SOCIEDADES JUSTAS

Equidade na saúde e vida digna

Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas
INSTITUTE of HEALTH EQUITY

SOCIEDADES JUSTAS

Equidade na saúde e vida digna

Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde Escritório Regional para as Américas
INSTITUTE of HEALTH EQUITY

Washington, D.C.
2019

Sociedades justas: Equidade em saúde e vida com dignidade. Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas

ISBN: 978-92-75-72116-2

eISBN: 978-92-75-72126-1

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2019**

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em seu website em (www.paho.org). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integramente ou em parte, alguma de suas publicações, deverão se dirigir ao Programa de Publicações pelo seu website (www.paho.org/permissions).

Citação sugerida. Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas. *Sociedades justas: Equidade em saúde e vida com dignidade. Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas*. Washington, D.C. : OPAS; 2019

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em http://iris.paho.org.

As publicações da OPAS contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

Esta publicação contém as opiniões coletivas dos membros da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Igualdade e Desigualdades em Saúde nas Américas e não representa necessariamente as decisões nem as políticas da OPAS.

O material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese, a OPAS deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da OPAS no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

As fotografias contidas nesta publicação são de propriedade da iStock. O uso das fotografias da iStock pela OPAS está de acordo com a licença obtida pelo Institute of Health Equity do University College London.

Para usar qualquer material desta publicação atribuído a terceiros, como tabelas, figuras ou fotografias, o leitor precisa obter permissão. O risco de reivindicações resultantes da violação de qualquer material de propriedade de terceiros usado nesta publicação cabe exclusivamente ao leitor.

A publicacao do informe em portugues foi possivel graças ao apoio do Ministerio da Saude do Brasil.

Este relatório foi elaborado pelo Institute of Health Equity do University College London (UCL) em nome da Comissão.

www.instituteofhealthequity.org

Comissários

Professor Sir Michael Marmot: Presidente da Comissão e Diretor do Institute of Health Equity, University College London, Reino Unido

Victor Abramovich: Universidade Nacional de Lanús, Argentina

Doutora Mabel Bianco: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, Argentina

Professora Cindy Blackstock: First Nations Child and Family Caring Society of Canada e Universidade McGill, Canadá

Professora Jo Ivey Boufford: College of Global Public Health da Universidade de Nova Iorque e Presidente da Sociedade Internacional de Saúde Urbana, Estados Unidos da América

Professor Paolo Buss: Centro de Relações Internacionais em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Doutora Nila Heredia: Organismo Andino de Saúde – Convênio Hipólito Unanue e Comissão da Verdade, Estado Plurinacional da Bolívia

Pastor Elías Murillo Martínez: Vice-Presidente do Comitê das Nações Unidas para a Eliminação da Discriminação Racial, Colômbia

Tracy Robinson: Universidade das Índias Ocidentais, Mona, Jamaica

María Paola Romo: Instituto de Investigaciones Raúl Baca-Carbo, Equador

Doutor David Satcher: The Satcher Health Leadership Institute, Morehouse School of Medicine, Estados Unidos da América

Professor Cesar Victora: Centro de Pesquisas Epidemiológicas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Brasil

PALAVRA DO PRESIDENTE

A Saúde na Região das Américas, tanto a individual quanto a da população, melhorou muito nas últimas décadas do século 20 e nos primeiros anos do 21. Aceitou-se comumente que a saúde seguiria melhorando de forma associada a melhores condições de vida e acesso a padrões de atenção à saúde cada vez melhores.

Entretanto, existem ameaças a essa visão otimista sob pelo menos três formas. Primeiro, há substanciais desigualdades na saúde dentro de cada país, independentemente de seu nível econômico e desenvolvimento social, porque os benefícios em saúde promovidos pelas melhorias sociais citadas acima são distribuídos de forma desigual. Segundo, continuam a existir grandes desigualdades na saúde entre os países das Américas. Terceiro, a taxa de melhorias na saúde desacelerou em alguns países ou mesmo regrediu em relação a algumas medidas; nos Estados Unidos da América, a expectativa de vida declinou por três anos consecutivos.

O entendimento da Diretora da OPAS Carissa F. Etienne levou ao estabelecimento da Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas, da OPAS, junto a uma Comissão sobre Cobertura Universal de Saúde. A Dra. Etienne vê os determinantes sociais da saúde e a cobertura universal de saúde como complementares: ambos são necessários para se alcançar a equidade em saúde. O apoio da Dra. Etienne foi seguido pelo comprometimento incalculável com nossa missão por parte dos nossos 12 comissários, todos especialistas vindos de todas as Regiões das Américas. Com seu conhecimento e experiência, ofereceram sua contribuição para nossas várias deliberações e moldaram tanto a direção quanto os detalhes deste relatório. Juntamente com um secretário da OPAS, comprometido, e outro do Institute of Health Equity, do University College London, fizeram que o trabalho fosse possível. Quero agradecer especialmente a Jessica Allen, Peter Goldblatt e Joana Morrison pelo apoio prestado à Comissão e pelo auxílio na redação deste relatório.

À medida que compreendemos que o conhecimento e os recursos existem a fim de melhorar a saúde para todos nas Américas, consideramos tais iniquidades em saúde injustas. Consertá-las é uma questão de justiça social. A preocupação com a justiça social e a saúde é o que move a Comissão sobre Equidade da OPAS nesse sentido. Entretanto, são as evidências do que pode ser feito que realmente importam.

Muitas vezes me perguntam: neste mundo da pós-verdade, realmente precisamos de evidências para desenvolver políticas? A Comissão sobre Equidade da OPAS é clara. O conhecimento e as evidências são criticamente importantes para lançar luz sobre as injustificáveis desigualdades no âmbito da saúde e naquilo que pode ser feito para melhorar a equidade

nessa área. Apoiamos as recomendações feitas neste relatório precisamente por elas terem como base a evidência. Nossa missão, assim, é ao mesmo tempo moral e técnica. Melhorar a qualidade da vida que as pessoas possam vir a ter — uma vida digna que melhoraria a saúde — é uma meta moral. Este relatório reúne a evidência técnica do que é necessário para a alcançar.

A evidência que pudemos reunir tem seu fundamento naquela que foi apresentada pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OPAS e da Revisão Europeia de Determinantes Sociais e da European Review of Social Determinants and the Health Divide. A evidência que deu base a nosso trabalho é global. Nossa tarefa enquanto Comissão sobre Equidade da OPAS foi a de compilar novas evidências sobre as Américas e aplicá-las às condições especiais e amplamente variadas desta Região: Canadá e Estados Unidos da América e América Latina e o Caribe.

A ação e a geração do conhecimento devem estar unidas. Confiamos em nossa análise dos determinantes sociais da saúde. Todavia, as evidências em relação "àquilo que funciona" para agir sobre esses determinantes sociais a fim de melhorar a equidade em saúde nunca são suficientes. É, então, vital que haja sistemas de monitoramento robustos para avaliar os efeitos das mudanças de políticas que recomendamos.

Somos otimistas, mas não complacentes: otimistas por vermos um grande e crescente interesse nos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde; nada complacentes à medida que crescem as ameaças. O empoderamento dos indivíduos, comunidades e, de fato, dos países, tem de acontecer em conjunto com o desenvolvimento social e econômico. As desigualdades econômicas, as mudanças climáticas e o contínuo impacto do colonialismo e do racismo são grandes desafios a esse empoderamento. Nosso relatório chama atenção para as desigualdades nas condições da vida diária durante ao longo de toda a vida, para a violência e o racismo, para o clima e o meio ambiente, e para os fatores estruturais das iniquidades em saúde.

Enxergamos este relatório como um passo em nossa jornada. A meta agora é encorajar ações em todos os países da Região e prover aos governos e à sociedade a evidência que deve embasar a ação. Pode haver uma meta mais válida do que criar as condições para que todas as pessoas desta Região tenham uma vida digna e, assim, promover a causa da equidade em saúde?

Professor Michael Marmot
Presidente, Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas da OPAS

SUMÁRIO

SEÇÃO 1: INTRODUÇÃO E QUADRO CONCEITUAL 1
1.1. Comissão sobre equidade e desigualdades em saúde nas Américas 3
1.2. Quadro conceitual 6

SEÇÃO 2: INIQUIDADES NA SAÚDE ENTRE OS PAÍSES DAS AMÉRICAS 11
2.1. Introdução 13
2.2. A diferença em saúde entre os países 14
2.3. Tendências e perfis demográficos 28
2.4. Tendências da expectativa de vida 30

SEÇÃO 3: FATORES ESTRUTURAIS: INIQUIDADES DE PODER, RIQUEZA E RECURSOS 33
RECOMENDAÇÃO 1. Atingir equidade nas estruturas política, social, cultural e econômica 35
1A. Implementar políticas fiscais progressivas para melhorar a equidade em saúde 38
1B. Assegurar um espaço público crescente e reforçar o papel do estado na provisão de serviços 46
1C. Combater urgentemente a corrupção e reduzir sua ameaça à equidade em saúde 50

RECOMENDAÇÃO 2. Proteger o meio ambiente, mitigar as mudanças climáticas e respeitar as relações com a terra 54
2A. Mitigar e adaptar-se às mudanças climáticas para apoiar a equidade em saúde 55
2B. Minimizar os efeitos climáticos das indústrias de extração de recursos e da agricultura 63
2C. Implantar políticas que protejam e apoiem a relação de indígenas com a terra e façam progresso na questão da propriedade das terras das comunidades marginalizadas 66

RECOMENDAÇÃO 3. Reconhecer e reverter os impactos do colonialismo insidioso e do racismo estrutural na equidade em saúde 69
3A. Agir para tratar de filosofias, culturas, políticas e práticas advindas do colonialismo histórico e atual 81
3B. Assegurar que afrodescendentes e indígenas tenham liberdade para viver vidas dignas, inclusive através da afirmação de seus direitos distintos 84
3C. Tomar medidas positivas para enfrentar o racismo sistemático 87

SEÇÃO 4: CONDIÇÕES DE VIDA 93
RECOMENDAÇÃO 4. Equidade desde o início: primeira infância e educação 96
4A. Assegurar uma boa saúde infantil e materna e uma nutrição ótima 96
4B. Apoiar o bom desenvolvimento na primeira infância 106
4C. Reduzir as iniquidades na conclusão do ensino secundário 110

