esta diferença deve-se à capacidade do índice global GINI capturar os extremos dos estratos mais pobres dos países mais pobres e os estratos mais ricos dos mais ricos, apontando um nível mais alto de desigualdade do que quando medido em cada país separadamente (Paes-Sousa, Buss e Barreto, 2021).

A abordagem de desigualdade global vai em direção à discussão de especialistas que sinalizam a urgência em compreender os determinantes e suas conexões de forma dinâmica, tal como estas ocorrem em um mundo globalizado. As desigualdades sociais em saúde são um problema global que, em maior ou menor grau, afetam todas as sociedades humanas. Assim, a investigação da determinação social em contextos complexos, por meio de representação estreita da vulnerabilidade social capturada por apenas uma dimensão social, associada a um único indicador de saúde, é demasiadamente simplificada, e oculta o emaranhado de determinantes implicados nestes contextos.

Para exemplificar as interconexões entre os determinantes, pensemos que a escolaridade das crianças depende do status socioeconômico dos pais, que também está relacionado à saúde das crianças, começando antes mesmo do nascimento, e a capacidade cognitiva, por meio de estímulos durante a primeira infância. Este conjunto de atributos também fortemente influencia: a possibilidade de crescer em um bairro cujas condições sanitárias sejam adequadas, as escolas que virão a frequentar, as oportunidades que poderão ter no mercado de trabalho. Devemos considerar, ainda, a raça e gênero dessas crianças e suas redes de afeto. Todos esses fatores



determinam a saúde dessas crianças que, na vigência de déficits, poderão ter prejudicadas suas capacidades de gerar renda, e participar da vida social e política de suas comunidades. Todas essas privações podem se reforçar e se acumular ao longo do tempo - gerando e até ampliando disparidades sociais.

A relação entre expectativa de vida e escolaridade, por exemplo, aponta para diferenças enormes no interior de um mesmo país. Aqueles indivíduos que receberam um tempo menor de escolaridade apresentam desvantagem, menor expectativa de vida, em relação àqueles que tiveram maior tempo de escolaridade. Esta diferença, por sua vez, varia entre os países, sendo menor para países como Canadá e Nova Zelândia e bem maior para aqueles como Hungria, Polônia e República Tcheca. Os achados mostram que mesmo entre os países do leste europeu e até mesmo entre aqueles pertencentes a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) há disparidades importantes entre as condições de vida e seus impactos sobre a desigualdade em saúde (FMI, 2017).

O enfrentamento das desigualdades vem ganhando espaço na agenda global especialmente a partir de 2005 com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ao final de seu mandato, em 2008, essa Comissão entregou um relatório final que enfatizou a importância da ação sobre os determinantes sociais tanto entre países como em seu interior, para reduzir as iniquidades em saúde no curso de uma geração.

Em outubro de 2011, a convite da OMS, chefes, ministros e representantes dos governos se reuniram, no Rio de Janeiro, para reafirmar o compromisso de promover a equidade social e em saúde por meio de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar, implementadas mediante uma ampla abordagem intersetorial.

O documento “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde” (OMS, 2011) sintetiza esses compromissos: a) Melhorar as condições de vida cotidianas — as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, b) Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos — os motores estruturais das condições de vida referidas — nos níveis global, nacionais e locais, e c) Quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema (WHO, 2011).

Com o propósito de reforçar esses compromissos e propor medidas claras e práticas para implementar o desenvolvimento sustentável, aconteceu em junho de 2012, também na cidade do Rio de Janeiro, a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, ou Rio + 20. Nessa conferência, dentre as decisões importantes dos Estados Membros destacou-se: o lançamento de um processo para desenvolver um conjunto de objetivos que unificasse os compromissos de desenvolvimento social e a pauta de sustentabilidade, que convergiram na agenda de desenvolvimento pós-2015 – a Agenda 2030; dotação de diretrizes inovadoras sobre políticas de economia verde; estabelecimento de um processo intergovernamental sob a Assembleia Geral para preparar opções para uma estratégia de financiamento do desenvolvimento sustentável; fortalecimento do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente em várias frentes; e estabelecimento de um fórum político de alto nível para o desenvolvimento sustentável (ONU, 2020a).

## 1. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA A ESTRATIFICAÇÃO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Compreender as recentes mudanças e, também, as permanências no que se refere às desigualdades e à estratificação social é desafiador. As múltiplas faces das desigualdades, sua complexidade e dinamismo ao longo do tempo, fez com que o tema adquirisse novas dimensões que ultrapassaram os estudos focados exclusivamente na distribuição de renda, sendo cada vez mais recorrentes estudos que procuram estudar a estratificação das desigualdades a partir da esfera das atitudes, das identidades e das fronteiras simbólicas entre os grupos sociais. Assim, fazem-se necessárias conceituações mais complexas considerando quatro pilares, que podem ser refletidos no contexto da saúde i) desigualdades de quê; ii) desigualdades entre quem; iii) desigualdades quando; e iv) desigualdades onde (IPEA, 2019).

Para a compreensão das desigualdades é necessário expandir o olhar para além das desigualdades de chances ou oportunidades, pois, desta forma, há o entendimento de que se os indivíduos têm oportunidades sociais semelhantes, as disparidades em suas condições de vida refletem as diferenças de esforço individual, e sabemos que existem outros aspectos envolvidos neste contexto, como gênero, raça e etnia. Assim, afastando-se da ideologia liberal da meritocracia, de acordo com a qual as posições sociais resultam de conquistas pessoais (*achievements*) e não de “adscrições” sociais (*ascriptions*), as investigações sobre desigualdades vem crescentemente dirigindo-se para o estudo das desigualdades de posição ou de resultado (IPEA, 2019).

No mundo contemporâneo, a discussão sobre “desigualdades entre quem” torna-se mais complexa. A compreensão de categorias binárias, como branco/preto, feminino/masculino, cidadão/estrangeiro, cristão/mulçumano, não é suficiente para compreender a estruturação das desigualdades. Existem categorias que se justapõem, por exemplo, ao pensarmos em cidadão e estrangeiro é possível se utilizar uma categorização múltipla como aquelas referentes ao status legal dos imigrantes, gênero e seu país de origem. Em um estudo realizado em 2016, em Portugal, com 682 imigrantes brasileiras que viviam no país há mais de três meses, foi identificado alto índice de desemprego e baixa qualidade de vida (Oliveira et al., 2019). Ao revisar 239 artigos sobre a utilização dos serviços de saúde por migrantes mexicanos nos Estados Unidos, Corro e Arredondo (2018) encontraram que, além da situação socioeconômica, as diferentes formas de acesso dependiam de status da imigração. Essas interações indicam as possibilidades de acesso ao estado de bem-estar, dando origem a importantes desigualdades, inclusive em saúde, que afetam os diferentes grupos de “estrangeiros” no interior de um mesmo país.

Nesse contexto, a partir do entendimento que as desigualdades partem das posições nas estruturas sociais que derivam de interações complexas de categorizações de raça, gênero, classe entre outros, emerge o olhar sobre a interseccionalidade. Questões de gênero, por exemplo, vêm sendo muito discutidas nos últimos anos e, diante da evidência da baixa participação de mulheres na liderança de saúde local e global, muitas iniciativas vêm se consolidando, como a Estratégia Global da OMS sobre Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho 2030; a Comissão de Alto Nível das Nações Unidas sobre Emprego e Crescimento Econômico; os Relatórios de Saúde Global 50/50; Mulheres na Saúde Global e #LancetWomen. Há, além da paridade, preocupação com o reconhecimento que as mulheres constituem grupos heterogêneos e que os privilégios e desvantagens que impedem e permitem a progressão em sua carreira não podem ser reduzidos a uma experiência universal compartilhada, explicada apenas por gênero. Mas é preciso consi-

derar as formas como o gênero cruza-se com outras identidades sociais e estratificadores para criar experiências únicas de marginalização e desvantagem (Zeinali, et al., 2019).

Em relação ao terceiro pilar - desigualdades quando, investigações epidemiológicas evidenciam persistentes desigualdades em saúde, mas também aquelas que variam ao longo da história. Ao pensarmos nas desigualdades étnicas na América Latina, há trabalhos que buscam reconstruir o nexo entre as desigualdades contemporâneas e a história da região, moldada pelo colonialismo (externo e interno) e pela escravidão (IPEA, 2019). Assim como no colonialismo, os negros e pobres continuam sendo a população com menor acesso a bens e serviços essenciais para garantia da saúde. No Brasil, nas 20 maiores cidades do país, a população negra e de baixa renda tem menos acesso a oportunidades de trabalho, saúde e educação (IPEA, 2020).

O entendimento sobre o local onde se estabelecem as desigualdades em saúde, quarto pilar, também vem se alterando ao longo do tempo. Com a intensa globalização, que possibilita intercâmbio contínuo de pessoas e mercadorias, é cada vez mais evidente que investigações em contextos delimitados não dão conta de todos os determinantes das desigualdades em saúde, exigindo abordagens que buscam ampliar o espectro da investigação, de modo a capturar as interdependências transnacionais e globais que moldam as estruturas de desigualdade locais e nacionais.

Assim, investigações sobre desigualdades em saúde passaram a incorporar ao escopo de investigação, ao lado dos elementos classicamente estudados sobre desigualdades e estratificação – chamados de “suspeitos usuais”, uma variedade de novas perspectivas. Nesse movimento, emergem investigações sobre percepções, valores e noções de justiça social; estudos das elites, não somente econômicas, mas políticas, culturais e intelectuais; investigações sobre gerações, espaço e urbanismo; política econômica e de desenvolvimento; efeitos e consequências das desigualdades, em termos de criminalidade, violência e confiança interpessoal (Scalon e Salata, 2016).

## 2. CRISE FINANCEIRA E AUSTERIDADE FISCAL: AUMENTO DAS DESIGUALDADES E SEUS EFEITOS SOBRE A SAÚDE NO MUNDO E NO BRASIL

A crise financeira de 2008 na Europa e as medidas de austeridade fiscal implementadas em diversos países, que se caracterizaram pela implantação de política de ajuste fiscal com ênfase no controle de despesas, com o objetivo de reequilibrar as contas públicas e de promover rápido crescimento econômico, promoveram muitos efeitos negativos para a saúde das populações. Vieira e Benevides (2016), em uma revisão de estudos sobre a crise nos países de alta renda e suas lições para o Brasil, evidenciaram que as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades, provocando a piora da situação de saúde da população. Já as medidas de austeridade fiscal, ao estabelecerem a redução do gasto com programas de proteção social, tendem a agravar os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral.

