

INIQUIDADES EM SAÚDE

Valentina Sofía Suárez Baldo

Para começar, uma breve precisão conceitual. Em boa parte da literatura acadêmica, o conceito de equidade é utilizado como sinônimo de igualdade, e da mesma forma seu oposto, a iniquidade, como sinônimo de desigualdade. No entanto, equidade e igualdade não são sinônimos. Para Margaret Whitehead, uma das principais referências da literatura internacional sobre a equidade em saúde, iniquidades constituem diferenças que, além de evitáveis, são também injustas (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009). A *International Society for Equity in Health* (ISEqH) (Sociedade Internacional para a Equidade em Saúde) define equidade como “a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis (remediáveis) em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente” (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. s218). Para Garrafa *et al.* (1997), equidade significa a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças. Representa o ponto de partida da igualdade; esta última é consequência daquela. A equidade supõe o reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas, de pessoas também diferentes, para atingir direitos iguais. Em síntese, equidade implica tratar desigualmente os desiguais como forma de alcançar a igualdade.

Analisando criticamente a utilização inapropriadamente indistinta de ambos os conceitos, Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) concluem que os termos “desigualdade” e “iniquidade” têm em comum o fato de estarem relacionados a ideias de *justiça* de acordo com distintas tradições teóricas. Assim, desigualdades e iniquidades são diferenças produto de injustiças. Enquanto as desigualdades podem ser interpretadas como as consequências de diferentes formas de tratamento a indivíduos que pertencem a grupos sociais, a equidade seria o resultado de políticas que procuram tratar indivíduos que não são iguais de forma diferente. “Nesse sentido, ‘equidade’ e ‘iniquidade’ correspondem a conceitos relacionados com a *prática de justiça* e a *intencionalidade* das políticas sociais e dos sistemas sociais” (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. s221; grifos nossos). Destaca-se o fato da equidade estar relacionada à dimensão das práticas humanas, do seu propósito e intencionalidade, e, portanto, aos princípios ou valores que regem determinadas políticas que buscam diminuir desigualdades. Em outro sentido, as desigualdades remetem a uma espécie de “dado” social ou característica da realidade da sociedade, que, por sua vez, é produto de um tipo de organização social inequitativo. Desde esse ponto de vista, as desigualdades podem ser entendidas como a expressão empírica do caráter inequitativo das políticas econômicas e sociais.

Abordando especificamente o campo da saúde, esse verbete vai apontar duas dimensões das desigualdades: uma relacionada às desiguais condições de saúde da população, e outra vinculada às desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde. Nos dois casos, o quadro de desigualdade no Brasil é extremo. As duas dimensões das desigualdades em saúde estão atreladas às desiguais condições de vida da população, são socialmente determinadas. No Brasil estão vinculadas, também, ao caráter inequitativo da política de

saúde, apesar da equidade ser um dos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Seguindo o raciocínio de Buss (1995), é possível afirmar que políticas de saúde inequitativas podem até aprofundar as desigualdades pré-existentes, como mostra, por exemplo, a estrutura do gasto em saúde do país e sua composição predominantemente privada. Em 2019, o gasto privado representava 59,11% do gasto total em saúde (BANCO MUNDIAL). Integrando essa parcela, o elevado volume do gasto, que correspondia a 24,88% do gasto total nesse mesmo ano (BANCO MUNDIAL), é uma expressão extrema da iniquidade em saúde no Brasil, pois onera desproporcionalmente aos setores mais pobres.

É preciso destacar que, por mais que as instituições de saúde sejam regidas pelo princípio da equidade, e até consigam em maior ou menor medida reduzir algumas desigualdades, elas não têm o poder de acabar globalmente com as desigualdades na saúde, porque estas são originadas na forma de organização social e sua resolução requer ações de política econômica, social, ambiental e jurídica mais amplas.