RECOMENDAÇÃO 5. Trabalho decente 120
5A. Melhorar o acesso a trabalhos e condições decentes, incluindo as pessoas nos setores informal e doméstico 122
5B. Apoiar as pessoas desempregadas por meio de programas de mercado de trabalho ativos e sistemas de proteção social 134
5C. Reduzir as desigualdades de gênero no acesso ao trabalho, salários e aposentadoria 139

RECOMENDAÇÃO 6. Vida digna para idosos 143
6A. Criar condições para o envelhecimento ativo e engajado, com a sociedade valorizando as contribuições dos idosos 147

6B. Aumentar o fornecimento de aposentadorias mediante subsídios governamentais, particularmente para aqueles que se encontram em situação de maior risco de não vir a ter renda posteriormente na vida 150
6C. Aumentar o foco dos sistemas de atenção à saúde na prevenção e promoção de um envelhecimento saudável e ativo. 154

RECOMENDAÇÃO 7. Renda e proteção social 157
7A. Implementar um piso de proteção social 161
7B. Reduzir a pobreza através de políticas de proteção social e outras iniciativas. 164
7C. Estabelecer apoio para cuidadores não remunerados 172

RECOMENDAÇÃO 8. Reduzir a violência para se conseguir equidade em saúde. 175
8A. Eliminar a violência de gênero, especialmente a que afeta as mulheres e as meninas 178
8B. Reduzir a violência estrutural, com foco naqueles que sofrem mais riscos 183
8C. Erradicar as violências política e institucional 188

RECOMENDAÇÃO 9. Melhorando as condições de moradia e meio ambiente 194
9A. Desenvolver e implementar estratégias nacionais de planejamento para o desenvolvimento rural e urbano 195
9B. Estabelecer e alcançar padrões ambientais e melhorar os ambientes e moradias precários. 198
9C. Garantir a segurança da posse em assentamentos informais e outros ambientes 213

RECOMENDAÇÃO 10. Sistemas de saúde igualitários 217
10A. Desenvolver sistemas de saúde universais e assegurar o acesso à atenção em saúde independentemente da possibilidade de pagar por ela. 218
10B. Na busca das funções essenciais da saúde pública, o foco dos sistemas de saúde deveriam estar na proteção e melhora da saúde mental e física 226
10C. Foco de sistemas de saúde em fatores sociais e econômicos de comportamentos relacionados à saúde, saúde mental e suicídio. 230

SEÇÃO 5: GOVERNANÇA PARA EQUIDADE EM SAÚDE 233
RECOMENDAÇÃO 11. Acordos de governança para a equidade em saúde 235
11A. Fazer da equidade em saúde o indicador-chave do desenvolvimento social e estabelecer mecanismos de prestação de contas 237
11B. Todo governo — legislativo, judiciário e executivo — deve ter responsabilidade pela garantia de equidade em todas as políticas 241
11C. Desenvolver e assegurar o envolvimento da sociedade em geral — incluindo a sociedade civil e as comunidades — ao estabelecer prioridades e políticas para alcançar a equidade em saúde 245

RECOMENDAÇÃO 12. Respeito e proteção aos direitos humanos. 257
12A. Fortalecer direitos que se relacionem aos determinantes sociais da saúde enquanto aspectos do direito à saúde e à uma vida digna 260
12B. Fortalecer a responsabilização de determinantes sociais da saúde enquanto aspectos do direito a saúde e a uma vida digna 266
12C. Fortalecer a proteção contra qualquer forma de discriminação em todas as esferas, incluindo a reação às múltiplas formas de discriminação 278

SEÇÃO 6: CONCLUSÃO 285

REFERÊNCIAS. 291
ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES 307

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1. Medidas legislativas nacionais e seu conteúdo e alcance em alguns países da América do Sul . . . 81
Tabela 4.1. Legislação sobre a qualidade do ambiente de trabalho na América Latina . . . 132
Tabela 4.2. Prevalência durante a vida (porcentagem) de ter sido vítima de violência, por orientação sexual e tipo de violência, Estados Unidos da América, 2010 . . . 180
Tabela 4.3. Taxas de prisão nos Estados Unidos da América, por raça/etnia, 2016 . . . 189
Tabela 5.1. Lista de base de indicadores-chave, Canadá, 2016/2017 . . . 253
Tabela 5.2. Instrumentos internacionais de direitos humanos e os trechos específicos que são aplicáveis a alguns determinantes sociais da saúde em relação a grupos em situações de vulnerabilidade . . . 262

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1. Quadro conceitual . . . 6
Figura 2.1. Expectativa de vida ao nascer, segundo o sexo, na Região das Américas, 2016 . . . 13
Figura 2.2. Expectativa de vida de acordo com o produto interno bruto (PIB) per capita na Região das América, 2017 ou mais recente possível . . . 14
Figura 2.3. Proporção de bebês nascidos com subpeso na Região das Américas, 2016 . . . 15
Figura 2.4. Taxas de mortalidade de menores de 5 anos na Região das Américas, 2017 . . . 16
Figura 2.5. Expectativa de vida ao nascer ajustada à saúde, de acordo com o sexo na Região das Américas, 2016 . . . 16
Figura 2.6. Número de casos de doenças transmissíveis nas Américas (com a porcentagem do total de casos mundiais entre parênteses), 2014 . . . 17
Figura 2.7. Incidência de Tuberculose na Região das Américas, 2016 . . . 18
Figura 2.8. Taxa de mortalidade por tuberculose, de acordo com o sexo na Região das Américas, 2016 . . . 18
Figura 2.9. Incidência de HIV, países com dados disponíveis na América Latina e Caribe, 2017 . . . 19
Figura 2.10. Taxa padronizada por idade de mortalidade por câncer, de acordo com o sexo, na Região das Américas, 2014 ou o ano mais recente possível . . . 20
Figura 2.11. Taxa padronizada por idade de mortalidade por doenças circulatórias, de acordo com o sexo na Região das Américas, 2014 ou o ano mais recente possível . . . 21
Figura 2.12. Taxas de tabagismo de acordo com o sexo em alguns países das Américas, 2016 . . . 22
Figura 2.13. Incidência de problemas de peso entre adultos a partir de 18 anos, de acordo com o sexo na Região das Américas, 2016 . . . 24
Figura 2.14. Taxa padronizada por idade de mortalidade por acidente de trânsito entre pessoas com 15 anos ou mais, de acordo com o sexo, na Região das Américas, 2016 . . . 25
Figura 2.15. Taxas de mortalidade por suicídio, de acordo com o sexo, na Região das Américas, 2016 . . . 27
Figura 2.16. Taxas de fertilidade mais alta e mais baixa na Região das Américas, em 2016, e mudanças de acordo com o tempo, 2002–2016 . . . 28
Figura 2.17. Porcentagem de idosos que relataram saúde boa ou muito boa de acordo com a idade, residência rural/urbana, 2012 . . . 29
Figura 2.18. Expectativa de vida mais alta e mais baixa, por sexo, na Região das Américas, 2016, e mudanças ao longo do tempo, 2002–2016 . . . 31
Figura 3.1. Desigualdades de renda, medidas pelo coeficiente de Gini, nas regiões globais e nos países da OCDE, por volta de 2012 . . . 36
Figura 3.2. Parte da renda que aufere apenas 1 por cento da população mais rica em alguns países, por volta de 2014 . . . 37
Figura 3.3. Efeitos redistributivos de gasto social direto em transferências por serviços em alguns países da América Latina, vários anos 2009–2012 . . . 39
Figura 3.4. Gasto público social como porcentagem do PIB em algumas regiões, 2013 . . . 40
Figura 3.5. PIB per capita e receita tributária em porcentagem do PIB, 2012, com países da América Latina em destaque e indicados em comparação com a tendência de todos os países (pontos azul-claros) . . . 41

Figura 3.6. Coeficiente de Gini antes e depois de impostos e transferências em alguns países, 2012 41
Figura 3.7. Taxas de pobreza e pobreza extrema (em porcentagem) na América Latina, 2002–2018 42
Figura 3.8. Mudanças nas taxas de pobreza de acordo com (A) índices de proteção social e (B) crescimento anual do PIB per capita na América Latina (alguns países), 2002–2012. 43
Figura 3.9. Recolhimento tributário e evasão estimada de imposto em 15 países na América Latina, 2015 44
Figura 3.10. Índice de Percepção da Corrupção em países nas Américas, 2017 50
Figura 3.11. Taxas de homicídios e Índices de Percepção da Corrupção nas Américas, 2016 51
Figura 3.12. Emissões de gases do efeito estufa nos países na América Latina e do Caribe e Estados Unidos da América, 2014 58
Figura 3.13. Volume de renováveis na produção total de energia nos Estados Unidos da América, América Latina e Caribe, 1990–2015 59
Figura 3.14. Matriz energética na América Central, 2016. 59
Figura 3.15. Perdas de áreas florestais e expansão da terra agricultável na América Latina e no Caribe, 1990–2014 63
Figura 3.16. Porcentagem de áreas desertificadas ou em processo de desertificação em alguns países da América Latina e do Caribe, 2014. 64
Figura 3.17. Intensidade do uso de pesticidas na América Latina, 1990–2010 64
Figura 3.18. Distribuição da escolarização na mão de obra de acordo com raça/etnia nos Estados Unidos da América, 2014 74
Figura 3.19. Taxas de desemprego de acordo com a escolarização e raça/ etnia nos Estados Unidos da América, 2014 75
Figura 3.20. Ganhos médios anuais de acordo com a etnia nos Estados Unidos da América, 1990–2015 75
Figura 3.21. Ganhos médios anuais de acordo com a escolaridade e etnia nos Estados Unidos da América, 1995–2015 76
Figura 3.22. Taxa de mortalidade infantil de acordo com a etnia afrodescendente, 2010 78
Figura 3.23. Taxas de mortalidade de menores de 5 anos em países da América Latina com dados comparáveis, 2012 ou o mais recente possível 78
Figura 3.24. Taxas de mortalidade ajustadas por idade e divididas de acordo com a raça e origem hispânica nos Estados Unidos da América, 1999–2016 79
Figura 3.25. Impacto do programa de assistência pré-escolar para pessoas de comunidades urbanas e do norte (AHSUNC) no Canadá, 2012. 88
Figura 3.26. Impacto do programa de Vantagens Aborígenes em Comunidades Urbanas e do norte (AHSUNC) no Canadá, 2012 89
Figura 4.1. Porcentagem de mulheres sexualmente ativas que usavam métodos contraceptivos de acordo com o quintil de renda em 18 países das Américas. 97
Figura 4.2. Taxa de fertilidade adolescente de acordo com o quintil de renda em alguns países nas Américas, 2014 ou o ano mais recente possível 98
Figura 4.3. Porcentagem das adolescentes que se tornaram mães de acordo com a identidade afrodescendente em alguns países da América Latina, vários anos: 2005–2013 98
Figura 4.4. Taxas de mortalidade materna na Região das Américas, 2000 e 2015 99
Figura 4.5. Taxa de mortalidade menores de 5 anos de acordo com a porcentagem do quintil mais pobre coberto por um programa de rede de segurança em alguns países da América Latina e do Caribe, 2017 ou o mais recente possível 101
Figura 4.6. Porcentagem de bebês com menos de 6 meses alimentados exclusivamente com leite materno na Região das Américas, 2015 ou o ano mais recente possível 103
Figura 4.7. Taxas de baixa estatura entre menores de 5 anos, de acordo com a renda, em alguns países da América Latina e do Caribe com dados disponíveis, 2015 ou ano mais recente possível 104
Figura 4.8. Parcela da renda investida em curso pré-primário de acordo com o sexo na Região das Américas, 2016 107