Os efeitos da crise econômica e das políticas de austeridade fiscal sobre a saúde dos países de renda alta estão extensamente descritos na literatura científica. Paes-Sousa, Schramm e Mende (2019) reviram estudos, especialmente nos países do hemisfério norte, abordando os efeitos da

austeridade sobre: os riscos à saúde, o perfil epidemiológico e os sistemas e serviços de saúde, no período de 2006 a 2017, constatando uma piora em indicadores de transtornos mentais (suicídio, tentativas de suicídios e depressão), doenças infecciosas (HIV, tuberculose, malária e febre do Nilo), doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares) e doenças da infância (asma e acidentes domésticos)<sup>1</sup>.

Segundo os autores, o crescimento da pobreza tem impacto direto na maior incidência dessas doenças, com o conseqüente aumento de exposição a riscos de infecção, e também o estresse vinculado à escassez de renda proveniente do trabalho ou das transferências sociais. Em relação aos fatores sociais, é destacado o aumento do desemprego, precarização do trabalho, perda do seguro saúde, medo da perda do emprego e suas conseqüências - redução de qualidade ou perda da moradia, assim como redução do consumo de alimentos.

Paes-Sousa, Schramm e Mendes (2019) constataram ainda uma expressiva redução do gasto em saúde. O setor saúde foi afetado nos países que dispõem de sistema nacional de saúde, como Reino Unido e Suécia; de seguro social, como Alemanha e Japão; e de seguro privado, como Estados Unidos e Austrália. Nos Estados Unidos, foi observada significativa redução do acesso aos serviços de saúde em função do desemprego e conseqüente redução do seguro saúde, além de redução das doações aos serviços de medicina filantrópica. A redução dos gastos, de maneira geral, impactou na redução de financiamento na promoção, prevenção e atenção em saúde e no investimento em pesquisa e desenvolvimento. Dessa forma, os estudos indicam a redução na rede prestadora de serviços, recursos humanos e insumos em vários países. Os efeitos da escassez tiveram repercussão sobre a qualidade dos serviços prestados, afetando a capacidade administrativa, gerencial e, ainda, a qualidade dos serviços.

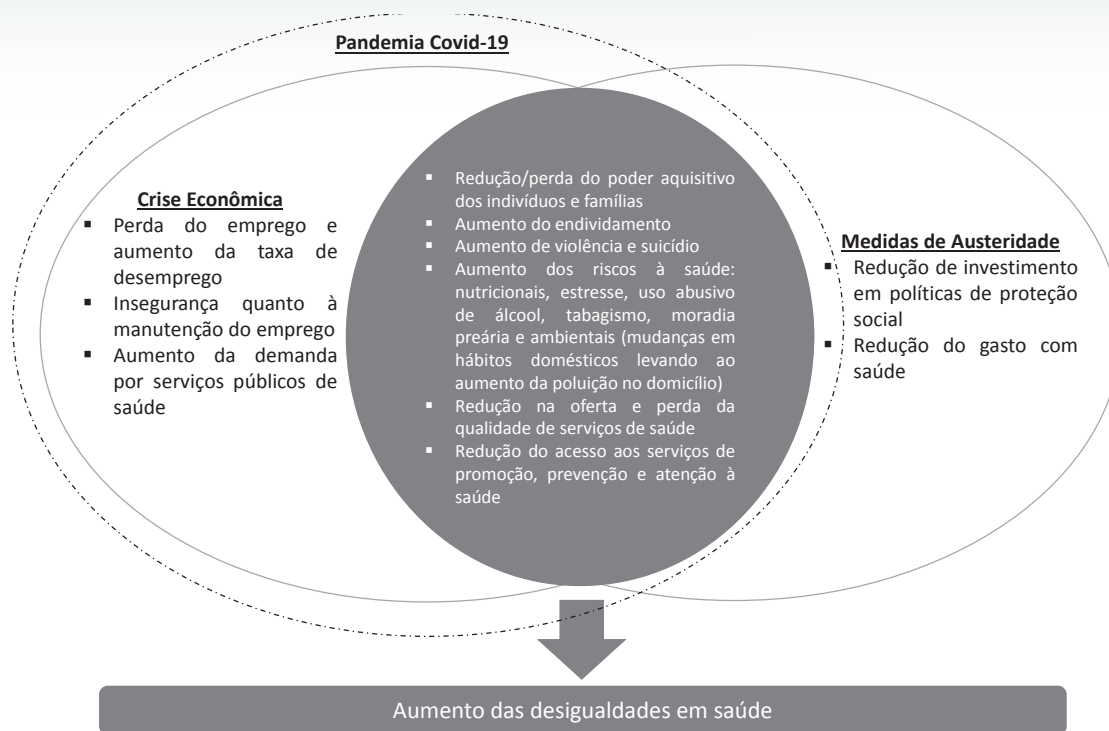
Para os indivíduos e famílias, a combinação da redução da renda devido ao desemprego com a redução das transferências sociais afetou os hábitos e atitudes das populações mais pobres e sua relação com riscos e cuidados de saúde. Em muitos países, foram encontradas alterações quanto à dieta e ao aumento do estresse. A redução ou iminente redução do poder aquisitivo alterou a busca de serviços de saúde, sendo o adiamento ou a supressão da busca desses serviços pela redução dos gastos familiares ou como forma de evitar o estigma de portador de saúde débil e, portanto, vulnerável a ser incluído no grupo dos prioritários em caso de demissão (Paes-Sousa, Schramm e Mendes, 2019).

A combinação e retroalimentação entre crise econômica, políticas de austeridade e, atualmente, as crises provocadas pela pandemia de Covid-19 (além de econômica, sanitária e humanitária) apresentam conseqüências negativas em várias dimensões da vida, provocando aumento das desigualdades em saúde (Figura 1).

---

<sup>1</sup> Segundo os autores, alcoolismo e tabagismo apresentaram resultados divergentes, indicando que o consumo poderia ser estimulado pela dinâmica da crise e, ao mesmo tempo, ser contido pela ausência de recursos para sua aquisição.

**Figura 1.** Efeitos combinados da crise econômica, medidas de austeridade fiscal e pandemia de Covid-19 para a saúde.



Fonte: Elaboração própria com base em Paes-Sousa, Schramm e Mendes, 2019

O Brasil entrou em crise em 2014, quando a taxa de crescimento interanual do PIB foi de 0,46%. Apesar da variação positiva, a partir do segundo trimestre daquele ano houve quedas sucessivas do PIB, entrando o país em recessão econômica. Reduções do PIB também foram observadas em 2015 (-3,15%) e 2016 (-2,93%). Em 2017, o Brasil voltou a apresentar variação positiva do seu produto interno (0,99%) (IPEA, 2020). Porém, com o impacto da pandemia do COVID-19, estima-se uma contração de 5,8 (FMI, 2020) para o PIB em 2020, sendo este o pior desempenho em 120 anos, pelo menos.

A prolongada crise econômica deverá produzir um efeito catastrófico nos indicadores sociais do país.<sup>2</sup> A análise da série histórica de pobreza e pobreza extrema iniciada em 1992, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), indica que houve expressiva redução a partir de 2003, quando 41,8 milhões e 12,9 milhões de pessoas se encontravam em situações de pobreza e extrema pobreza, respectivamente. Em 2014, o indicador de pobreza alcançou o melhor desempenho, quando 14,1 milhões estavam nessa situação, enquanto a pobreza extrema estava no segundo menor nível da história com 5,2 milhões de pessoas. Como reflexo dos efeitos da crise e das políticas de austeridade, a partir de 2015, ambos os indicadores foram significativamente impactados. Em 2017, mais de 20 milhões de pessoas se encontravam em situação de pobreza e 11,8 milhões de pessoas estavam em situação de pobreza extrema, o maior número desde 2004 (Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 2030, 2018).

<sup>2</sup> De fato, o crescimento médio da economia brasileira na década 2011-2020 deverá ficar entre -0,1% e -0,3%, a depender do impacto da COVID-19 no final deste ano (cenários da CEPAL e FMI, respectivamente). Em qualquer dos casos, essa será a pior década na história da economia do país.

O crescimento do desemprego, que, de acordo com o IBGE (IBGE, 2017) alcançou 13% da população em 2017, é um dos fatores que ajuda a explicar o aumento da pobreza. Além disso, cortes em programas sociais, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e a redução significativa de outros, como o Programa Cisternas e o Programa de Aquisição de Alimentos, que enfrentaram reduções orçamentárias de 90% e 99%, respectivamente, afetaram diretamente as condições socioeconômicas das famílias (Pires, 2019). Apesar da introdução do auxílio emergencial como estratégia de mitigação dos efeitos perversos da COVID-19 sobre a renda das famílias ter produzido uma momentânea redução da pobreza. Tal estratégia não é sustentável em longo prazo, devendo produzir um retorno de uma expressiva parcela da população à pobreza, tão logo cesse o acesso ao benefício como consequência do retorno à política de austeridade fiscal.

Dentre as consequências mais alarmantes desse cenário temos o aumento da taxa de mortalidade infantil e de recém-nascidos em 2016. A taxa de mortalidade na infância, óbitos de menores de 5 anos, do país, que apresentava trajetória contínua de queda desde 1990, aumentou de 15,8 óbitos por mil nascidos vivos em 2015 para 16,4 em 2016. Comportamento semelhante foi observado na taxa de mortalidade de crianças com menos de um ano de vida, que passou de 13,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2015 para 14 óbitos por mil nascidos vivos em 2016. O aumento das taxas de mortalidade na infância e infantil perpassaram todas as Grandes Regiões, com exceção da região Sul, onde continuaram em queda (Pires, 2019).