DESIGUALDADES NAS CONDIÇÕES DE VIDA, DE SAÚDE E DE ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

As *condições de saúde* referem-se ao estado de saúde e aos principais problemas de saúde que uma população apresenta (RIBEIRO; BARATA, 2012). Estão estreitamente relacionadas às condições de vida das pessoas, ao *como se vive*. Já desde o final do século XIX, estudos apontam que condições de vida precárias relacionadas à pobreza levam a problemas de saúde mais graves (IBGE, 2022a). As condições de saúde estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Assim, desiguais condições de vida, segundo perfis de classe, raça, gênero, nível de escolaridade e local de moradia, entre outros, serão espelhadas por condições de saúde também desiguais.

Isso significa que a saúde é socialmente determinada. A noção de *determinação social* postula que a forma de produção e reprodução da sociedade e as condições de vida são o fator explicativo das condições de saúde da população (GARBOIS *et al.*, 2017). Aponta o caráter histórico e social do processo saúde-doença e considera a saúde um fenômeno indissociável da organização da sociedade, relacionado à dinâmica de produção e distribuição da riqueza (GALVÃO *et al.*, 2021).²

Da mesma forma que sucede no caso das condições de saúde, as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde são socialmente determinadas e refletem as desigualdades socioeconômicas estruturantes da sociedade (COBO *et al.*, 2021), estando também condicionadas pelas características do sistema de saúde e as iniquidades produzidas por este. Entende-se por *acesso* à oportunidade de utilizar os serviços de saúde quando necessário, que expressa características de sua oferta e de circunstâncias que facilitam ou obstaculizam a capacidade das pessoas de efetivarem seu uso (DANTAS *et al.*, 2021).³

¹ Observe-se que a equidade não está descrita na Constituição Federal de 1988 nem na Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), embora tenha sido interpretada por diversos especialistas em saúde pública como um dos princípios do SUS (GRANJA *et al.*, 2013).

² Para aprofundar, consultar o verbete sobre Determinação social do processo saúde-doença.

³ Para aprofundar, consultar o verbete sobre Acesso na saúde.

1. CONDIÇÕES DE VIDA DESIGUAIS

O Brasil é um dos países com maiores índices de desigualdade social e de renda do mundo. Dados do relatório do *World Inequality Lab* (Laboratório das Desigualdades Mundiais), publicado em dezembro de 2021, mostram que, no país, os 10% mais ricos ganham quase 59% da renda nacional total, sendo que a elite de 1% leva mais de um quarto (26,6%). Ao mesmo tempo, a metade da população mais pobre ganha apenas 10% (FERNANDES, 2021). Quando se considera o coeficiente de Gini, um indicador de desigualdade frequentemente utilizado, constata-se que o nível no Brasil é bastante elevado se comparado ao padrão internacional (BANCO MUNDIAL), de 0,544 em 2021, segundo o IBGE (2022a).⁴

Territorialmente, o Brasil também apresenta desigualdades muito marcadas. É dividido em cinco macrorregiões com diferentes realidades demográficas, econômicas, sociais, culturais e sanitárias segundo o grau de desenvolvimento das forças produtivas e em função de peculiaridades históricas e culturais (BUSS, 1995). Em 2020, a região mais rica era o Sudeste, com uma participação de 51,9% no PIB nacional, seguida pelo Sul (17,2%), Nordeste (14,2%), Centro-Oeste (10,4%) e Norte (6,3%) (IBGE, 2022c). Considerando o coeficiente de Gini de cada uma das regiões, em 2021, o Nordeste possuía o índice de desigualdade mais elevado (0,556), seguida do Sudeste (0,533), Norte (0,528), Centro-Oeste (0,514) e Sul (0,462) (IBGE, 2022a).