Figura 4.9. Diferença no desempenho em matemática aos quinze anos, de acordo com a frequência em curso pré-primário por um ano ou mais, nos países da América que participaram do PISA, 2012 . . . 107
Figura 4.10. Taxa de matrícula de meninos e meninas na educação primária na Região das Américas, 2016 . . . 112
Figura 4.11. Porcentagem de adultos com educação secundária ou maior escolaridade por quintis de renda em alguns países da América Latina e do Caribe, 2014 ou o mais recente possível . . . 113
Figura 4.12. Adolescentes entre 12 e 17 anos que não frequentam a escola secundária, de acordo com o sexo, etnia e local de residência, na América Latina e no Caribe, 2014 . . . 114
Figura 4.13. Proporção de pessoas entre 18 e 59 anos que concluíram a educação secundária, de acordo com a deficiência, nos países do Caribe, 2000 e 2010. . . . 115
Figura 4.14. Constituições que garantem o direito à educação para crianças portadoras de deficiência na Região das Américas, 2015 . . . 116
Figura 4.15. Gasto governamental com educação, nos países das Américas com dados comparáveis, 2017 ou o ano mais recente possível. . . . 117
Figura 4.16. Gasto governamental com educação pré-primária ou superior, em alguns países das Américas, 2016 . . . 117
Figura 4.17. Emprego informal, de acordo com o sexo, em alguns países da América Latina e do Caribe, 2017 ou ano mais recente . . . 123
Figura 4.18. Emprego informal, de acordo com o sexo, nos países da América Latina com dados comparáveis disponíveis, 2004–2007 . . . 124
Figura 4.19. Taxa de acidentes trabalhistas fatais em alguns países das Américas, 2017 ou o mais recente possível . . . 125
Figura 4.20. Taxas de acidentes trabalhistas não fatais em alguns países das Américas, 2017 ou ano mais recente possível . . . 125
Figura 4.21. Média de horas semanais trabalhadas por trabalhador em alguns países das Américas, 2017 ou o mais recente possível . . . 126
Figura 4.22. Porcentagem de crianças empregadas com idade entre 7 e 14 anos, de acordo com o sexo, em alguns países da América Latina e do Caribe, 2016 ou ano mais recente possível. . 127
Figura 4.23. Nível de proteção de crianças até 12 anos contra o trabalho na Região das Américas, 2012 . . . 128
Figura 4.24. Trabalhadores na pobreza (abaixo de US$ 1,90 PPC), de acordo com o sexo, na América Latina e no Caribe, 2016 . . . 129
Figura 4.25. Taxas de trabalhadores pobres de acordo com a etnia e o sexo, nos Estados Unidos da América, 2016 . . . 129
Figura 4.26. A constituição garantia, em relação à etnia, o direito ao pagamento igualitário pelo mesmo trabalho (até 2012)? . . . 130
Figura 4.27. Ganho médio mensal real dos trabalhadores, crescimento anual, na Região das Américas, 2015 ou o mais recente possível. . . . 131
Figura 4.28. Taxa de desemprego de pessoas com ao menos 15 anos de acordo com o gênero e a etnia em alguns países da América Latina, últimos anos disponíveis, 2005–2013 . . . 134
Figura 4.29. Taxa de emprego padronizada por idade de acordo com o nível de escolarização e deficiência severa no Canadá, 2011 . . . 135
Figura 4.30. Atividade econômica de pessoas entre 18 e 59 anos, de acordo com a deficiência, em alguns países do Caribe, 200 e 2010. . . . 135
Figura 4.31. Jovens entre 15 e 29 anos sem emprego ou escolaridade, de acordo com a identidade afrodescendente e o gênero, nos países da América Latina com dados comparáveis, 2012 ou o mais recente possível . . . 136
Figura 4.32. Pessoas entre 16 e 19 anos não matriculadas em escola (integral ou meio-período) e sem emprego (integral ou meio período), de acordo com a raça e a etnia, nos Estados Unidos da América, 2016 . . . 136
Figura 4.33. Taxa de desemprego, de acordo com o sexo, na Região das Américas, 2017. . . . 139

Figura 4.34. Hiato salarial por gênero em alguns países nas Américas, 2015 140
Figura 4.35. Ganhos semanais médios de remuneração de período integral e salários de acordo com a escolaridade e o sexo, Estados Unidos da América, 2018 140
Figura 4.36. A constituição garante, em relação ao gênero, o direito ao pagamento igualitário pelo mesmo trabalho (até 2014)? 141
Figura 4.37. Distribuição etária da população na América Latina e no Caribe, 1950–2050 144
Figura 4.38. Distribuição etária da população no Canadá, 1950–2050 145
Figura 4.39. Distribuição etária da população nos Estados Unidos da América, 1950–2050 145
Figura 4.40. Expectativa de vida de acordo com o bairro, Baltimore, Estados Unidos da América, 2014 146
Figura 4.41. Porcentagem da população com deficiência de acordo com a idade e o quintil de renda no Chile, Costa Rica e México, 2011 146
Figura 4.42. Porcentagem da população que recebe aposentadoria, de acordo com a escolaridade e o sexo, em alguns países da América Latina, 2014 ou ano mais recente 152
Figura 4.43. Porcentagem de adultos com 65 anos ou mais que recebem aposentadoria, de acordo com o sexo, identidade indígena e escolarização, em quatro países na América Latina com dados comparáveis, 2014 152
Figura 4.44. Garantia de licença para que trabalhadores homens e mulheres atendam as necessidades de seus pais idosos em países das Américas, 2014 155
Figura 4.45. Porcentagem da população que vive na pobreza em alguns países das Américas, 2016 158
Figura 4.46. Hiato de pobreza nas Américas a partir de dados comparáveis disponíveis, 2002–2016 159
Figura 4.47. Porcentagem de mulheres e homens sem renda própria nos quintis I (mais baixo) e V (mais alto) em alguns países da América Latina e do Caribe, 2015 160
Figura 4.48. Porcentagem da população indígena e não indígena que vive na pobreza (com menos de US$ 2,50 PPC por dia) em alguns países da América Latina com dados comparáveis disponíveis, 2014 ou mais recente 160
Figura 4.49. Porcentagem da população afrodescendente e não afrodescendente que vive na pobreza em quatro países da América Latina, 2014 160
Figura 4.50. Gastos públicos em proteção social em alguns países das Américas, 2015 ou o mais recente possível 162
Figura 4.51. Gastos públicos em proteção social em alguns países das Américas com dados comparáveis disponíveis, 1995–2015 163
Figura 4.52. Gastos públicos em proteção social nas Américas, excluindo a atenção à saúde, 2015 ou ano mais recente possível 165
Figura 4.53. Disponibilidade de proteção de renda durante o desemprego na Região das Américas, 2012 166
Figura 4.54. Tempo em que fica disponível a assistência financeira durante o desemprego na Região das Américas, 2012 167
Figura 4.55. Cobertura da proteção social para pessoas com deficiência em alguns países das América, 2015 ou o ano mais recente possível 168
Figura 4.56. Países das Américas onde estão disponíveis benefícios para famílias em que há crianças com deficiência, 2015 172
Figura 4.57. Taxas de homicídio nos países das Américas, 2016 176
Figura 4.58. Taxas de homicídio em países das Américas com dados comparáveis disponíveis, 2000 e 2016 176
Figura 4.59. Taxa de violência por parceiro íntimo contra mulheres, durante todo o curso de vida, em alguns países das Américas, 2014 178
Figura 4.60. Mulheres entre 15 e 49 anos, com e sem deficiência, que relataram violência na Colômbia, 2010 179
Figura 4.61. Incidentes de violência relatados no Canadá por alguns grupos da população, 2014 179