A política de austeridade fiscal, provisoriamente suspensa enquanto durar a pandemia de COVID-19, foi produzida como resposta à crise em 2016, sendo implementada a partir de 2017, a Emenda Constitucional número 95, que lhe dá materialidade jurídica, limitou o aumento dos gastos públicos aos níveis da inflação (Vieira e Benevides, 2016), comprometendo o já deficitário orçamento da saúde pública no Brasil, por um horizonte temporal de 20 anos, uma política de extensão sem precedentes na história global.

Rasella et al (2018) utilizando dados do Programa Bolsa Família, da Estratégia Saúde da Família, do índice de pobreza e dos possíveis efeitos da Emenda Constitucional número 95, estimaram que a mortalidade em crianças menores de cinco anos será consideravelmente maior sob a vigência dessa emenda, em comparação com a manutenção dos níveis atuais de proteção social, podendo ocorrer aumento de 8,6% na taxa de mortalidade infantil até 2030. Estimou-se, ainda, que caso houvesse manutenção da cobertura do Programa Bolsa Família e da Estratégia Saúde da Família reduziria em quase 20 mil as mortes evitáveis e em até 124 mil as hospitalizações evitáveis na infância entre 2017 e 2030 (Rasella et al., 2018)

Embora a responsabilidade fiscal seja essencial para a manutenção da estabilidade macroeconômica, medidas de austeridade sobre o investimento social são comprovadamente falhas. Primeiro porque são frágeis os estudos que embasam seus pressupostos, havendo evidências robustas em sentido contrário, de que os cortes de gastos em políticas de proteção social retardam a retomada do crescimento econômico (Stiglitz, 2017). Em segundo lugar porque os custos sociais de sua implementação são muito elevados, podendo reforçar as consequências negativas da crise, levando ao aumento da pobreza, desigualdade social, riscos à saúde e morbimortalidade. As políticas econômicas que optaram pela austeridade fiscal como forma de enfrentamento da crise foram as que produziram maior impacto restritivo sobre os sistemas e serviços de saúde (Paes-Sousa, Schramm, Mendes, 2019). Recomenda-se, portanto, a preservação dos programas de proteção social para mitigar as consequências sociais negativas das crises econômicas que, certamente, se somarão àquelas advindas da pandemia.

### 3. O CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 E SEUS EFEITOS IMEDIATOS E MEDIATOS SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E AS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Em 2020, quase todo o planeta vive a maior crise sanitária e humanitária deste século. Notificada pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, (ZHU et al, 2020) o novo coronavírus se espalhou rapidamente pelo mundo globalizado, causando milhares de mortes e consequências ainda não completamente conhecidas.

Pandemias como a que vivemos são, ao mesmo tempo, um fenômeno biológico, ambiental e social, com fortes implicações econômicas e políticas. Apesar da alta capacidade de contágio do vírus, não há dúvidas que a disseminação acelerada da doença pelo mundo foi determinada pela forma de vida globalizada. Esta inclui a integração das economias no mundo, o que possibilitou um grande aumento de circulação de pessoas e de mercadorias, promoveu o uso intensivo e não sustentável dos recursos naturais, acentuou mudanças sociais favoráveis ao contágio das doenças infecciosas, como a intensa urbanização, massiva mobilidade de populações nestes espaços e agregação de grandes contingentes de pessoas pobres, ocupando habitações precárias com acesso limitado ao saneamento básico (Lima, Buss e Paes-Sousa, 2020).

No campo sanitário, os padrões dos muitos milhões de casos e óbitos confirmados revelam grande diferença entre as regiões, sendo a região das Américas a mais atingida, seguida pelo Sudeste da Ásia, Mediterrâneo Oriental, África e Pacífico Ocidental (WHO, 2020a).

O rápido aumento de casos de Covid-19 sobrecarregou, no primeiro momento, os sistemas de saúde de muitos países. Serviços essenciais de saúde e intervenções acabaram interrompidos. As pessoas enfrentaram maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto os básicos, como os de maior complexidade. A continuidade dessas barreiras ameaça reverter décadas de melhorias nos resultados de saúde. Em muitos países, a pandemia está inclusive comprometendo serviços de imunização. O mais recente relatório da ONU sobre o progresso dos objetivos do desenvolvimento sustentável mostrou que o fechamento de fronteiras tem resultado na escassez de vacinas em pelo menos 26 países de renda baixa e média (ONU, 2020b). Com a interrupção de serviços e redução de acesso aos alimentos, o aumento nas mortes infantis e maternas pode ser devastador: 118 países de renda baixa e média podem ter um aumento de 9,8 a 44,8% de mortes entre menores de 5 anos por mês e um aumento de 8,3 a 38,6% nas mortes maternas por mês, durante um período de seis meses (ONU, 2020b).

Vários fatores ajudam a explicar as dificuldades da preparação dos países para o enfrentamento da disseminação da doença. Para regiões que apresentam profundas desigualdades sociais os desafios são maiores, o que é evidenciado na região das Américas. Apesar da chegada mais tardia da pandemia, com o primeiro caso sendo registrado no Brasil em 25 de fevereiro, o país mostrou-se incapaz de fazer escolhas adequadas para o seu enfrentamento (Tavares, Silveira, Paes-Sousa, 2020).

Na América Latina a situação é particularmente mais grave por uma conjunção de fatores. De um lado, a maioria dos países não dispõe de estrutura de saúde e tecnologia necessária ao tratamento de casos mais graves da doença. Casos emblemáticos são os da Guatemala e Haiti, que tinham disponibilidade de pouco mais de 100 ventiladores em todo o país. A situação epidemiológica é também complicada. O México, por exemplo, enfrenta altas taxas de hipertensão, obesidade e diabetes na população, todas estas importantes comorbidades associadas às formas mais

graves da COVID-19. A região sofre ainda com déficit habitacional, com grandes aglomerados populacionais, onde o acesso à água limpa é limitado. Só no Brasil, estima-se que cerca de 13 milhões de pessoas vivam em favelas. Além disso, o cenário político na região é conflitante, líderes políticos do Brasil, México e Nicarágua condenaram a resposta à pandemia, minimizando sua gravidade e desestimulando o isolamento social (Burki, 2020). O presidente do México viria mais tardiamente alterar sua posição em relação à pandemia.

Na dimensão econômica estamos vivendo uma crise síncrona sem precedentes, em que se estima que a economia mundial experimentará sua maior queda desde a Segunda Guerra Mundial, e o produto interno bruto (PIB) per capita diminuirá em 90% dos países. Estima-se que o PIB mundial em 2020 irá encolher 5,2%, sendo 7,0% nas economias desenvolvidas e 1,6% nas economias emergentes (CEPAL, 2020).

Na América Latina e Caribe, os efeitos da pandemia serão tão devastadores que se acredita que o PIB per capita cairá aos níveis reais de 2010, com forte contração de receitas e um cenário fiscal complicado. Estima-se que a Argentina, Brasil e México liderarão o aumento regional da pobreza. A partir das estimativas dos efeitos dos processos em andamento, a CEPAL (2020) projeta para a região como um todo, uma queda média do PIB de 9,1% em 2020, com quedas de 9,4% na América do Sul, 8,4% na América Central e México e 7,9% no Caribe.

Ao analisarmos os impactos da pandemia sobre as desigualdades em saúde observamos que estes são potencializados pelos aspectos estruturais, as desvantagens de grupos vulneráveis já estabelecidas, na medida em que a pandemia testa as condições dos países, dos sistemas de saúde, das famílias e indivíduos a se adaptarem a este contexto agravando as iniquidades.

Dentre os determinantes implicados na desigualdade de mortes pela Covid-19, estão as desigualdades étnicas, raciais e socioeconômicas (Millet et al., 2020; Stokes et al., 2020; Killerby, 2020; Gold et al., 2020; Price-Haygood, 2020). O excesso da mortalidade pela COVID-19 entre a população negra observada em Detroit e em Michigan, nos Estados Unidos, evidencia a relação: racismo, pobreza e saúde. Inegavelmente, o racismo e a desvantagem socioeconômica têm associações persistentes, significativas e multifacetadas com problemas de saúde, replicando padrões históricos (Pirtle, 2020).

No Brasil, país estruturado pelo racismo, que permanece com as suas raízes no escravismo colonial, com um processo histórico que ao longo do tempo tem determinado os lugares sociais das pessoas de acordo com a raça ou etnia, a população negra e pobre sofreu mais severamente os impactos da pandemia e seus vários desfechos negativos. Apesar das informações precárias, sabe-se a maior parte da população vivendo em áreas precárias, em situação de extrema pobreza, é constituída por negros, em proporção duas vezes maior que a de brancos (Pires, 2020).

É observada ainda uma diferença importante da mortalidade por COVID-19 entre as regiões, sendo as maiores taxas encontrada nas regiões mais pobres e com maiores deficiências nos serviços de atenção à saúde, Norte, Nordeste, seguidos pelo Sudeste, Centro-oeste e Sul (Brasil, 2020a).

O enfrentamento à pandemia no Brasil tem-se baseado na implementação de medidas que poderiam ser agrupadas sob três grandes estratégias: o isolamento e distanciamento social, a ampliação da capacidade de atendimento dos serviços de saúde e formas de apoio econômico a indivíduos, famílias e empresas. No entanto, essas estratégias vêm ocorrendo a partir de ações e medidas isoladas, por parte de diferentes níveis de governo, sem um esforço evidente de articu-



lação e coordenação em nível nacional para o enfrentamento da crise (Schmidt, Mello e Cavalcante, 2020).

Apesar da reconhecida importância do isolamento e distanciamento social para mitigar a propagação do vírus, estas estratégias encontram muitos limites frente à precariedade da situação habitacional no país, além de, possivelmente, impor riscos à integridade física e psicológica das mulheres. Isto porque a divisão do trabalho construída e difundida na cultura nacional atribui, tradicionalmente, os trabalhos de manutenção do lar e de cuidado dos membros da família às mulheres. A desigualdade da carga de trabalho é ainda maior para as mulheres negras e pobres, que além do trabalho em suas próprias casas, comumente inserem-se no trabalho doméstico e de cuidado remunerado em outras casas (Pires, 2020).