O país começou a década de 2020 com 32% da população vivendo abaixo da linha da pobreza, ou seja, ganhando até meio salário mínimo *per capita*, e 13,4% em situação de indigência, ganhando abaixo de um quarto de salário mínimo *per capita*. Do ponto de vista territorial, os valores mais altos de pobreza e indigência estão nas regiões Norte e Nordeste (IBGE, 2022a). No outro extremo, os rendimentos domiciliares *per capita* médios mais elevados estão nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (nessa ordem), praticamente dobrando os valores do Norte e do Nordeste (IBGE, 2022b). Em um contexto marcado pela pandemia de COVID-19, a situação de desigualdade e pobreza se agravou, com efeitos mais intensos entre determinados grupos populacionais, como mulheres, crianças e pessoas negras,⁵ além da população que reside nas regiões Norte e Nordeste do país. No caso das mulheres, estas sofreram uma queda no rendimento maior do que a dos homens, mesmo tendo previamente rendimentos inferiores. O arranjo domiciliar formado por mulheres pretas ou pardas responsáveis pelo lar, sem cônjuge e com presença de menores de 14 anos, foi o que concentrou a maior incidência de pobreza em 2021 (IBGE, 2022a).

O rendimento domiciliar *per capita* também se relaciona com variáveis de raça/cor e nível de instrução. A população preta ou parda tem rendimentos menores seja qual for o nível de instrução. Os rendimentos se relacionam positivamente com o nível de instrução, independentemente da raça/cor. Em 2021, entre os 10% da população com menor rendimento domiciliar *per capita*, 74,1% eram preta ou parda. Inversamente, entre os 10% da população com maiores rendimentos, 70,5% era branca (IBGE, 2022b). A série histórica

⁴ O coeficiente de Gini sintetiza a análise da distribuição da renda dos países a partir da atribuição de um único valor entre 0 e 1, onde o número 0 representa a situação de perfeita igualdade, e o 1 a situação de perfeita desigualdade.

⁵ Para o Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), população negra é “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga” (BRASIL, 2010, Art. 1º, inc. IV). Daqui em diante, portanto, as denominações “população negra” e “população preta e parda” serão utilizadas como sinônimos.

entre 2012 e 2021 mostra que as pessoas negras ganharam a metade do que as brancas ao longo de todo o período (IBGE, 2022a), o que sugere uma tendência estrutural.

Quanto aos indicadores do mercado de trabalho, em 2021, a taxa de desocupação no Brasil foi de 14%. Entre a população negra essa taxa foi maior, atingindo 16,3%, contra 11,3% das pessoas brancas. Os indicadores de trabalho mais desfavoráveis estão nas regiões Nordeste e Norte, e entre mulheres, pessoas pretas ou pardas, jovens e a população com menor nível de instrução. Em 2021, a população ocupada de raça/cor branca ganhava, em média, 73,4% mais do que a preta ou parda, e os homens, 25% mais que as mulheres. Os resultados expressam desigualdades raciais e de gênero estruturais, dado que esses diferenciais, salvo pequenas oscilações, foram encontrados em todos os anos da série 2012-2020. A desigualdade salarial é bastante expressiva também do ponto de vista territorial. Considerando o rendimento médio de todos os trabalhos, as pessoas ocupadas nas regiões Norte e Nordeste recebiam, respectivamente, 75,2% e 68,9% do correspondente à média nacional em 2021. Quanto à informalidade, os dados mostram que também é preponderante nas regiões Norte e Nordeste (IBGE, 2022a).

Junto com a renda e o trabalho, outro indicador bastante expressivo das desigualdades nas condições de vida da população é o acesso ao saneamento básico. Diversos estudos têm demonstrado as correlações entre a falta de saneamento, incluindo acesso à água potável e esgotamento sanitário, com o aumento das taxas de morbidade e mortalidade por doenças infecciosas, sobretudo a diarreia infantil (MELLO *et al.*, 2020). Segundo diagnóstico do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), de 2018, cerca de 35 milhões de pessoas no Brasil não são atendidas com abastecimento de água e metade da população não tem acesso à rede de esgoto, sendo a região Norte a mais afetada. Da mesma forma que ocorre com os outros indicadores das condições de vida, o acesso precário ao saneamento está associado a um perfil de classe e raça. Há uma forte relação positiva entre nível de renda e acesso ao saneamento, assim como uma linha proporcional entre precarização do serviço prestado e enegrecimento da população não atendida (GONÇALVES; SILVA, 2020).