Figura 4.62. Percentual de mulheres que acham que a violência contra mulheres é aceitável em alguns países das Américas, 2014 . . . 180
Figura 4.63. Média de homicídios na América Latina e no Caribe, no mundo e na América do Norte, 2015 . . . 183
Figura 4.64. Taxa de homicídio de menores de 20 anos, de acordo com a identidade afrodescendente e a região, no Brasil, 2013 . . . 184
Figura 4.65. Taxa de vítimas de homicídio de acordo com a etnia e o sexo, nos Estados Unidos da América, 2015 . . . 184
Figura 4.66. Taxas de encarceramento e taxas de retenção de condenados nos países das Américas, 2018 ou o ano mais recente possível. . . . 190
Figura 4.67. Temas propostos para a Plataforma Urbana e de Cidades na América Latina e no Caribe . . . 196
Figura 4.68. Custos com aluguel de acordo com a etnia nos Estados Unidos da América, 2016 . . . 199
Figura 4.69. Porcentagem de moradias superlotadas em alguns países da América Latina e do Caribe, 2015. . . . 202
Figura 4.70. Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de acordo com a porcentagem da população rural sem acesso a instalações de saneamento básico nos países das Américas com dados comparáveis disponíveis, 2017 . . . 203
Figura 4.71. Porcentagem da população que defeca em espaço aberto na zona rural, de acordo com o quintil de renda, em alguns países das Américas com dados disponíveis, 2015 . . . 204
Figura 4.72. Porcentagem das populações indígenas e não indígenas que usa saneamento melhorado em alguns países da América Latina, 2014 . . . 204
Figura 4.73. Mortalidade materna de acordo com a porcentagem da população rural sem acesso a fontes de água melhoradas nos países da Região das Américas com dados comparáveis disponíveis, 2017 . . . 205
Figura 4.74. Porcentagem de indígenas e não indígenas usando água potável melhorada em alguns países da América Latina, 2014 . . . 205
Figura 4.75. Porcentagem de moradias rurais e urbanas com acesso à eletricidade nos países das Américas, 2016 . . . 206
Figura 4.76. Porcentagem de famílias com acesso à internet, de acordo com o quintil de renda, nos países da América Latina e do Caribe com dados comparáveis disponíveis, 2015. . . . 207
Figura 4.77. Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) a cada 100.000 pessoas atribuídos à poluição do ar na Região das Américas, 2012. . . . 212
Figura 4.78. Porcentagem da população urbana que vive em favelas nos países das Américas com dados disponíveis, 2014 . . . 213
Figura 4.79. Índice de saúde reprodutiva, materna, de recém-nascido e crianças, de acordo com quintis de renda, nos países da América Latina e do Caribe com dados comparáveis disponíveis, 2014 ou o ano mais recente possível . . . 219
Figura 4.80. Taxas de mortes ajustadas por idade consideradas evitáveis por atenção em saúde em alguns países das Américas, 2014 . . . 220
Figura 4.81. Taxas de mortes maternas e perinatais ajustadas por idade consideradas evitáveis por atenção à saúde em alguns países das Américas, 2014 . . . 220
Figura 4.82. Porcentagem da população sob risco de empobrecimento devido a gastos com cuidados cirúrgicos em países das Américas com dados comparáveis disponíveis, 2017 . . 221
Figura 4.83. Porcentagem da população que gasta mais de 10 e 25 por cento da renda familiar com atenção à saúde paga do próprio bolso nos países das Américas com dados comparáveis, 2014 ou mais recente . . . 221
Figura 4.84. Gasto per capita governamental com atenção à saúde em paridade do poder de compra (PPC) nos países das Américas, 2015 . . . 222
Figura 4.85. Expectativa de vida de acordo com o gasto governamental geral em porcentagem do produto interno bruto nos países das Américas 2015 . . . 223

Figura 5.1. Porcentagem de nascimentos não registrados em alguns países das Américas, 2016 ou o ano mais recente 246
Figura 5.2. Número de tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelos países das Américas, 2018 267
Figura 5.3. Estados-Membros da OPAS que ratificaram instrumentos de direitos humanos, de acordo com o número de ratificações, 2010. 268
Figura 5.4. Garantias constitucionais e jurídicas nas Américas quanto à educação secundária, 2014 269
Figura 5.5. A Constituição garante a igualdade e a não discriminação contra as pessoas com deficiência (até 2014)?. 279
Figura 5.6. A Constituição adota ao menos uma perspectiva de igualdade em relação à etnia (até 2014)? 280
Figura 5.7. A Constituição adota ao menos uma perspectiva de igualdade de gênero (até 2014)? . . . 281
Figura 5.8. A Constituição adota alguma perspectiva para garantir a saúde dos cidadãos (até 2014)? 282

LISTA DE BOXES

Boxe 3.1. Propostas políticas para implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável 48
Boxe 3.2. O que a população da Região diz sobre a corrupção? Resultados da pesquisa de 2016 52
Boxe 3.3. Recomendações da Transparência Internacional para acabar com a corrupção 53
Boxe 4.1. Componentes de um sistema popular de saúde com base na prevenção e na equidade em saúde 227
Boxe 5.1. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde 238
Boxe 5.2. Exemplos de planos de ações de determinantes sociais. 239
Boxe 5.3. Exemplos de ferramentos de avaliação do impacto sobre a equidade em saúde 240
Boxe 5.4. Exemplo de uma plano estratégico nacional que englobe a sociedade civil 240
Boxe 5.5. Exemplos de planos baseados na perspectiva de Saúde em Todas as Políticas 242
Boxe 5.6. Exemplos de programas e políticas para que todo o governo — incluindo o legislativo, o judiciário e o executivo — devem ter responsabilidade por assegurar a equidade em todas as políticas. 243
Boxe 5.7. Uso de indicadores de ODS para monitorar os determinantes sociais de equidade em saúde 247
Boxe 5.8. Monitoramento de base no Canadá 252
Boxe 5.9. Exemplos de apoios locais na melhoria dos ambientes social e local como meio de promoção da saúde para todos 254
Boxe 5.10. Exemplos de instituições e políticas que promovem medidas para apoiar o direito à participação infantil 254
Boxe 5.11. Exemplos de fortalecimento de direitos relacionados aos determinantes sociais da saúde enquanto aspectos dos direitos à saúde e à vida digna. 264
Boxe 5.12. Brasil: direitos humanos em tempos de austeridade 274
Boxe 5.13. Estado Plurinacional da Bolívia: tornando a responsabilização por direitos humanos mais gráfica 274
Boxe 5.14. Colômbia: política tributária, paz e direitos humanos 275
Boxe 5.15. Equador: violação dos direitos na Amazônia equatoriana 275
Boxe 5.16. Guatemala: direitos ou privilégios? Compromisso fiscal com os direitos à saúde, educação e alimentação. 276
Boxe 5.17. Haiti: integração de direitos nos processos orçamentários. 276
Boxe 5.18. A Declaração de Lima sobre Justiça Tributária e Direitos Humanos. 276
Boxe 5.19. Mulheres afrodescendentes na América Latina e no Caribe: dívidas de igualdade 277

1. INTRODUÇÃO E QUADRO CONCEITUAL

© OPAS

1.1 COMISSÃO SOBRE EQUIDADE E DESIGUALDADES EM SAÚDE NAS AMÉRICAS

As Américas — do Norte, Central, do Sul e o Caribe — são conhecidas por sua diversidade. Nesses territórios, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) chama de uma das seis "regiões" globais, estão algumas das pessoas e países mais ricos do mundo, alguns dos mais pobres e muitos entre os dois extremos. Nas Américas, há pequeninas ilhas estados com população reduzida e países populosos e muito vastos, com todos os diferentes desafios que eles trazem.

A Região inclui pessoas que gozam de privilégios substanciais e outras que enfrentam graves violações de direitos humanos por sua posição socioeconômica, etnia, gênero, orientação sexual, deficiência ou situação de imigrante. Cada um destes fatores, separada ou conjuntamente, pode contribuir para desigualdades profundas na saúde dentro e entre os países nas Américas. À medida que as desigualdades sistemáticas na saúde podem ser evitadas por meios razoáveis, são injustas — e, assim, indevidas. Corrigi-las é uma questão de justiça social.

É a fim de lidar com tais desigualdades em saúde que a Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas foi estabelecida pela Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Dra. Carissa F. Etienne. O ponto de partida da Comissão sobre Equidade da OPAS é de que a saúde é um fim em si mesma. É uma meta válida para as pessoas e para as comunidades. Certamente há boas razões instrumentais para melhorar a saúde: uma boa saúde pode ser um caminho para que as pessoas tenham vida próspera e produtiva uma população mais saudável pode melhorar a situação econômica de um país. Todavia esta não é nossa preocupação central.

> Superar a pobreza não é um gesto de caridade. É um ato de justiça. É a proteção dos direitos humanos fundamentais, do direito da dignidade e de uma vida decente.
>
> **Nelson Mandela, discurso "Make Poverty History", Londres, 2005**

A saúde é mais do que apenas um meio para se atingir um fim. A saúde é um estado ao qual se dá valor e importância e é parte de uma visão de mundo, tanto nas Américas quanto em outros lugares, de que o bem-estar do ser humano é um fim em si mesmo. Uma saúde melhor e maior equidade em saúde florescerão quando as oportunidades de vida e o potencial humano forem libertados: criar as condições para que todas as pessoas alcancem seu nível mais alto de saúde e levem uma vida digna.

As comprovações que trazemos na presente publicação demonstram que grande parte da precariedade da saúde é socialmente determinada. A razão pela qual a expectativa de vida de uma mulher no Haiti não chega a atingir os 66 anos, enquanto a de uma mulher no Canadá chega a 84 *(1)*, não está no fato de a mulher haitiana ser diferente da canadense, mas nas condições em que cada uma delas nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece. Da mesma forma, no Chile, o fato de um homem com baixo nível de escolaridade ter uma expectativa de viver 11 anos menos do que um homem com educação universitária é, em grande parte, resultado de determinantes sociais da saúde *(1)*. Como será mostrado, iniciativas nas áreas de educação e de inclusão social, por exemplo, trazem benefícios para a saúde e outros âmbitos sociais.

O efeito de determinantes sociais da saúde já pode ser visto no início da vida *(2)*. Na maioria dos países nas Américas, o risco de uma criança morrer antes dos 5 anos está fortemente ligado à renda dos pais — quanto mais baixa a renda, mais alta a

mortalidade *(3)*. Na Guatemala, por exemplo, em 2014, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos era de 55 em cada 1.000 nascimentos nas famílias 20 por cento mais pobres, enquanto era de 20 a cada 1.000 nas famílias 20 por cento mais ricas. Em um país próximo, a Colômbia, por outro lado, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos nas famílias 20 por cento mais ricas era menor do que 5 a cada 1.000, em 2015 *(4)*, mostrando o resultado a ser atingido. Por todas as Américas, o desenvolvimento contínuo infantil e os resultados na educação, renda, saúde e bem-estar permanecem estreitamente conectados com a situação dos pais.

Há evidências e consciência crescentes de que uma boa saúde requer não só acesso a atenção à saúde, mas também ações com relação aos determinantes sociais da saúde. De fato, a relação entre as características sociais e a saúde é tão estreita que, argumentamos, a saúde e a equidade em saúde representam importantes marcadores de progresso social. Uma sociedade que supre as necessidades de seus membros de forma equitativa tem mais chances de ser uma sociedade com um alto nível de saúde populacional e desigualdades em saúde relativamente baixas.

Além do desafio de combater profundas desigualdades sociais e econômicas, o trabalho da Comissão sobre Equidade da OPAS identificou que as mudanças climáticas, as ameaças ao meio ambiente, relações com a terra e o impacto contínuo do colonialismo, do racismo e a história da escravidão são fatores que retardam o progresso em relação à meta de que as pessoas nestas regiões levem uma vida digna e gozem dos padrões mais altos de saúde.