Além disso, nem sempre a residência e convívio com a família representa situação de segurança para as mulheres. Embora ainda sejam incipientes as evidências a respeito dos impactos do isolamento sobre a violência doméstica e familiar, notícias divulgadas na mídia e relatórios de organizações internacionais apontam para o aumento desse tipo de violência (Peterman et al., 2020). A percepção de aumento da ocorrência de violências durante o período da pandemia levou algumas instituições e organizações sociais, como a OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Estados Unidos), End Violence Against Children, Internet of Good Things, Parenting for Lifelong Health, Agência para o Desenvolvimento Internacional (Estados Unidos) e End Violence Partnership a recomendar medidas para a prevenção das violências durante este período de isolamento social (Marques et al., 2020).

A segunda estratégia para o enfrentamento da pandemia, a ampliação da capacidade de atendimento dos serviços de saúde, é urgente e está longe de ser tarefa simples para os países. A rápida velocidade de propagação do vírus na população faz com que os sistemas de saúde sofram forte pressão decorrente da demanda extra gerada pela Covid. Noronha et al. (2020) apontam para uma situação crítica do sistema de saúde brasileiro para atender essa demanda potencial, uma vez que diversas regiões operariam além de sua capacidade, comprometendo o atendimento a pacientes, especialmente aqueles com sintomas mais graves. O cenário é pior para leitos de UTI no Norte e Nordeste do país, regiões em que se observam maiores taxas de mortalidade por COVID (Brasil, 2020a).

Para a ampliação da capacidade de atendimento, o país investiu, inicialmente, em hospitais de campanha, em caráter excepcional e temporário, para ampliação e organização da oferta de leitos (Brasil, 2020b). Esta estratégia exige ainda uma política de alocação de profissionais de saúde e disponibilização de insumos adequados, principalmente nas regiões onde historicamente há vazios assistenciais, buscando minimizar, no momento da pandemia, os efeitos da desigualdade da distribuição dos equipamentos do serviço, especialmente aqueles da atenção especializada, nos diferentes territórios do país.

O apoio econômico por parte do estado (Lei no 13.982, de 2 de abril de 2020), por meio do benefício do auxílio emergencial, destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados, objetivou garantir, ainda que de forma temporária, uma renda mínima universal. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Covid-19, referente ao mês de julho de 2020, apontaram que 6,5% dos domicílios (cerca de 4,4 milhões) sobreviveram apenas com os rendimentos recebidos do auxílio. A pesquisa permitiu avaliar que o auxílio emergencial foi suficiente para superar em 16% a perda da massa salarial entre os que permaneceram ocupados, um acréscimo de 31% em relação ao mês anterior (Carvalho, 2020).

Entretanto, dada a diversidade da população brasileira, as disparidades territoriais e as desigualdades existentes, nem sempre o novo auxílio emergencial foi um instrumento suficiente, célere e/ou facilmente aplicável. Dentre as limitações práticas do auxílio, há problemas de acesso devido a dificuldades no cadastro; com a documentação, são muitos os relatos de dificuldades para regularização do Cadastro de Pessoa Física (CPF) no aplicativo onde as pessoas podem requerer o benefício; e de acesso às tecnologias da informação (Natalino e Pinheiro, 2020). Diante de tantas adversidades e desigualdades sociais, é esperado que o acesso às tecnologias, por mais que aconteça de forma acelerada, não tenha alcançado todos os brasileiros, especialmente os mais vulneráveis, exatamente aqueles que mais necessitam dos benefícios sociais.

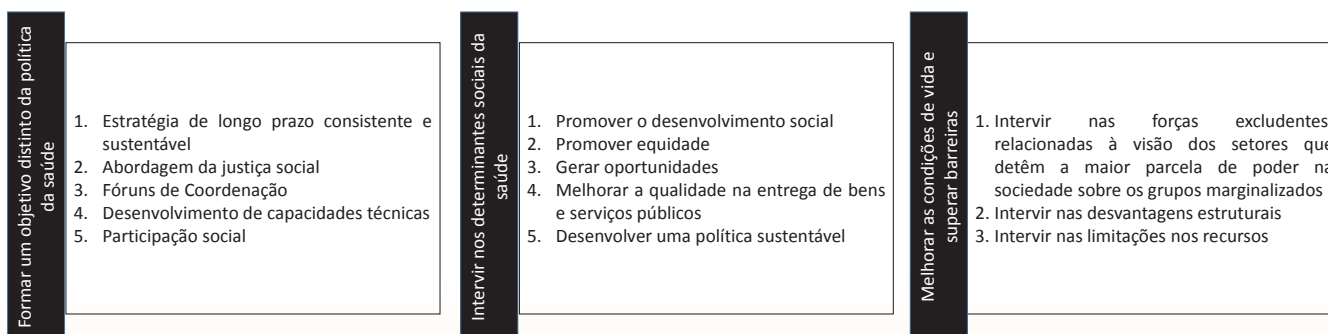
Os desafios para o enfrentamento da pandemia são, portanto, muitos e complexos. Desta forma, para que sejam mais efetivas e possam proteger, em especial a população mais vulnerável, as intervenções devem abordar a desigualdade social para alcançar a equidade em saúde.

#### 4. ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

As desigualdades, que geram as vulnerabilidades, quando instaladas ou em vias de se instalarem, requerem uma abordagem de política pública que proteja os indivíduos desse contexto desfavorável. Isso se traduz em ampliar o acesso desses indivíduos a um conjunto de bens e serviços públicos e também privados, para que possam compartilhar uma vida social em igualdade de direitos. Essa superação dos déficits implica construir políticas específicas para que esses indivíduos possam ingressar num patamar de cidadania que os leve a uma condição mais igual. Para isto, é essencial uma evolução nas abordagens das políticas públicas, saindo de um contexto em que os sistemas setoriais atuam de forma isolada, para buscar uma articulação transversal e intersetorial em programas complexos. Logo, a questão das iniquidades em saúde busca transitar para fora do sistema fechado de saúde, visando uma articulação com outros sistemas de políticas sociais e proteção social.

Uma abordagem abrangente para o combate à desigualdade em saúde, segundo Paes-Sousa, Buss e Barreto (2021), deve necessariamente considerar três eixos: (1) formar um objetivo distinto da política da saúde; (2) intervir nos determinantes sociais da desigualdade em saúde; e (3) melhorar as condições de vida e superar os mecanismos de exclusão relacionados às barreiras ao acesso aos sistemas de saúde. Estes eixos e suas estratégias específicas são ilustrados na Figura 2.

Figura 2. Estratégias para redução das desigualdades em saúde



Fonte: Elaboração própria a partir de Paes-Sousa, Buss e Barreto (2021).

Assim, é inegável a necessidade de investimentos no conjunto de políticas sociais que, potencialmente, estão associadas à promoção de condições de saúde mais equitativas – políticas de educação, trabalhistas, proteção social, políticas de gênero e moradia. E, por este motivo, essas são políticas frequentemente presentes nos compromissos nacionais. Porém, o grande desafio é converter esses compromissos em políticas eficazes.

Embora existam evidências que justifiquem a implementação de ações que interfiram nos determinantes das desigualdades em saúde, políticas para mitigar essas desigualdades tanto a nível nacional como internacional têm sido raramente implementadas. As dificuldades são ainda maiores para os países de renda baixa e média. No Brasil, ocorreram avanços importantes na proteção social, educação, saúde e habitação social. Contudo, a possibilidade de reversão destes avanços está colocada, tanto pela redução dos investimentos públicos nestas áreas, como pela desestruturação dos vários sistemas de políticas sociais desde 2016.

No cenário internacional atual, a Agenda 2030 constitui-se na plataforma global mais relevante em andamento para promover a superação das desigualdades, entre e no interior dos países, inclusive no campo da saúde. Com o eixo central de ‘não deixar ninguém para trás’, remetendo à conclamação geral da ONU e Estados-Membros, a Agenda 2030 declara o esforço para a superação das desigualdades na saúde por meio do ODS 3: “Garantir a saúde e promover o bem-estar para todas as idades”. No entanto, os meios de implementação apresentados no ODS 17 parecem ser limitados para cobrir a demanda implícita por uma proposta tão ambiciosa.

A lacuna existente entre os objetivos em saúde proclamados e os meios para implementação é, talvez, a principal fragilidade da Agenda. Portanto, sua implementação dependerá da determinação política de toda a sociedade - executivos, legisladores, judiciários e sociedade civil - traduzidos em planos nacionais de desenvolvimento, concebidos como uma estratégia para o desenvolvimento sustentável (Paes-Sousa, Buss e Barreto, 2021).

O Relatório de Metas de Desenvolvimento Sustentável 2020 (ONU, 2020), que reúne os dados mais recentes para o monitoramento da Agenda, mostrou que, antes da pandemia de COVID-19, o progresso permanecia irregular e ainda distante do caminho para cumprimento das metas até 2030. Alguns ganhos eram consideráveis: o número de crianças e jovens fora da escola havia caído; a incidência de muitas doenças transmissíveis estava em declínio; o acesso a água potável administrada com segurança melhorou; e a representação das mulheres em funções de liderança estava aumentando. No entanto, o número de pessoas que sofrem com a insegurança alimentar aumentou, o meio ambiente continuou a se deteriorar em uma taxa alarmante e níveis dramáticos de desigualdade persistiram em todas as regiões. Desta forma, a mudança ainda não estava acontecendo na velocidade e escala exigidas. Na atualidade, devido à pandemia de COVID-19, uma sinergia inédita de crises (sanitária, econômica e social) está ameaçando vidas e meios de subsistência, tornando a conquista de metas ainda mais desafiadora.

Assim, a questão das desigualdades na saúde deve ser intrinsecamente parte da política pública, com normas e objetivos claros e estáveis, baseados em acordos políticos explícitos e em uma estrutura legal, com sua sustentabilidade assegurada por uma política de financiamento adequada. Somente desta forma, será possível alcançar maiores níveis de equidade, mesmo diante de situações dramáticas como a que estamos vivendo.