2. CONDIÇÕES DE SAÚDE DESIGUAIS

Refletindo as desiguais condições de vida, as condições de saúde no Brasil também são desiguais, sendo determinadas, da mesma forma, por variáveis de classe, raça, gênero, nível de escolaridade e local de moradia, entre outras. Do ponto de vista territorial, nas regiões Norte e Nordeste os indicadores tendem a ser piores. Projeções do IBGE para 2020 revelam que os estados brasileiros situados nas regiões Sudeste e Sul (junto com Brasília) concentram os melhores índices de esperança de vida ao nascer do país, com destaque para o estado de Santa Catarina, com 80,2 anos de expectativa de vida. No outro extremo, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste concentram os piores índices, com destaque negativo para o Maranhão, com 71,7 anos de expectativa de vida em 2020 (IBGE). Quando considerada a mortalidade infantil, a maioria dos municípios das regiões Norte e Nordeste, com exceção apenas para os estados da Paraíba, Rondônia e Tocantins, têm Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) acima da média nacional. O contrário ocorre com estados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que têm a maioria dos municípios com TMI abaixo da média nacional, com exceção para o estado do Mato Grosso, que tem mais de 86% dos seus municípios com TMI acima da média nacional. Nos extremos situam-se o estado de Roraima, com 93% dos seus

municípios com TMI acima da média nacional, e Rio Grande do Sul, com apenas 18% dos municípios nessa situação (FARIA, 2022).

Do ponto de vista da determinação racial, a população negra apresenta os piores indicadores de condições de saúde. Em 2021, os homens negros possuíram os maiores percentuais de mortalidade até os 59 anos. As mulheres pretas ou pardas também apresentaram participações maiores nos grupos etários abaixo de 59 anos em relação às mulheres brancas (IBGE, 2022a). A expectativa de vida de pessoas negras é de até cinco anos a menos que a das brancas; a taxa de mortalidade materna das mulheres negras é sete vezes maior do que a das brancas; a população preta e parda morre, desproporcionalmente, mais em decorrência das complicações da Aids, de homicídio, alcoolismo, diabetes e tuberculose (GALVÃO *et al.*, 2021). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam que a população negra apresenta prevalências maiores de hipertensão (44,2%) e diabetes (12,7%), quando comparada à população branca (22,1% e 6,2%, respectivamente). O mesmo fenômeno acontece em relação à doença cardíaca, à asma, à anemia falciforme e às doenças negligenciadas, como a tuberculose (GOES *et al.*, 2020). A invisibilidade de doenças que são mais prevalentes nesses grupos populacionais, a não inclusão da questão racial na formação de profissionais de saúde, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde determinam diferenças importantes nos perfis de adoecimento e morte entre a população branca e a negra (KALCKMANN *et al.*, 2007).

De acordo com a PNS de 2019, a mortalidade de homens é superior à das mulheres em todas as faixas etárias, com destaque para as idades entre 15 e 29 anos, onde a sobremortalidade masculina se justifica pela elevada incidência de mortes por causas externas (não naturais, como acidentes ou homicídios). Comportamentos sociais associados ao gênero explicam em boa parte essa sobremortalidade, com homens culturalmente apresentando maior exposição a situações de risco no trabalho e na vida social (COBO *et al.*, 2021).

Em 2021, mais da metade da população brasileira vivia com algum grau de insegurança alimentar (58,7%). A desnutrição era mais severa no grupo de idade de 0 a 4 anos e, entre estes, os meninos pretos e pardos apresentaram níveis mais elevados em relação aos demais grupos. No caso das meninas, os patamares mais altos de prevalência de desnutrição estavam entre as de raça/cor parda (IBGE, 2022a).

Existem também desigualdades nas condições de saúde determinadas pela identidade de gênero: pessoas trans estão expostas a fatores de risco decorrentes de transfobia e violência policial, além de sofrer taxas mais altas de desabrigo e desemprego, renda mais baixa e sofrimento psicológico (GALVÃO *et al.*, 2021).