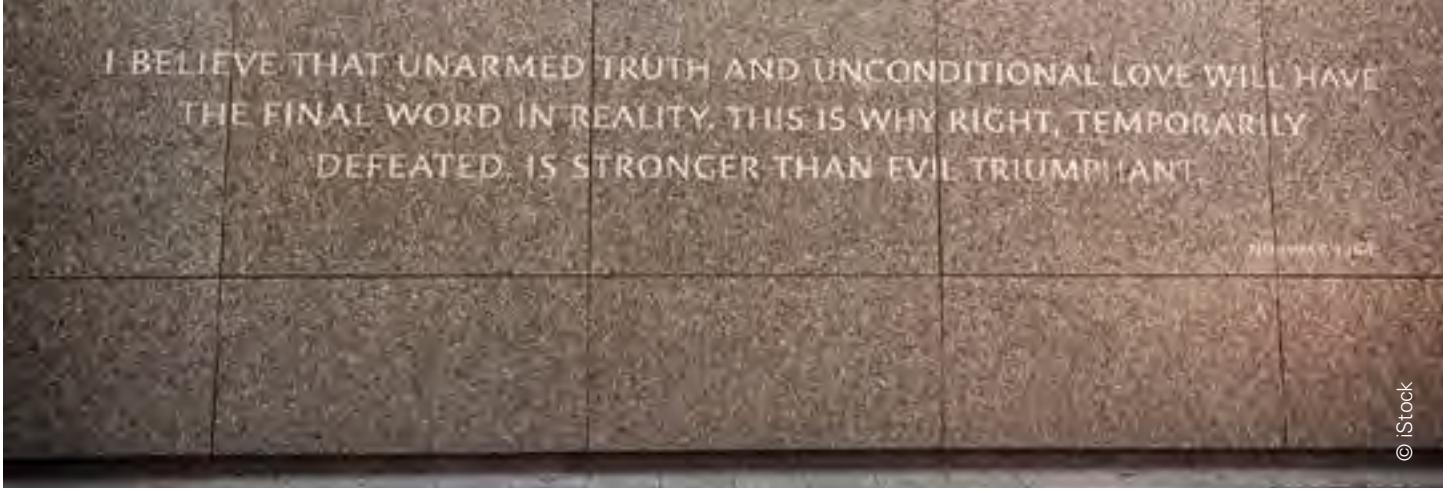
O objetivo da Comissão sobre a Equidade da OPAS é forjar uma melhor compreensão destes desafios, assim como propor ações efetivas a fim de os enfrentar. Usamos como base os fundamentos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) *(5)*. Na década seguinte ao relatório da CNDSS intitulado "Closing the Gap in a Generation", os países das Américas se mostraram ativos nessas iniciativas, e nossos exemplos de ação advêm destes países. A Comissão sobre Equidade da OPAS estabeleceu parcerias com 15 países no decorrer desse trabalho. Também houve ações subnacionais. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, muitas cidades adotaram uma visão de determinantes sociais da saúde.

É um momento importante para que se publique este relatório. A iniquidade domina as Américas: iniquidade socioeconômica, mas também iniquidades entre indígenas e não indígenas; entre afrodescendentes e descentes de europeus; entre gêneros; entre deficientes e não deficientes; entre pessoas de diferentes orientações sexuais e entre imigrantes e locais. Uma grande iniquidade traz danos à coesão social, leva a uma distribuição de oportunidades de vida desigual e a iniquidades na saúde. Ao mesmo tempo, há um grande interesse por saúde nas Américas e a região esteve à frente do reconhecimento do direito humano de ter acesso aos padrões mais altos de saúde, com a maioria dos países tendo assinado protocolos internacionais sobre direitos econômicos, sociais e culturais. A implementação das recomendações de tais acordos é um desafio para os líderes políticos, profissionais e da comunidade.

Buscamos o compromisso de governos, da sociedade civil e de acadêmicos não só no setor da saúde, mas em todas as áreas sociais que influenciam a equidade em saúde. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) reconhecem abertamente que o sucesso social tem várias faces, sendo o sucesso econômico apenas uma medida, de certa forma limitada, do progresso de uma sociedade. Enquanto somente um dos ODS se relaciona explicitamente com a saúde, mostra-se que a maior parte dos outros 16 exerce de fato influência sobre a saúde e a equidade em saúde *(6)*.

> A injustiça social mata em grande escala.
>
> **Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report, 2008**

> A injustiça em qualquer lugar é uma ameaça à justiça em todo lugar.
>
> **Martin Luther King, Jr. Carta escrita em uma prisão em Birmingham, 16 de abril de 1963**



© iStock

Memorial de Martin Luther King Jr., Washington, DC, Estados Unidos da América

> A paz não pode existir sem justiça, a justiça não pode existir sem igualdade, a igualdade não pode existir sem o desenvolvimento, o desenvolvimento não pode existir sem a democracia e a democracia não pode existir sem o respeito pela identidade e pelo valor das culturas e dos povos.
>
> **Rigoberta Menchú,**
> **Prêmio Nobel da Paz, em 1992**

Se, por um lado, reconhecemos que, para alcançar a equidade em saúde em algumas áreas, será preciso lidar com políticas desfavoráveis, com a indevida prioridade da economia sobre os direitos humanos, conflitos, mudanças climáticas e corrupção, não nos sentimos desesperançados face a estes desafios, porque já vimos mudanças significativas apesar dos grandes obstáculos. Este relatório destaca exemplos de governos que fazem a diferença, de sociedades civis e organizações profissionais que implementam estratégias baseadas em comprovações e compromisso de cidadãos em movimentos sociais e ações comunitárias para promover as mudanças. Temos evidências que apoiam nossa visão de que alcançar a equidade em saúde é uma meta realista.

Prática: Aprendendo com o movimento por Direitos Civis

A Comissão sobre a Equidade da OPAS se reuniu com líderes do movimento por Direitos Civis em Atlanta, Geórgia, para aprender com eles como realizar grandes mudanças sociais e políticas.

Tópicos aprendidos pela Comissão:

- Devemos ter como objetivo os determinantes sociais da equidade em saúde, como empregos, educação, renda e segurança.
- Devemos confrontar a discriminação nestas áreas mesmo com o risco de "sofrimento redentor", nas palavras de Martin Luther King, Jr.[1]
- Assim como Rosa Parks do Boicote aos Ônibus de Montgomery, "devemos um pensamento preparado" — uma determinação em nós mesmo.[2]

Devemos sempre engajar a comunidade em nossos esforços e manter tal engajamento.

Fontes: [1] King ML, Jr. "The rising tide of racial consciousness," Address at the Golden Anniversary Conference of the National Urban League [discurso]. 6 de setembro de 1960, Nova Iorque.
[2] Burks M. Trailblazers: women in the Montgomery bus boycott. In: Crawford VL, Rousse JA, Woods B, Butler BN, editors. Women in the Civil Rights Movement. Nova Iorque: Carlson Publishing; 1990: 71–84.

1.2 QUADRO CONCEITUAL

O quadro conceitual da Comissão sobre Equidade da OPAS, apresentado na Figura 1.1, traz um resumo de nossa abordagem tanto na análise de comprovações quanto na formulação de recomendações. Este é o quadro de organização do nosso relatório. Os fatores estruturais são abordados na Seção 3, as recomendações para maior equidade nas condições de vida diárias são feitas na Seção 4 e as recomendações para acordos governamentais são mencionadas na Seção 5. Todos os dados apresentados têm como base uma série de análises feitas pela Comissão.

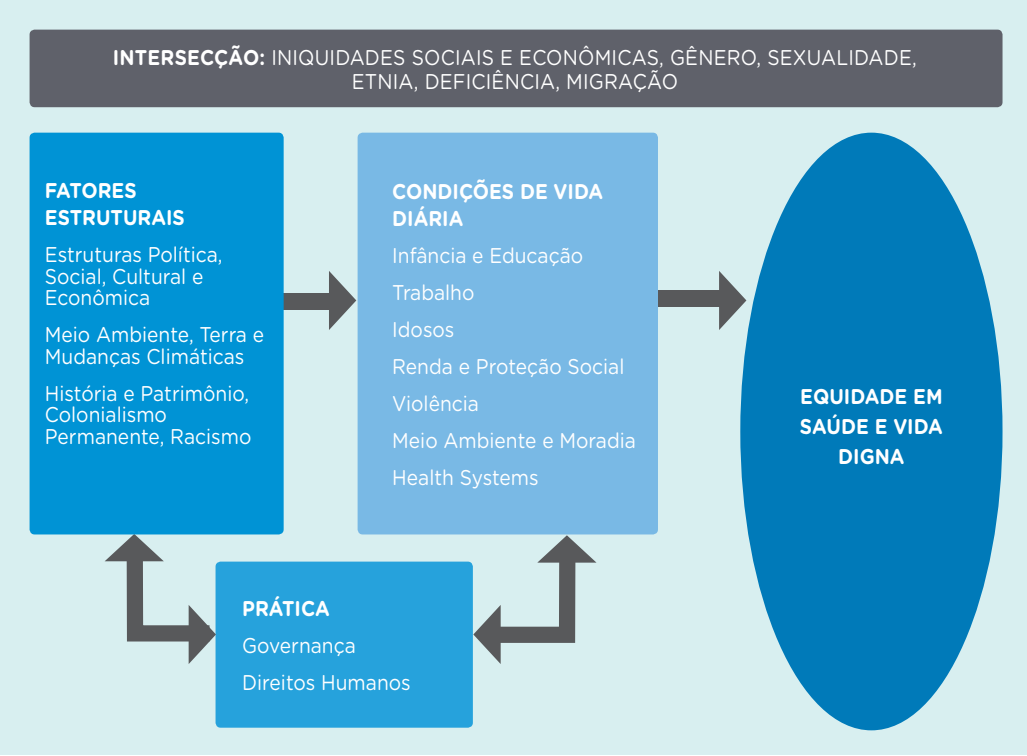
A estrutura é baseada no quadro conceitual da CNDSS *(5)*, mas ultrapassa-o de maneira importante: dá-se ênfase ao racismo estrutural e colonialismo, assim como importância às relações com a terra; é consistente com os ODS, com ênfase no meio ambiente e nas mudanças climáticas; focam-se explicitamente os direitos humanos; e dá-se ênfase às equidades em relação a gênero, etnia, orientação sexual, estágios da vida e deficiência. A Comissão sobre Equidade da OPAS também reconhece as inter-relações entre elas, dando ênfase a uma vida digna como o resultado esperado — de maneira alinhada a um índice mais alto de equidade em saúde.