## 5. O QUE ESPERAR PARA O FUTURO? PROVÁVEIS CAMINHOS PARA A SAÚDE E SUAS DESIGUALDADES NO BRASIL

As profundas transformações no perfil epidemiológico brasileiro desde a década de 1960 estão fortemente associadas a fatores demográficos, como a urbanização acelerada, que ocorreu a despeito da constituição de infraestrutura adequada, o rápido envelhecimento populacional e a contínua queda da taxa de crescimento populacional, com expectativa que alcance  $-0,29\%$  em 2040 (Brasil, 2015). A estes, soma-se o fortalecimento do intercâmbio global, com integração das economias no mundo, que possibilitou um grande aumento de circulação de pessoas e produtos, acelerando mudanças sociais que favorecem o compartilhamento de riscos relacionados aos surtos de doenças transmissíveis, como acontece atualmente com a pandemia de Covid-19.

Essa conjunção de fatores levou a uma sobreposição de doenças e agravos de saúde distribuídos de forma desigual nas populações e territórios brasileiros, de acordo com a estruturação dos seus múltiplos determinantes. Mas o que esperar para o futuro? Como estes determinantes impactam na configuração do cenário epidemiológico do país no horizonte de 20 anos?

Uma forma de se avaliar a evolução potencial de um país nos temas de saúde é através da comparação de indicadores para países em diferentes estágios de desenvolvimento. Em muitos casos, essa avaliação internacional revela trajetórias globais para os indicadores, abrindo caminho para construção de cenários para a saúde no país em 2040.

Mais que isso, tendo em vista o aumento da frequência de fenômenos ecológicos adversos em escala global e as mudanças tecnológicas e sociais em curso, que favorecem à maior integração, é esperada uma maior convergência no perfil epidemiológico dos países do mundo. Ainda que as idiosincrasias brasileiras possam sobrepujar essas forças transnacionais em um ou outro aspecto, ambos os desafios e as respostas tendem a se aproximar às dos demais países, em especial em níveis semelhantes de renda e com maior proximidade geográfica/cultural.

A fim de ilustrar estas trajetórias globais nos temas de saúde, a Figura 3 contrasta os níveis atuais (média 2015-2018), para uma amostra global de países em diferentes estágios de desenvolvimento (medido pelo Produto Interno Bruto per capita), de indicadores tão diversos como os de mortalidade materna (Fig. 3A); mortes por doenças não-transmissíveis (Fig. 3B); mortes no trânsito (Fig. 3C); e cobertura dos serviços de saúde (Fig. 3D)<sup>3</sup>. Em destaque (linha central pontilhada) são apresentadas as trajetórias globais dos indicadores, estimadas a partir de um modelo polinomial. A área em cinza equivale a um intervalo de confiança de 90%. As figuras também destacam a evolução do Brasil no indicador (pontos em negrito).

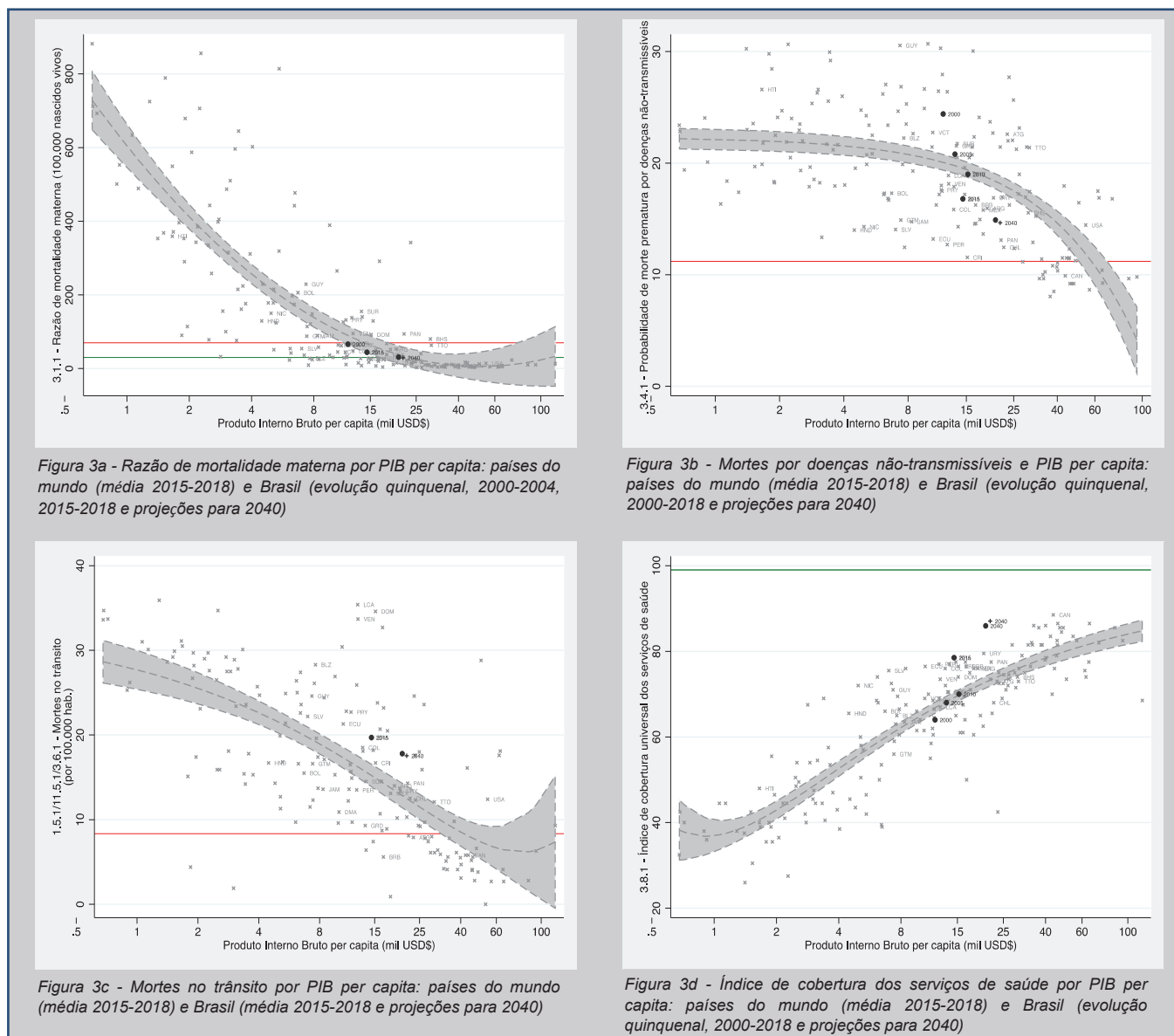
A despeito da evolução brasileira no período destacado, é notória a existência de trajetórias globais de evolução dos indicadores<sup>4</sup>. O formato das curvas também merece ser destacado. Essas nos mostram o quanto o indicador melhora, em média, com o aumento do PIB per capita, i.e., o grau de dificuldade para a melhoria do indicador. A mortalidade materna, por exemplo, parece ser o indicador que apresenta maior probabilidade de melhoria, já que tende a uma redução cada vez mais acelerada a partir dos níveis mais baixos de renda, atingindo níveis próximos do ideal já em países considerados de renda média-alta. Indicadores referentes às mortes no trânsito e à cobertura de serviços de saúde melhoram de forma praticamente constante. Por fim,

<sup>3</sup> Os pontos nas figuras (x) representam a média do indicador para os países da amostra global no período entre 2015-2018. Em destaque estão os países das Américas. A área cinza representa o intervalo de confiança da estimação ao nível de 90%.

<sup>4</sup> Em todos os casos estatisticamente significativas a 0,01%.

a mortalidade prematura por doenças não-transmissíveis apresenta grande dispersão global, apenas se reduzindo de forma consistente e continuada a partir de níveis de renda consideradas altas (PIB per capita acima de 30 mil dólares).

**Figura 3 (a-d).** Indicadores relacionados à saúde selecionados e PIB per capita: Evolução brasileira e trajetória global



Notas: <sup>1</sup> Os pontos (x) representam os países na amostra. <sup>2</sup> Intervalo de confiança definido ao nível de 90%. <sup>3</sup> As linhas horizontais vermelha e verde representam, respectivamente, a meta global para o indicador na Agenda 2030 e a meta nacional. <sup>4</sup> Em destaque os países das Américas (siglas). <sup>5</sup> A evolução do indicador no Brasil (dados históricos) é representada em negrito (os anos destacados representam a média quinzenal do indicador 2000-2004, 2005-2009; 2010-2014, 2015-2018). <sup>6</sup> Duas projeções para 2040 são apresentadas: a primeira considerando o cenário sem COVID-19 divulgado no início de 2020 pelo FMI (+) e o segundo a atualização do cenário da mesma instituição apresentada em junho de 2020 (círculo).

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS.

As figuras também ilustram o tamanho do desafio diante de cada uma destas doenças/agravs e investimentos em saúde para o Brasil. O destaque negativo são as mortes no trânsito, no qual o país ainda se encontra muito aquém daquele esperado (acima da curva média global). Já a probabilidade de morte prematura por doenças não-transmissíveis apresenta melhor evolução. No

início da série, em 2000, o Brasil se encontrava em situação pior que a esperada pelo seu nível de PIB per capita (acima da curva global). A forte evolução do país até 2015 o colocou em situação comparável a de países com PIB per capita mais de duas vezes superior. Esse desempenho pode ser explicado pela trajetória da cobertura de serviços de saúde no país, que apresentou dinâmica semelhante no período, indo de um nível aquém do esperado em 2000 (abaixo da curva), para um nível comparável ao de países ao menos duas vezes mais rico em 2015 (acima da curva).

Para as próximas décadas, o cenário promete ser mais desafiador que o do início do século XXI. De um lado a pandemia deverá levar a uma forte contração da renda. Projeções da CEPAL e FMI apontam ainda para uma retomada mais lenta da economia, em função das incertezas e também da grande instabilidade política do país. De outro lado, o agravamento da condição fiscal do país, associada a regras demasiadamente restritivas para os gastos públicos devem limitar a atuação do estado na promoção do desenvolvimento. Neste sentido, a evolução do país nestes indicadores, sobretudo em temas em que o desempenho do país esteve acima da média nas últimas décadas, deve se aproximar da trajetória média global.