3. DESIGUALDADE NO ACESSO A BENS E SERVIÇOS DE SAÚDE

As desigualdades no acesso e utilização de bens e serviços de saúde refletem, assim como as condições de saúde, as desiguais condições de vida da população, exprimindo, também, as iniquidades do sistema de saúde. O acesso e a taxa de utilização dos serviços de saúde estão diretamente relacionados ao nível de renda. Dados da PNS de 2013 indicam que entre os 20% mais pobres da população, quase 95% não têm plano de saúde e 10,9% se autoavaliam com saúde regular, ruim ou muito ruim, mas não consultaram um médico no último ano. Na parcela dos 20% com maior riqueza, esses índices são de apenas 35,7% e 2,2%, respectivamente. Se considerado o número de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo

(UTI) disponíveis, este é quase cinco vezes inferior para as pessoas usuárias do SUS (1,04 leito por 10 mil habitantes, ou menos em estados do Norte e Nordeste) do que para aquelas que têm acesso à rede privada (4,84 leitos por 10 mil habitantes) (PIRES *et al.*, 2020).

A pesquisa desenvolvida por Dantas *et al.* (2021) mostra que a prevalência de acesso precário aos serviços de saúde no Brasil está associada a fatores como ter cor da pele preta ou parda, nível de escolaridade baixo, residir na região Norte e Nordeste, viver na zona rural e não ter plano de saúde privado, entre outros aspectos. A dificuldade no acesso é mais prevalente entre a população negra. Junto com as piores condições de vida e saúde, o racismo institucional está na base desse acesso precário (DANTAS *et al.*, 2021). Resultado de políticas, práticas e procedimentos, o racismo institucional amplia barreiras, causa efeito negativo na qualidade dos serviços, diminui a possibilidade de diálogo e provoca o afastamento de pessoas usuárias (GALVÃO *et al.*, 2021; KALCKMANN *et al.*, 2007). A dificuldade no acesso é mais prevalente também entre a população com menor nível de escolaridade, que, no Brasil, é composta majoritariamente da população negra (DANTAS *et al.*, 2021).

Do ponto de vista territorial, o acesso precário é mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste do país. Em 2021, a menor taxa de profissionais de saúde com nível superior estava na região Norte (9,7), e as maiores nas regiões Sudeste (20,7) e Sul (20,5) (IBGE, 2022a). As regiões com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde são também aquelas que mais concentram população negra (77,3% das pessoas no Norte; 73% no Nordeste). Além disso, essas pessoas residem majoritariamente nas áreas rurais, constituindo 60% dessa população (DANTAS *et al.*, 2021).

Outro fator associado ao acesso precário aos serviços de saúde é não possuir plano de saúde privado, médico ou odontológico. No país do SUS, em outubro de 2022, um quarto da população contratava seguros de saúde (25,8%), eufemisticamente chamados de planos, representando mais de 50 milhões de pessoas com dupla cobertura e acesso diferenciado a bens e serviços de saúde (ANS, 2022). Territorialmente, o acesso à saúde privada também é desigual: o maior número de pessoas beneficiárias reside nos estados do Sul e do Sudeste (IESS, 2022).

CONSIDERAÇÕES PARA O SERVIÇO SOCIAL

Para Iamamoto (1982 *apud* CFESS, 2010), as expressões da questão social devem ser compreendidas como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista. Na medida em que o Serviço Social reconhece a questão social como seu objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), deve orientar sua atuação profissional a partir de uma perspectiva totalizante e baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais (CFESS, 2010).

Por outro lado, o quinto princípio fundamental do Código de Ética de Assistentes Sociais demanda o “posicionamento em defesa da equidade e da justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (CFESS, 2012, p. 23). Tal compromisso ético com a equidade exige o conhecimento da realidade da organização social e o exercício de crítica das desigualdades, no sentido de aprender seus fundamentos, suas origens, sua determinação social, com o objetivo de aboli-las. Esse verbete procurou contribuir com essa tarefa, assinalando as desigualdades nas condições de vida, de saúde e de acesso à saúde da