FATORES ESTRUTURAIS DE INIQUIDADES EM SAÚDE

Estruturas política, sociais, culturais e econômicas

A forma como os mercados funcionam, o papel do setor público e as desigualdades econômicas são fatores estruturais das iniquidades nas condições

Figura 1.1.
Quadro conceitual



da vida diária, cuja maior parte é produzida ou modificada por escolhas políticas.

A crise financeira global de 2007/2008 e seus resultados expuseram os limites de mercados sem regulamentação. Um movimento na direção de um fundamentalismo comercial escondeu a importância do setor público e fomentou a crescente desigualdade econômica *(7)*. As evidências reunidas para a Comissão sobre Equidade da OPAS apontam para a importância de uma esfera pública vibrante e forte. Um setor privado de sucesso é o complemento de investimentos no bem público.

O economista Anthony Atkinson relatou que quando se perguntou a pessoas nos Estados Unidos da América e na Europa quais os "maiores perigos no mundo", a preocupação com a desigualdade ultrapassou todos os outros *(8)*. Poucos entre nós negariam a importância da igualdade de oportunidades, mas profundas desigualdades de renda e riqueza comprometem a questão. As evidências mostram de forma clara que tais desigualdades limitam as oportunidades da próxima geração. Isto se chama transmissão intergeracional de desigualdades.

Outra razão relacionada à preocupação pública com a desigualdade é o fato de ela questionar a legitimidade da sociedade. Em uma sociedade que atende o interesse de poucos, uma grande desigualdade é inconsistente com uma democracia eficiente. As pessoas ricas podem questionar o motivo pelo qual deveriam pagar impostos para ajudar os pobres. As pessoas em desvantagem percebem a injustiça palpável de oportunidades de vida apenas para poucos. A desigualdade, quando não é tratada, pode criar as condições para a disfunção e a instabilidade sociais. Em terceiro lugar, sociedades altamente desiguais são associadas com problemas sociais, como crimes e saúde precária. No centro do efeito da saúde precária, causada pela desigualdade, estão a pobreza e a desvantagem comparativa.

Enfatizamos que indígenas e afrodescendentes nas Américas estão sujeitos a múltiplas desvantagens, que lhes trazem problemas de saúde. Todavia há gradientes sociais em saúde nestes grupos de pessoas dentro de tal região. Ao se classificar as pessoas por seu nível de escolaridade, renda, riqueza ou pelo nível social de seus pares, quanto mais alta a posição socioeconômica, melhor a saúde. Este gradiente social está presente em toda a sociedade. Lidar com ele não implica somente reduzir a pobreza, mas também a desvantagem comparativa por meio da melhoria de toda a sociedade. Esta melhoria requer ação junto aos fatores estruturais. Também são necessários políticas sociais e programas voltados à redução dos efeitos danosos de iniquidades no poder, renda e recursos.

A fim de lidar com todo o gradiente social na saúde, a análise inglesa de desigualdades em saúde, *Fair Society, Healthy Lives*, cunhou o conceito de "universalismo proporcional". O objetivo era ter serviços universais disponibilizados a todos e aplicar esforços e recursos proporcionais às necessidades *(9)*. Já ressaltamos a importância de atender as necessidades de indígenas e afrodescendentes nas Américas. Isto será feito, em parte, mediante o universalismo proporcional, corrigindo a falta de recursos e a negligência de serviços a esses públicos. Também será feito, entretanto, pelo reconhecimento do âmbito da saúde cognitiva, espiritual, emocional e física de todos nessas regiões.

História e Patrimônio, Colonialismo Insidioso, Racismo Estrutural

Uma conclusão central da CNDSS foi a de que as iniquidades no poder, renda e recursos são fatores fundamentais das iniquidades nas condições de vida diária que, por sua vez, levam a iniquidades em saúde *(3)*. Uma das maiores fontes desta iniquidade é o colonialismo: ele é intrínseco à história das Américas.

Há entre 45 e 50 milhões de descendentes de indígenas vivendo nas Américas Central e do Sul e no Caribe, e eles representam aproximadamente 13 por cento de sua população. Nos Estados Unidos da América aproximadamente 5,2 milhões de pessoas se identificam como indígenas americanos ou nativos do Alasca, e no Canadá 1,400 milhão de pessoas se identificam como indígenas *(10)*. Os povos indígenas que se apresentaram à Comissão sobre Equidade da OPAS foram claros no sentido de que os efeitos a longo prazo do colonialismo contribuem para a profundidade e a extensão das iniquidades em saúde que afetam os povos indígenas e permanecem por gerações.

Há aproximadamente 200 milhões de afrodescendentes nas Américas, incluindo o

> O colonialismo flagrante te mutila sem disfarces: ele te proíbe de falar, te proíbe de agir, te proíbe de existir. O colonialismo invisível, no entanto, te convence de que a servidão é seu destino e de que a impotência é sua natureza: ele te convence de que não se pode falar, não se pode agir, não se pode existir.
>
> **Eduardo Galeano, *O Livro dos Abraços***

Canadá e os Estados Unidos da América *(1)*. Sua história se caracteriza pela escravidão, colonialismo, racismo e discriminação, cujos efeitos podem ser vistos até os dias de hoje *(4)*. Este racismo estrutural leva a iniquidades nas condições da vida diária dos afrodescendentes.

Para tratar as desvantagens em saúde sofridas por indígenas e afrodescendentes nas Américas, precisamos reunir a estrutura de determinantes sociais, as desvantagens da vida diária, com um foco que inclua o fim das discriminações e do racismo, promova a autodeterminação e melhore o apoio às relações com a terra, reconhecendo as obrigações com os ancestrais e as gerações futuras. Consideramos que a autodeterminação tem um papel central para isto e media o efeito de determinantes sociais de equidade em saúde. Há outras abordagens, como efeitos ambientais e de carência material, mas a autodeterminação e uma vida digna têm importância vital para criar o tipo de sociedade que levará à equidade em saúde.

Ambiente, terra e mudanças climáticas

As mudanças climáticas pedem alterações urgentes na maneira em que as sociedades funcionam e nas formas em que os Estados cooperam. Tais alterações devem respeitar a equidade e a equidade em saúde. O dano ao meio ambiente também é uma grande ameaça à terra e às pessoas, com significativos efeitos colaterais na equidade em saúde. O tratamento dessas duas ameaças deve ser feito com senso de justiça.

A análise eficiente da equidade em saúde relativa a tais ameaças à vida de indígenas, assim como as intervenções, deve levar em conta sua relação simbiótica única com a terra e o meio ambiente. A questão da propriedade da terra também deve ser considerada, já que afeta todas as pessoas marginalizadas nas Américas.

CONDIÇÕES DE VIDA DIÁRIA

As condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem são fundamentais para à vida que elas podem levar. Mostramos evidências que detalham como cada uma das áreas que afetam a vida diária — infância e educação, trabalho decente, envelhecimento digno, renda e proteção social, condições ambientais e de moradia, violência e o sistema de saúde — influencia a equidade em saúde e a possibilidade de se levar uma vida digna.

INTERSECÇÃO

Os quatro temas transversais da OPAS, gênero, etnia, equidade e direitos humanos, são centrais para este relatório. Assim como a posição socioeconômica, gênero, deficiências e etnia são fontes de discriminação que impactam de maneira profunda os resultados em saúde nas Américas. É central para o trabalho da Comissão sobre Equidade da OPAS o reconhecimento de que múltiplas desvantagens podem piorar as experiências dos determinantes sociais da saúde. A Comissão considera as desvantagens relacionadas a gênero e etnia, e a intersecção do prejuízo causado pela pobreza, deficiências, orientação sexual e identidade de gênero. É importante dar, também, atenção aos estágios da vida, à medida que crianças e idosos podem ter experiências diversas quanto à iniquidade em matéria de saúde, geralmente de forma mais aguda do que ocorre em outras faixas etárias. Os instrumentos e mecanismos dos direitos humanos identificaram todas essas características como dando lugar ou aumentando as violações aos direitos humanos.

PRÁTICA: GOVERNANÇA PARA EQUIDADE EM SAÚDE

Acordos de governança

Os sistemas de governança determinam o que se decide no âmbito político, como são distribuídos os recursos por toda a sociedade e como os

governos se responsabilizam. A governança voltada para a equidade na saúde por meio da ação sobre determinantes sociais requer, no mínimo, a adesão aos princípios de boa governança do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas *(11)* — legitimidade e voz, visão e direção clara, desempenho mensurável, responsabilidade e idoneidade. Também requer abordagens que englobem todo o governo e a sociedade a fim de reduzir as iniquidades *(12)*. Estas abordagens requerem novas formas de liderança que mudem a distribuição do poder e diminuam as estruturas de tomada de decisão centralizadas e de cima para baixo.

Muitos dos fatores que definem os padrões e a magnitude das iniquidades em saúde dentro de um país estão além do controle direto por ministérios de saúde e requerem um envolvimento crescente das pessoas e comunidades locais na definição dos problemas e na geração e implementação de soluções.

Direitos Humanos

A lei é um contraponto ao poder político e o ajuste legal uma forma muito importante de corrigir as políticas e práticas que resultam ou aprofundam as iniquidades em saúde. Os padrões e compromissos em direitos humanos "fortalecem o diagnóstico de injustiças de diferenças nos resultados na área da saúde devido a fatores sociais e políticos" *(13)*. O foco profundo em responsabilidade na área de direitos humanos requer um ajuste eficiente e tempestivo de violações e medidas efetivas a fim de prevenir sua reincidência e promover um ambiente no qual os direitos humanos possam ser garantidos *(14)*.

Observar os direitos humanos, incluindo a tomada de medidas positivas para os mais desfavorecidos, é fundamental para a criação de condições que assegurem a todas as pessoas uma vida digna como indivíduos e membros de suas comunidades e sociedades.

EQUIDADE EM SAÚDE E VIDA DIGNA

As ações dentro de nosso quadro conceitual têm como objetivo alcançar mais equidade em saúde e oportunidades de uma vida digna. A criação de condições para uma vida digna trazem o conceito de empoderamento que foi enfatizado pela CNDSS. O empoderamento tem três dimensões potenciais: material, psicossocial e político. Em várias de suas sentenças, a Corte Interamericana de Direitos Humanos desenvolveu o conceito de vida digna. A Corte enfatizou que o direito à vida deve incluir o direito a "não ser privado de ter acesso às condições que garantem uma existência digna" *(15)*.