A tabela abaixo (Tabela 1) apresenta os valores atuais e projeções para o ano de 2040 para o Brasil e Américas (média não ponderada) de um conjunto de indicadores relacionados à saúde.<sup>5</sup> Assim como para a Figura 3, os dados para os indicadores relacionados à saúde foram cotejados junto à plataforma para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização Mundial de Saúde.<sup>6</sup> Ao todo foram avaliados 30 indicadores. Estes estão organizados pelos eixos temáticos dos indicadores relacionados à saúde concebidos pela própria instituição, a saber: (i) Saúde materna e reprodutiva (3 indicadores); (ii) Saúde infantil e de recém-nascidos (2 indicadores); (iii) Doenças infecciosas (5 indicadores); (iv) Doenças não-transmissíveis (4 indicadores); (v) Lesões e violência (2 indicadores); (vi) Riscos ambientais (7 indicadores); (vii) Cobertura e sistemas de saúde (7 indicadores).

As projeções foram construídas a partir da curva global estimada para cada indicador considerando os cenários de crescimento pré- e pós-COVID-19 do Fundo Monetário Internacional para o Brasil, que foram extrapolados até 2040. As taxas de crescimento para o período 2022-2040 são iguais em ambos os cenários, já que a instituição estima que a pandemia vá afetar as economias apenas no biênio 2020-2021, já com leve recuperação neste último ano. A perda total de produto (em termos tanto do sacrifício da taxa de crescimento como da contração da economia) nestes dois anos é estimada em 7,3% do produto, segundo a instituição. A diferença entre os cenários revela o tamanho da perda nos indicadores relacionados à saúde trazida pela crise econômica gerada pela COVID-19.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Cumpre ressaltar que a metodologia empregada não tem por objetivo identificar o esforço político para o alcance das metas nos indicadores, mas sim sua evolução, considerando: (i) a trajetória global do indicador; (ii) o nível de renda atual e projetado do país; (iii) a taxa de variação estimada do indicador dada a variação na renda (elasticidade-PIB do indicador).

<sup>6</sup> A Agenda 2030 e os ODS reconhecem tanto a determinação múltipla da saúde, como a existência de forças dinâmicas comuns aos mais diversos países, oferecendo um conjunto de indicadores globalmente harmonizados para monitoramento e avaliação das condições de saúde, agravos e estrutura do sistema de saúde.

<sup>7</sup> Há que se considerar, no entanto, que a pandemia de COVID-19 impacta tanto os fatores de exposição, i.e., os determinantes da saúde, quanto os efeitos da saúde: situações de morbidade e mortalidade. Estes últimos ainda estão sendo contabilizados, não havendo até o presente momento um cenário claro da extensão do impacto, mas que certamente levarão a uma piora significativa em todos os indicadores avaliados, seja diretamente, por efeito da redução de cobertura dos serviços de saúde que estiveram no limite (saturados) durante a pandemia, restringindo a atuação em outras frentes, como indiretamente, como no caso da mortalidade por violência, trânsito, e outros fatores de risco como consumo abusivo de álcool, cigarro e doenças psicológicas causadas pela conjunção de recessão econômica e afastamento social.

Cumpramos ressaltar que a perspectiva transversal (entre países) das estimativas, deve ser vista como um complemento à análise centrada nas trajetórias individuais dos países. Esta opção traz limitações à análise, dadas as variáveis disponíveis e o conjunto de hipóteses assumidas em torno dos padrões globais de evolução dos indicadores e seu relacionamento com o desenvolvimento econômico dos países. Obviamente que a comprovação empírica da associação entre o PIB per capita e os agravos em saúde criam incentivos para as políticas de incremento do PIB para o alcance das metas dos ODS, mas tal opção metodológica não implica que o primeiro seja um determinante para os temas relacionados à saúde. A abordagem, ao contrário, lança luzes sobre os indicadores e temas nos quais o país está ou estará, potencialmente, pior, ou melhor, relativamente ao esperado, deixando o desafio aos formuladores de políticas públicas a identificação das intervenções adequadas para o alcance das metas.

Tabela 1. Indicadores selecionados da Agenda 2030 relacionados à saúde para o Brasil e Américas: Projeções para 2040

Índice global	Título	Brasil		Américas	
		Atual	2040	Atual	2040
<b>1. Saúde materna e reprodutiva</b>					
ind11	Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	44.0	30.2	63.0	31.3
ind12	Births attended by skilled health personnel (%)	99.3	99.4	99.0	99.4
ind13	Abortion rate (per 1 000 women aged 15-49 years)	60.3	49.4	54.4	43.5
ind14	Unintended mortality rate (probability of dying by age 5 per 1 000 live births)	94.0	94.5	94.0	94.5
ind15	Maternal mortality rate (per 100 000 live births)	8.50	6.06	4.94	3.06
<b>2. Saúde infantil e de menores vulneráveis</b>					
ind16a	Diplomats return level and progress (SDG) immunization coverage 1-year	99.0	99.0	99.0	99.0
ind16b	Measles-containing vaccine coverage (MCV2) immunization coverage by the nation	94.0	94.2	93.0	94.0
ind17	Incidence of tuberculosis (per 100 000 population per year)	44.0	34.2	34.0	24.2
ind18	Hepatitis B surface antigen (HBsAg) prevalence among children under 5 years (%)	0.7	0.5	0.4	0.2
ind19	Reported number of people receiving tuberculosis treatment (all ages)	6.0	6.4	5.0	5.5
<b>3. Doenças não transmissíveis</b>					
ind20	Probability (%) of dying from age 30 and over age 70 from any of cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease	94.0	94.3	94.0	94.5
ind21	Crude vehicle rates (per 100 000 population)	6.0	6.0	6.0	6.0
ind22	Total (prevalence-adjusted) deaths per capita (15+) occupationally	3.00	3.2	3.0	3.4
ind23	Age-standardized percentage of women initiated smoking during lifetime aged 15 years and older	94.0	94.2	94.0	94.5
<b>4. Doenças não transmissíveis</b>					
ind24	Estimated total health deaths rate (per 100 000 population)	99.0	100.0	99.0	100.0
ind25	Estimated rate of fatalities per 100 000 population	11.30	11.30	11.30	11.30
<b>5. Doenças não transmissíveis</b>					
ind26a	Adults and household population attributable deaths rate (per 100 000 population, age-standardized)	60.0	53.0	60.0	53.0
ind26b	Mortality rate attributed to exposure to unsafe WASH services (per 100 000 population)	3.00	3.4	3.0	3.4
ind26c	Mortality rate attributed to unimproved plumbing (per 100 000 population)	0.20	0.14	0.20	0.14
ind27	Population using at least basic drinking-water services (%)	97.0	99.0	96.0	99.0
ind28	Population using at least basic sanitation services (%)	86.0	91.0	84.0	91.0
ind29	Proportion of population with primary reliance on clean fuels and technologies	95.0	96.0	95.0	96.0
ind30	Concentration of fine particulate matter (PM2.5)	11.0	10.0	10.0	10.0
<b>6. Cobertura e eficácia de vacinas</b>					
ind31	District-level general population health expenditure (GDP/HR-L2) as percentage of general government expenditure (GDP) (%)	6.0	6.0	6.0	6.0
ind32	Universal Health Coverage Index	70.0	66.0	70.0	66.0
ind33	Medical doctors (per 10 000 population)	21.50	21.40	20.5	20.5
ind34	Nursing and mid-level personnel (per 10 000 population)	97.0	97.0	97.0	97.0
ind35	Doctors (per 10 000 population)	22.0	21.4	21.0	21.0
ind36	Pharmacists (per 10 000 population)	4.0	4.0	4.0	4.0
ind37	Completion of vaccine-of-death rates (%)	99.0	99.0	99.0	99.0

Notas: \* A meta brasileira é de atingir marca inferior a de 30 mortes a cada 100.000 partos. \*\* A meta brasileira de alcançar marca inferior a 8 mortos a cada 1.000 nascimentos. \*\*\* A meta brasileira é de reduzir o número de mortos para o máximo de 5 para 1.000 nascimentos.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS.



As projeções revelam que o cumprimento das metas é um grande desafio para toda a América. Uma década após o compromisso, o Brasil terá cumprido as metas de apenas 10 dos 30 indicadores avaliados.<sup>8</sup> O resultado confirma o efeito ilustrado nos gráficos da figura 3, onde as metas globais (linha verde horizontal) e nacionais (linha vermelha horizontal) são apenas aproximadas pelo Brasil no caso da mortalidade materna. Indicadores relacionados às doenças contagiosas, às não-transmissíveis e às lesões e violência, são particularmente preocupantes para o país, que apresenta resultados consistentemente piores que a média dos países das Américas. Para além desses, os indicadores de *consumo de álcool (ind3.5.2)* e *tabaco (ind3.a)*, com tendências globais opostas às desejadas, precisam de ainda maior cuidado.

A Tabela 1 nos permite observar que, em comparação com a média do continente, o Brasil será particularmente mais afetado pela crise econômica pós COVID-19. A piora por efeito da COVID-19 pode chegar a 22%, como no caso das *doenças negligenciadas (ind3.3.5)*. Ressalta-se que para as projeções não foram contabilizados os impactos da pandemia diretamente relacionados aos riscos de saúde e serviços de saúde, mas tão somente dos efeitos advindos das mudanças econômicas. Uma visão mais holística, que abrangesse as intrincadas relações entre os vários determinantes da saúde e suas consequências decerto mostraria um cenário futuro ainda mais preocupante.

Certamente estes impactos são e serão distribuídos desigualmente na população, em especial nos grupos que já estão em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles com emprego informal. Com uma visão global deste fenômeno, em 2019 o Banco Mundial revelou grande disparidade nas condições laborais de países pertencentes a grupos distintos de renda e até mesmo dentre aqueles pertencentes a um mesmo grupo. Enquanto na Bulgária cerca de 19% da população trabalhava na informalidade, na Etiópia quase toda a população trabalhadora, 98%, vivia nesta situação. Empregos informais são dominantes em muitos países em desenvolvimento (World Bank, 2019).