população, enquanto expressões da questão social brasileira e objeto de intervenção profissional do Serviço Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 11 de dez. de 2022.
- BANCO MUNDIAL. Datos de libre acceso del Banco Mundial. Disponível em: <<https://datos.bancomundial.org/>>. Acesso em 10 de dez. de 2022.
- BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm>. Acesso em 13 de dez. de 2022.
- BUSS, P. M. Saúde e Desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Orgs.). Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças. Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. São Paulo; Rio de Janeiro: Ed. Hucitec; Ed. Fiocruz, 1995.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010.
- _____. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. Brasília: CFESS, 2012.
- COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(9), p. 4021-4032, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n9/4021-4032/pt/>>. Acesso em 15 de jan. de 2023.
- DANTAS, M. N. P.; SOUZA, D. L. B.; SOUZA, A. M. G.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A.; BARBOSA, I. R. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 24: E210004, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z4sYgLBvFbJqhXGgQ7Cdkbc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 15 de jan. de 2023.
- FERNANDES, D. 4 dados que mostram por que Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, segundo relatório. *BBC News Brasil*, 7 dez. 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-59557761>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- GALVÃO, A. L. M.; OLIVEIRA, E.; GERMANI, A. C. C. G.; LUIZ, O. C. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde Soc.*, v. 30, n. 2, e200743. São Paulo, 2021.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*, v. 41, n. 112, p. 63-76. Rio de Janeiro, jan.-mar. de 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymxpLJDTkd5vPh5QL9YGJzq/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. *Revista Bioética*, v. 5, n. 1. Brasília, 1997. Disponível em:

- <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso em 28 de nov. de 2022.
- GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, e00278110. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/d9H84fQxchkfhdbwzHpmR9L/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 16 de jan. de 2023.
- GONÇALVES, L. S.; SILVA, C. R. Pandemia de Covid-19: sobre o direito de lavar as mãos e o “novo” marco regulatório de saneamento básico. *Revista Científica Foz*, v. 3 n. 1, p. 71-92. São Mateus-ES, jan./jul. de 2020. Disponível em: <<https://bityli.com/KBsIV>>. Acesso em 17 de jan. de 2023.
- GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), p. 3759-3764, 2013. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n12/3759-3764/pt>>. Acesso em 23 de jan. de 2023.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Estatísticas e Censos. SIDRA. Banco de Tabelas e Estatísticas. Tabela 7362. Esperança de vida ao nascer. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7362#resultado>>. Acesso em 20 de jan. de 2023.
- _____. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101979.pdf>>. Acesso em 12 de dez. de 2022.
- _____. Síntese de Indicadores Sociais. 2022b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=resultados>>. Acesso em 12 de dez. de 2022.
- _____. Sistema de Contas Regionais: Brasil 2020. Contas Nacionais n. 90. 2022c. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101975_informativo.pdf>. Acesso em 12 de dez. de 2022.
- IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Disponível em: <<https://iessdata.iess.org.br/home>>. Acesso em 18 de out. de 2022.
- KALCKMANN, S.; SANTOS, C. G.; BATISTA, L. E.; CRUZ, V. M. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc.*, v. 16, n. 2, p. 146-155. São Paulo, 2007.
- MELLO, R. R. P. B.; VILLARDI, R. M.; MELLO, S. C. R. P.; MIRANDA, M. G. Desafios no acesso à água e saneamento básico no Brasil e o controle da covid-19. *Rev. Augustus*, v. 25, n. 51, p. 281-293. Rio de Janeiro, jul./out. de 2020. Disponível em: <<https://revistas.unisuam.edu.br/index.php/revistaaugustus/article/view/573/303>>. Acesso em: 17 de jan. de 2023.
- PIRES, L. N.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. L. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. *Experiment Findings*, abr. De 2020. Disponível em: <<https://ondasbrasil.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-distribui%C3%A7%C3%A3o-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf>>. Acesso em 17 de jan. de 2023
- RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2012.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública, 25 Sup 2:S217-S226. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCJ3ww8K6YP4nrZrZJHvk/abstract/?lang=pt>>.

Acesso em 28 de nov. de 2022.