Uma vida digna envolve os princípios de autodeterminação e a habilidade de considerar e buscar a concretização de projetos de vida, o que inclui o direito a fazer escolhas com as quais as pessoas se identificam, por livre e espontânea vontade, a fim de alcançar seus ideais *(16)*. Esta visão da autonomia e de uma vida digna leva ao conceito de capacidades de Amartya Sem *(17)*. A liberdade para viver a vida que se acredita ser a melhor é muito cara às capacidades de Sem.

CONSISTÊNCIA COM OUTRAS ABORDAGENS DA SAÚDE GLOBAL

A Comissão sobre Equidade da OPAS dá base e complementa três outras tendências dominantes na saúde global.

Primeiro, a Comissão sobre Equidade da OPAS apoia o incentivo dado pela OMS e por outros à Cobertura Universal de Saúde. O acesso universal a atendimento de saúde deve ser uma característica de todas as sociedades. Entretanto, iniquidades no acesso a esse serviço não são a causa primária das iniquidades nessa área. Países como o Canadá e o Reino Unido, que contam com acesso universal a atendimento de saúde, ainda apresentam iniquidades nesse campo. Isto pode ser atribuído aos fatores estruturais e às condições de vida diária. A falta de acesso a esse serviço quando as pessoas se encontram doentes são parte do problema. Isto posto, fica clara a interferência dos determinantes sociais da saúde e a cobertura universal de saúde, ou a falta dela. Em muitos países, a falta de dinheiro, a marginalização, a localização remota e as barreiras culturais podem ser motivos para a falta de acesso a atendimento, sendo todos eles determinantes sociais da saúde.

Apoiamos a abordagem feita pela OPAS, que considera que um componente importante da Cobertura Universal de Saúde é a incorporação de Funções Essenciais de Saúde Pública. Além disso, países em toda esta região assinaram e acordaram resoluções baseadas nas políticas da OPAS e

muitos deles têm grande valor na promoção de uma maior equidade em saúde. Chamamos atenção para este aspecto nas caixas de texto de todo o relatório, em relação aos ODS e outras resoluções relevantes[1].

Segundo, a prevenção de doenças infecciosas segue sendo uma grande prioridade na Região das Américas. Da forma mais básica, a falta de acesso a água potável e saneamento são causas significativas da saúde precária. Nossa perspectiva é tratar a "causa das causas": as razões pelas quais políticas e intervenções conhecidas e que melhorariam a qualidade da saúde são negadas a certos grupos da sociedade.

Terceiro, há uma muito bem-vinda iniciativa mundial com relação a doenças não transmissíveis (DNT). Parte deste movimento é dedicada ao acesso a atenção e parte dela, à prevenção. Os objetivos do Plano de Ação para a Prevenção e Controle das DNT da OPAS incluem melhorias em causas ou fatores de risco já conhecidos: dieta, tabagismo, obesidade, falta de exercícios físicos, abuso do álcool *(18)*. Nosso foco está concentrado nas "causas das causas" — os determinantes sociais desses comportamentos nocivos. Assim, as recomendações da Comissão sobre Equidade da OPAS apoiam o Plano de Ação Global sobre as DNT. Os determinantes sociais também agem por caminhos psicossociais. Por exemplo, o estresse tem efeitos diretos tanto na saúde mental quanto na saúde física *(3)*.

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Plano de Ação sobre Saúde em todas as Políticas (Resolução Relevante da OPAS CD53.R2 [2017])

[1] Os documentos citados nas caixas de Acordos Internacionais Relevantes estão listados no final da seção de Referências.

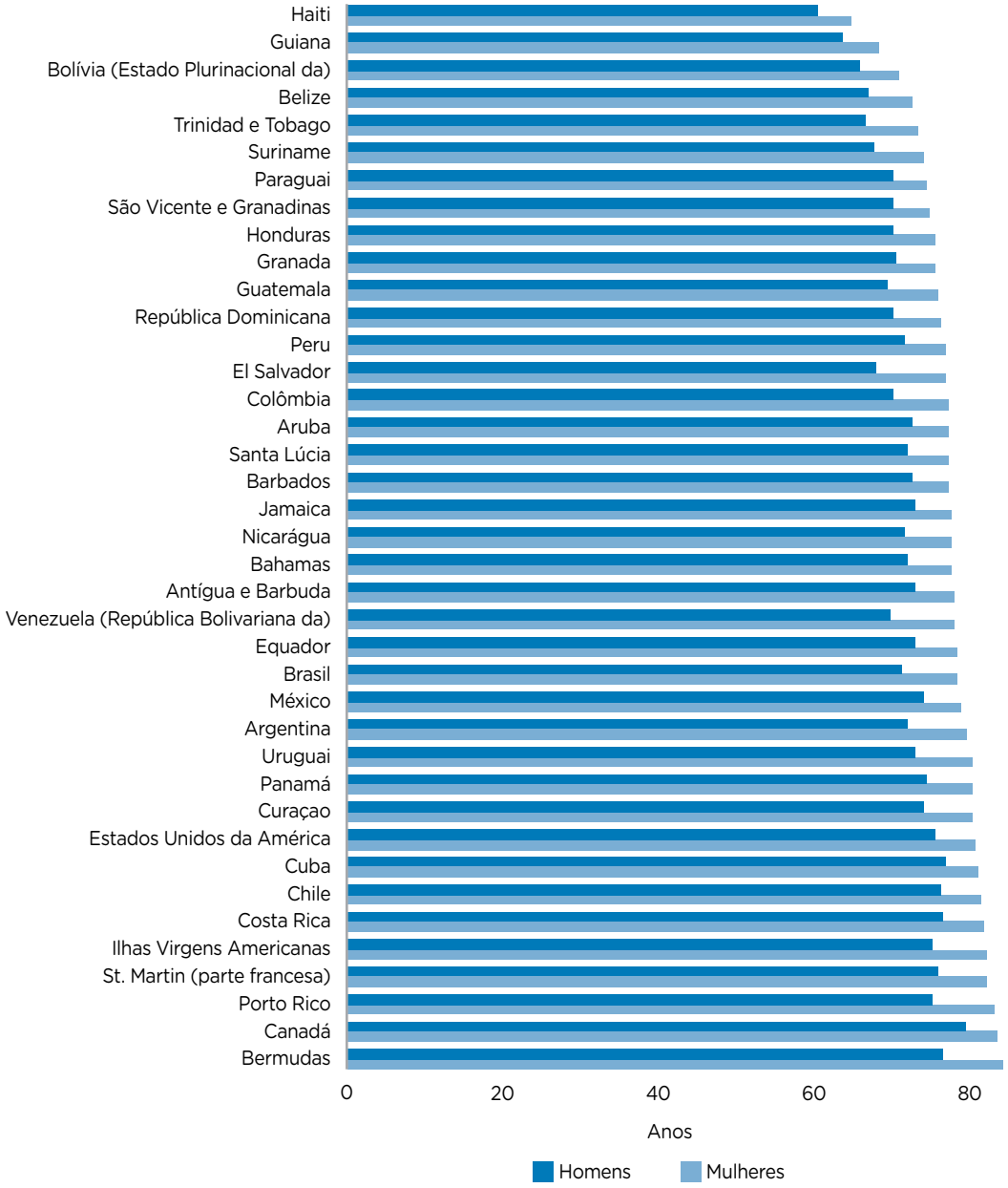
2. INIQUIDADES NA SAÚDE ENTRE OS PAÍSES DAS AMÉRICAS

Pai com seu filho, sentada em uma casa destruída pelo terremoto no Haiti em 2010, Croix-des-Bouquets, Haiti

2.1 INTRODUÇÃO

Embora a saúde da população em geral tenha melhorado de forma estável nas Américas, os níveis de atendimento nesse setor variam de forma significativa entre os países. A diferença na expectativa de vida entre os países era de mais de 19 anos tanto para homens quanto para mulheres em 2016 (Figura 2.1). Também há nesses países iniquidades substanciais nesses países com respeito à expectativa de vida e saúde no que diz respeito a gênero, etnia e posição socioeconômica.

Figura 2.1.
Expectativa de vida ao nascer, segundo o sexo, na Região das Américas, 2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

2.2 A DIFERENÇA EM SAÚDE ENTRE OS PAÍSES

O primeiro dos principais tipos de iniquidade é entre os países — o tópico desta seção. O desafio é equiparar a saúde de todos os países à do melhor. Como será mostrado nas seções a seguir, também há grandes desigualdades dentro dos países. Reduzir as iniquidades em saúde dentro dos países será um grande passo na melhora da saúde média dos países, como mostrado nas figuras desta seção.

DESIGUALDADES E EXPECTATIVA DE VIDA

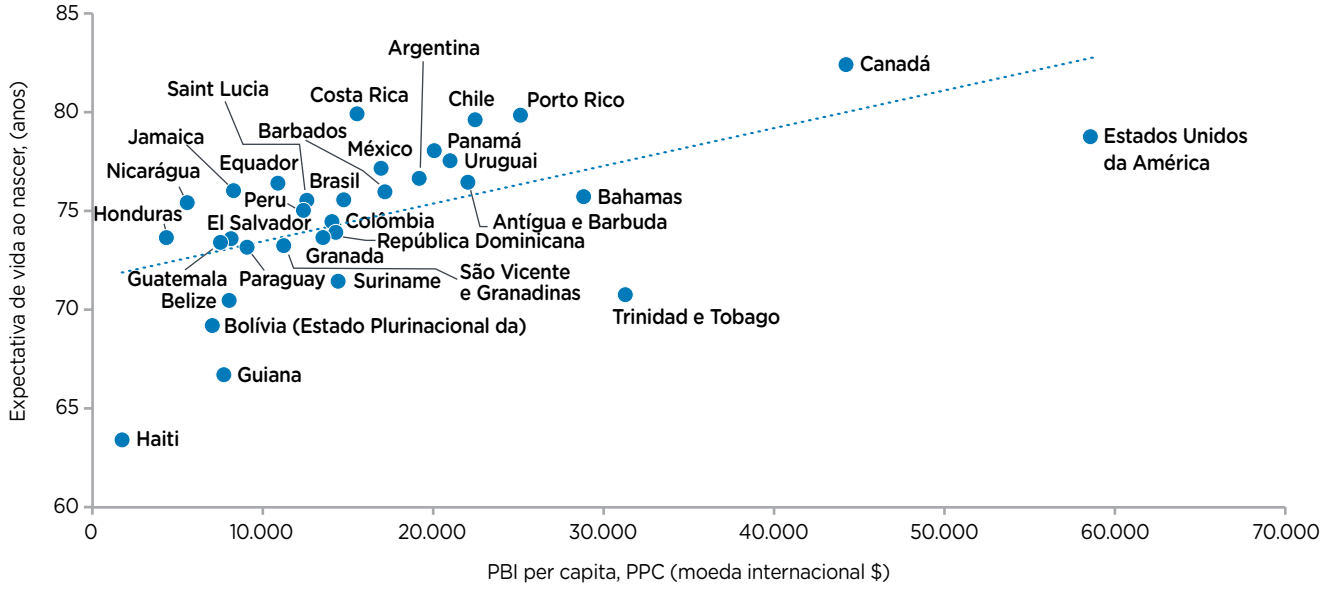
A variação da expectativa de vida mostrada na Figura 2.1, de 66 a 85 anos para mulheres e de 61 a 80 anos para homens em toda a região em 2016, indica o escopo considerável da melhoria em todos os países.