No Brasil, um dos países mais desiguais do mundo, as projeções para emprego e renda apontam para um comprometimento importante na renda familiar como uma das consequências negativas da pandemia, o que aprofunda as disparidades internas. Como desdobramentos da redução do poder aquisitivo das famílias, espera-se o aumento das desigualdades em saúde a partir do aumento da pobreza, endividamento, violências, suicídios, riscos à saúde e demanda por serviços públicos de saúde.

A ausência de dados desagregados tanto para o território como para a população representa um desafio seja para as projeções seja para a construção de políticas adequadas ao enfrentamento das desigualdades e alcance das metas do desenvolvimento sustentável. A Figura 4 ilustra, a partir dos dados estratificados existentes para o país, o grau de desigualdade de sexo e território em dois indicadores.

O primeiro (Figura 4a) ilustra a desigualdade entre os sexos na mortalidade prematura por doenças não-transmissíveis. Embora o país tenha alcançado avanços significativos no indicador

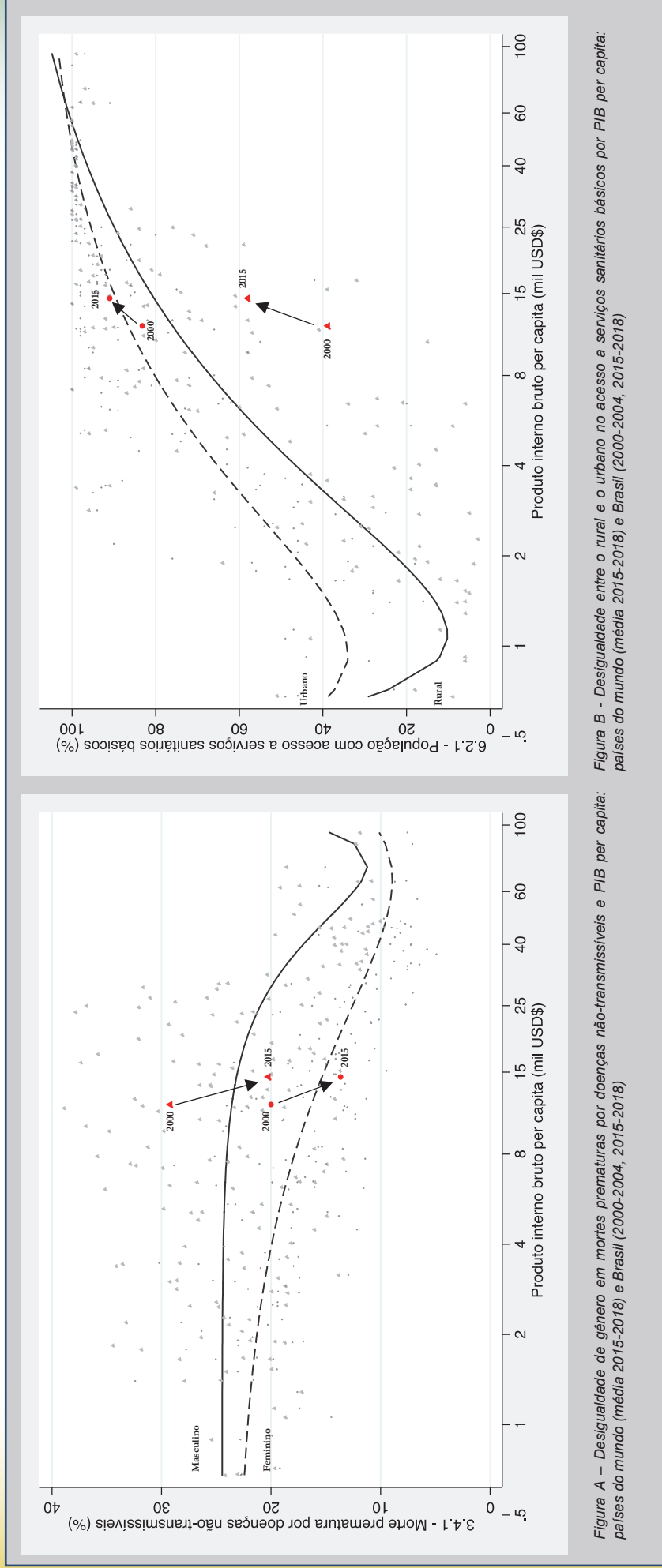
---

<sup>8</sup> Como a maior parte dos indicadores não apresentam metas explícitas (indicadores não-finalísticos de metas dos ODS), adotou-se uma interpretação própria das metas aos quais os indicadores estão associados. Para indicadores de cobertura, entendeu-se que a cobertura universal é alcançada quando 99% ou mais é atingido. Cobertura de vacinas, 90%. Para os demais indicadores, a meta de redução/aumento “significativo” foi traduzida objetivamente como uma redução/aumento de 33% no período. As metas oficiais podem ser consultadas no site da ONU para os ODS e as nacionais no site do IPEA. As utilizadas nos gráficos são apresentadas na Tabela.

em 2000 e 2015 e estas tenham caído a um ritmo mais acelerado para os homens (triângulos), os níveis atuais de mortalidade (período 2015-2018) são maiores que aqueles para mulheres (círculos) no período entre 2000-2004. É possível notar que as curvas globais de evolução do indicador por sexo – contínua para o sexo masculino e pontilhada para o feminino – se distanciam em níveis intermediários de desenvolvimento, apenas convergindo em níveis muito altos do PIB per capita.

Já a Figura 4b destaca o percentual da população rural e urbana com *acesso a serviços sanitários básicos* (6.2.1) e sua evolução entre 2000 e 2015 no país. Embora as curvas globais para ambos – linha contínua para o rural e linha pontilhada para o urbano – demonstrem haver convergência de acesso ao longo do processo de incremento da renda, no Brasil o rural (triângulos) ainda está muito aquém da curva global (algo que foi alcançado pelo urbano - círculos).

**Figura 4.** Evolução da desigualdade em saúde no Brasil e as curvas globais: indicadores selecionados

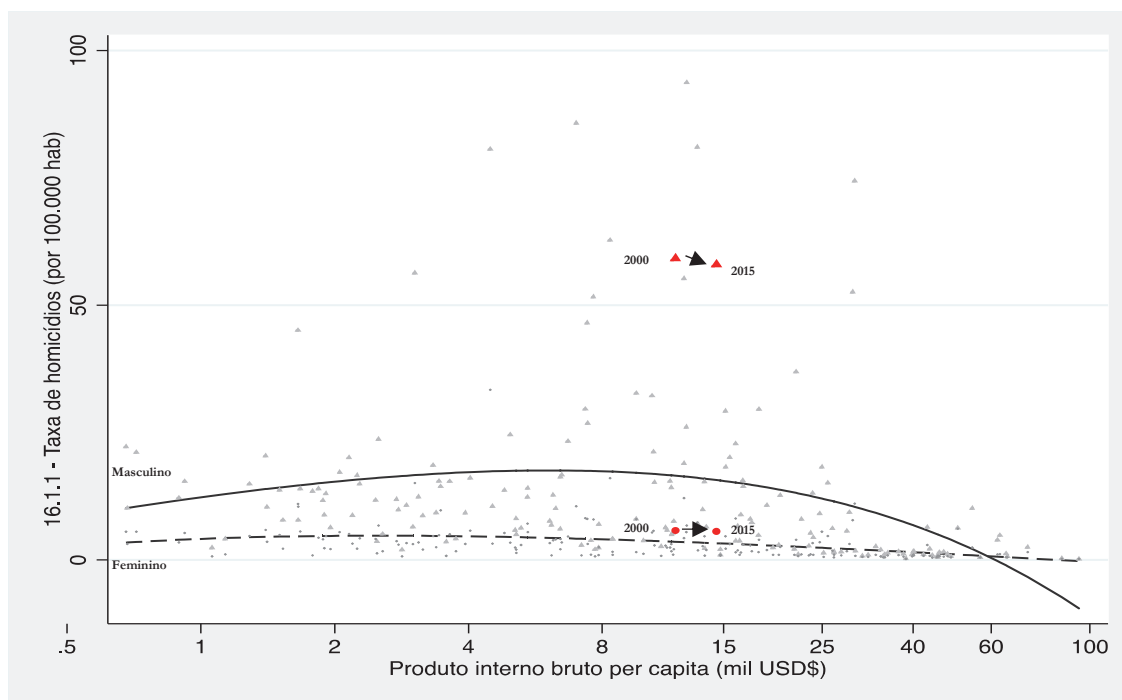


Notas: <sup>1</sup> As figuras geométricas representam os países na amostra, triângulos para masculino (Fig. A) / rural (Fig. B) e círculos para feminino (Fig. A) / urbano (Fig. B). <sup>2</sup> Na Fig. A, a linha contínua representa a curva global estimada para o sexo masculino e a linha pontilhada a curva para o sexo feminino. <sup>3</sup> Na Fig. B, a linha contínua representa a curva global estimada para a população rural e a linha pontilhada a curva para a população urbana. <sup>4</sup> A evolução do indicador no Brasil (dados históricos) é representada em cores (os anos destacados representam a média quinquenal do indicador 2000-2004 e 2015-2018).

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS.

Já a Figura 5 ilustra um dos maiores desafios para o Brasil, o combate à violência. É possível observar que o país não apresentou melhora no indicador nas últimas décadas (deslocamento lateral). Embora as curvas tenham um ajuste estatístico ruim neste caso, elas ilustram o importante contraste entre os dados para o sexo masculino e feminino no país. Enquanto para o último, a taxa de homicídios está próxima das médias globais, para o primeiro temos uma das mais elevadas taxas do mundo, algo que deverá ser agravado por efeito da crise econômica e desemprego.

Figura 5. Mortes no trânsito por PIB per capita: países do mundo (média 2015-2018) e Brasil (média 2015-2018)



Notas: <sup>1</sup> As figuras geométricas representam os países na amostra, triângulos para masculino e círculos para feminino. <sup>2</sup> A linha contínua representa a curva global estimada para o sexo masculino e a linha pontilhada a curva para o sexo feminino. <sup>3</sup> A evolução do indicador no Brasil (dados históricos) é representada em cores (os anos destacados representam a média quinquenal do indicador 2000-2004 e 2015-2018).

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS.

Os resultados apresentados nesta seção confirmam um importante e significativo impacto da crise econômica pós-COVID-19 nas doenças e agravos de saúde em níveis globais e, particularmente, no Brasil. Na prática, estes deverão ser ainda maiores que os estimados, em virtude dos efeitos objetivos da pandemia sobre riscos e serviços de saúde, ainda não calculados. Somados às elevadas desigualdades apresentadas nos exemplos acima, os resultados fazem um alerta importante, já que na ausência de programas específicos para aceleração da melhoria das condições de saúde, em múltiplas frentes, o país deve se aproximar da evolução média global apresentada nos gráficos, deixando de cumprir a grande maioria dos ODS e sustentando grandes disparidades internas.

Vivemos um tempo de grandes tensões, agravadas pela pandemia, que revelou de forma objetiva as grandes e importantes contradições existentes na nossa organização social, econômica e ambiental. Não obstante, ao nos colocar diante do espelho, revelando um mundo atravessado por muitas crises e carente de mudanças, também abre oportunidade para se repensar e formar consenso em torno do futuro que queremos. Obviamente que propor projeções para um hori-

zonte temporal longo, em especial em um momento em que há uma sinergia de crises – sanitária, humanitária e econômica – com efeitos e duração ainda desconhecidos é um exercício complexo. O conhecimento dos cenários potenciais, porém, é fundamental para guiar os esforços da nossa sociedade em direção a um 2040 mais próspero e equitativo.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Asis - Análise de Situação de Saúde* / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis\\_analise\\_situacao\\_saude\\_volume\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf). Acesso em: 23 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 jul. 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.514, DE 15 DE JUNHO DE 2020**. Define os critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar e da outras providências. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.514-de-15-de-junho-de-2020-261697736>. Acesso em: 01 ago. 2020b.
- BURKI, T. COVID-19 in Latin America. **Lancet Infect Dis**.v. 20, p. 547–548, 2020. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30303-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30303-0). Acesso em: 10 set. 2020.
- CARVALHO, S. S. Os efeitos da pandemia sobre os rendimentos do trabalho e o impacto do auxílio emergencial: os resultados dos microdados da PNAD Covid-19 de julho. **Carta de Conjuntura, nº 48**, 3º trimestre de 2020. Instituto de Pesquisa econômica Aplicada – IPEA. 2020.
- CEPAL. Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Carib. **Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones**. Informe especial COVID. Nº 5. 2020. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45782/4/S2000471\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45782/4/S2000471_es.pdf). Acesso em: 30 jul. 2020.
- CORRO, Y. T.; ARREDONDO, A. Utilización de los servicios de salud en la población migrante de Estados Unidos. **Horiz. sanitario**, v. 17, n. 2, p. 89-94, abr.2018. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1919>. Acesso em: 10 set. 2020.
- FMI. Fundo Monetário Internacional. **World Economic Outlook Update**, June 2020. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune2020>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- GOLD, J. A. et al. Characteristics and Clinical Outcomes of Adult Patients Hospitalized with COVID-19 — Georgia, March 2020. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. v. 69, p. 545–550, 2020. [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6918e1external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6918e1external%20icon). Acesso em: 15 set. 2020.
- GRUPO DE TRABALHO DA SOCIEDADE CIVIL PARA AGENDA 2030. **Relatório Luz da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável Síntese II**. São Paulo: IDS; 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=desemprego&searchphrase=all#:~:text=13%2C1%25%20%20C3%A9%20a%20maior,4%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas%20desocupadas.>> . Acesso em: 10 ago. 2020.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Brasília. 2019. 412p.
- IPEA. **IPEAdata**. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>. Acesso em: 10 ago. 2020. Para realizar a consulta, acesse o link informado, clique na aba macroeconômico, depois em temas, seguindo à opção contas nacionais e, então, IBGE/SCN anual. Selecione a variável PIB a preços básicos: variação real anual.

- JUÁREZ, SOL. PÍA.; et al. Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Global Health**. v. 7, p.420-435, 2019. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30560-6). Acesso em: 03 ago. 2020.
- KILLERBY, M. E. et al. Characteristics Associated with Hospitalization Among Patients with COVID-19 — Metropolitan Atlanta, Georgia. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. ePub: 17 June 2020. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6925e1external icon>. Acesso em: 10 set. 2020.
- LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.7:e00177020, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00177020>
- MARQUES, E. S., et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cad. Saúde Pública**. v. 36, n. 4, e00074420, abr. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074420>. Acesso em: 02 set. 2020.
- MILANOVIĆ, B. **Global inequality**: A new approach for the age of globalization. Harvard University Press, 2016.
- MILLET, G. A. et al. Assessing Differential Impacts of COVID-19 on Black Communities. **Ann Epidemiol**. v. 47, p. 37-44, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.05.003external icon>. Acesso em: 10 set. 2020.
- NATALINO, M.; PINHEIRO, M. B. **Proteção social aos mais vulneráveis em contexto de pandemia**: algumas limitações práticas do auxílio emergencial e a adequação dos benefícios eventuais como instrumento complementar de política socioassistencial. Nota técnica, nº 67, Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Instituto de Pesquisa econômica Aplicada – IPEA. 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9999>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- NORONHA, K. V. M. S. et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad Saúde Pública**. v.36:e00115320. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115320>. Acesso em: 01 set. 2020.
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. **A Broken Social Elevator?** How to Promote Social Mobility. Junho de 2018. Disponível em: < <https://www.oecd.org/social/soc/Social-mobility-2018-Overview-MainFindings.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2020.
- OLIVEIRA, E. N.; MATIAS M. M. M.; FÉLIX, T. A.; et al. Brazilian women living in Portugal: work and quality of life. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 182-192, Mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019170122>. Acesso em: 02 ago. 2020.
- ONU. Organização das Nações Unidas- United Nations. **United Nations Conference on Sustainable Development, Rio+20**. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/rio20>. Acesso em: 07 ago. 2020 a.
- ONU. Organização das Nações Unidas - United Nations. **The Sustainable Development Goals Report 2020**. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/>. Acesso em: 27 ago. 2020 b.
- PAES-SOUSA, R., BUSS, P.M. AND BARRETO, M.L. Reducing health inequalities in developing countries. In DETELS, R. et al (eds). **Oxford Textbook of Global Public Health**. 7th Edition. Oxford: Oxford University Press. (forthcoming in 2021).
- PAES-SOUSA, R.; SCHRAMM, J. M. A.; MENDES, L. V. P. Fiscal austerity and the health sector: the cost of adjustments. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, p. 4375-4384, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.23232019>. Acesso em: 20 set. 2020.
- PETERMAN, A. et al. *Pandemics and Violence Against Women and Children* [Internet]. Center For Global Development; 2020. Disponível em: Disponível em: <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-violence-against-women-and-girls.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020.

- PIRES, R. R. C. (Org). **Implementando desigualdades**: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro : Ipea- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019. 730p.
- PIRES, R. R. Nota Técnica. **Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19**: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. 2020. Disponível em: < [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9839/1/NT\\_33\\_Diest\\_Os%20Efeitos%20Sobre%20Grupos%20Sociais%20e%20Territ%3brios%20Vulnerabilizados.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9839/1/NT_33_Diest_Os%20Efeitos%20Sobre%20Grupos%20Sociais%20e%20Territ%3brios%20Vulnerabilizados.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- PIRTLE, W. N. L. Racial Capitalism: A Fundamental Cause of Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic Inequities in the United States. *Health Educ Behav.* v.47, n. 4, p. 504-508, 2020. <https://doi.org/10.1177/1090198120922942>. Acesso em: 18 set. 2020.
- PRICE-HAYGOOD, E. G.; BURTON, J.; FORT, D.; SEOANE, L. Hospitalization and Mortality among Black Patients and White Patients with Covid-19. *N Engl J Med*, 2020. <https://doi.org/10.1056/nejmsa2011686>external icon. Acesso em: 05 set. 2020.
- RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Medicine.* v. 15, n. 5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- SCALON, C.; SALATA, A. Desigualdades, estratificação e justiça social. *Civitas, Rev. Ciênc. Soc.*, Porto Alegre , v. 16, n. 2, p. 179-188, June 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.2.24479>. Acesso em: 10 set. 2020.
- SCHMIDT, F.; MELLO, J.; CAVALCANTE, P. **Estratégias de coordenação governamental na crise da COVID-19**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/200403\\_notatecnica\\_diest\\_32.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200403_notatecnica_diest_32.pdf). Acesso em: 01 ago. 2020.
- STIGLITZ, J. **A austeridade estrangulou o Reino Unido**: apenas o Partido Trabalhista poderá relegá-la à História. Tradução de Iago da Silva Caires. [s.l.]: *Cebes*, jun. 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/06/a-austeridade-estrangulou-o-reino-unido-apesas-o-partido-trabalhista-podera-relega-la-a-historia/>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- STOKES, E. K. et al. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, v. 69, p. 759-765, 2020. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2>external icon. Acesso em: 20 set. 2020.
- TAVARES, A. B.; SILVEIRA, F.; PAES-SOUSA, R. Proteção Social e COVID-19: a resposta do Brasil e das maiores economias da América Latina. *Revista NAU Social*, v.11, n.20, p. 111 – 129, Maio/Out. 2020. <https://doi.org/10.9771/ns.v11i20.36599>. Acesso em: 10 set. 2020.
- UNDP. United Nations Development Programme. Human Development Report 2019. **Beyond income, beyond averages, beyond today**: Inequalities in human development in the 21st century. Disponível em:< <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/hdr2019.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2020.
- VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. D. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016.
- WORLD BANK. **The changing nature of work**. Washington, DC; 2019. Disponível em: < <http://documents1.worldbank.org/curated/en/816281518818814423/pdf/2019-WDR-Report.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 30 jul. 2020 a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. Conferência mundial sobre os determinantes sociais da saúde**. [Internet]. Rio de Janeiro: WHO; 2011. Disponível

em: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf). Acesso em: 02 ago. 2020.

ZEINALI, Z. et al. Intersectionality and global health leadership: parity is not enough. **Hum Resour Health**. v. 17, n. 29, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0367-3>. Acesso em: 06 out. 2020.

ZHU, N. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med**. v.382, n.8, p.727-33, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>. 10 out. 2020.