A relação entre saúde, medida em expectativa de vida, e o nível da renda do país é mostrada na Figura 2.2 pela assim chamada "Curva de Preston". Ela mostra que a saúde melhora de maneira grosseiramente linear com produtos internos brutos mais altos (PIB) per capita em países em que a renda anual é menor do que US$ 10.000 per capita, com base na paridade do poder de compra (PPC). A relação é menos dramática em países em que o PIB está entre US$ 10.000 e US$ 40.000 per capita, não havendo aumento na expectativa de vida naqueles em o PBI é superior a este valor. Por exemplo, no Chile, Costa Rica e Porto Rico, a expectativa de vida fica por volta dos 80 anos e a renda per capita está entre US$ 15.000 e US$ 25.000, enquanto nos Estados Unidos da América a expectativa de vida fica ligeiramente mais baixa — 79 anos — mesmo com uma renda per capita em 2017 consideravelmente maior: mais de US$ 58.000.

SAÚDE E SOBREVIVÊNCIA NO INÍCIO DA VIDA

Há desigualdades substanciais em saúde no início da vida. Um indicador da qualidade da gestação é

Figura 2.2.
Expectativa de vida de acordo com o produto interno bruto (PIB) per capita na Região das América, 2017 ou mais recente possível



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

a proporção de bebês nascidos com subpeso. Isto inclui tanto os bebês com níveis de crescimento abaixo do normal e aqueles que, por esta razão ou outras ainda, nascem prematuros. Em ambos os casos o subpeso ao nascer pode implicar problemas para os subsequentes desenvolvimento e saúde da criança em sua vida.

A Figura 2.3 mostra a variação marcada na proporção de nascidos vivos que apresentam subpeso em todas as Américas — desde somente 5 por cento em Cuba a 15 por cento em vários outros países *(19)*.

As taxas de mortalidade de menores de 5 anos são mostradas na Figura 2.4. Grande parte destas mortes ocorrem durante dias ou semanas após o nascimento e elas refletem as consequências das gestações e as condições em que os bebês vêm ao mundo. Esta questão será discutida mais adiante, na recomendação 4.

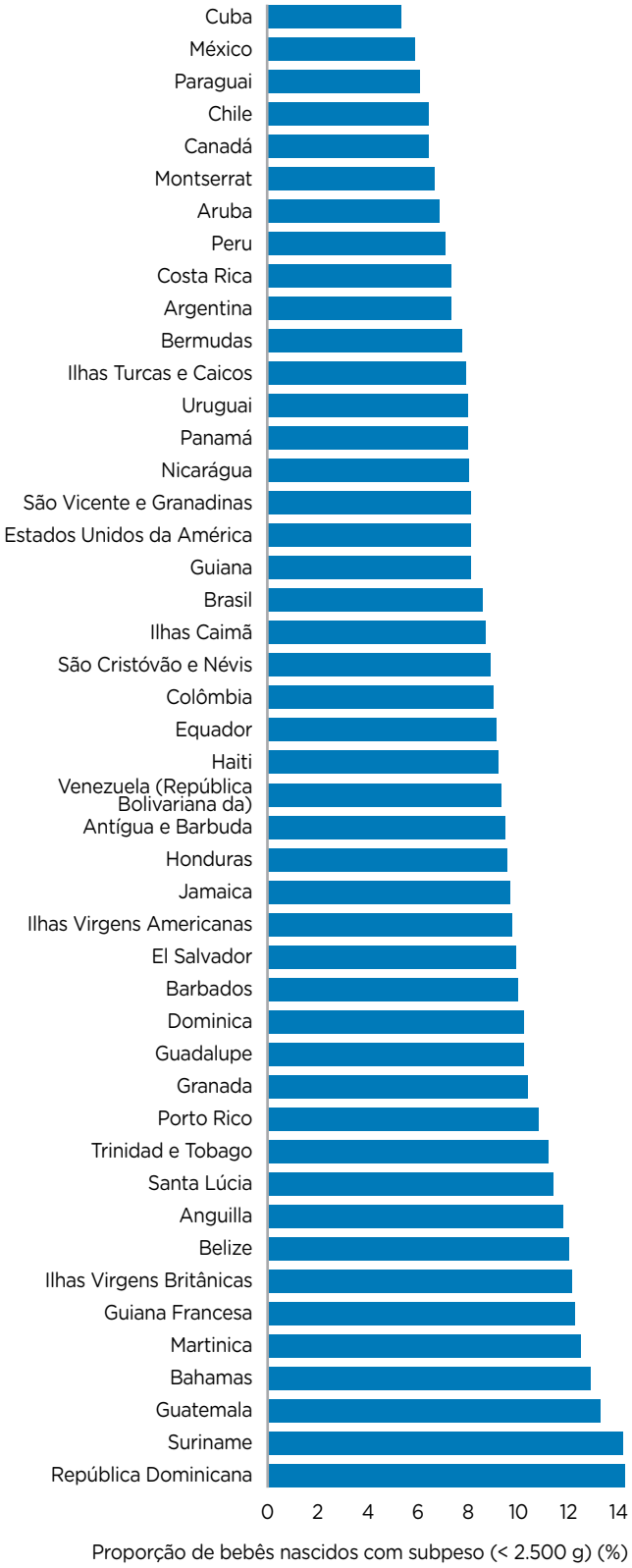
SAÚDE NO CURSO DE VIDA

Se por um lado a mortalidade, conforme se reflete na expectativa de vida e nas taxas de óbitos nos primeiros anos, é uma boa medida das experiências desiguais na vida, ela não reflete fielmente as consequências na saúde de vidas desiguais. Há também desigualdades na expectativa de uma vida saudável. Em 2016, estimou-se que a expectativa de vida ajustada à saúde (HALE) nas Américas era de 65 anos e que variava entre 57 e 54 para mulheres e homens, respectivamente, no Haiti, e entre 74 e 72 anos no Canadá (Figura 2.5) *(20)*.

DOENÇAS INFECCIOSAS

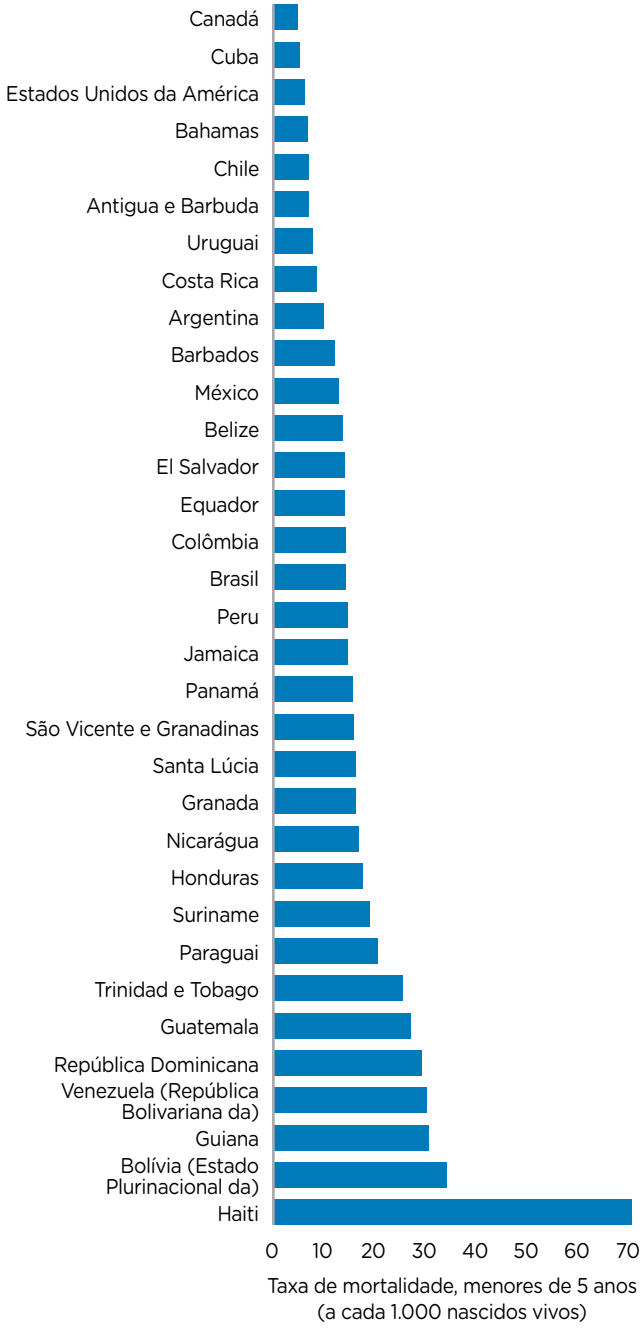
Apesar do progresso considerável já feito na região em relação à redução tanto da incidência quanto do impacto das doenças infecciosas mais sérias, ainda há desafios significativos, incluindo recentemente o Zika vírus. Muitas destas ameaças à saúde e causas de mortalidade estão mais presentes em áreas com populações nas situações mais variáveis — pobreza, habitação precária e condições de trabalho adversas, cada uma das quais aumenta a exposição. O Capítulo 3 da publicação Health in Americas 2017 da OPAS aponta para as principais fontes de dados de ocorrências de doenças, fatalidade e programas de prevenção *(21)*. Informações sobre a distribuição de imunização infantil também estão disponíveis

Figura 2.3.
Proporção de bebês nascidos com subpeso na Região das Américas, 2016



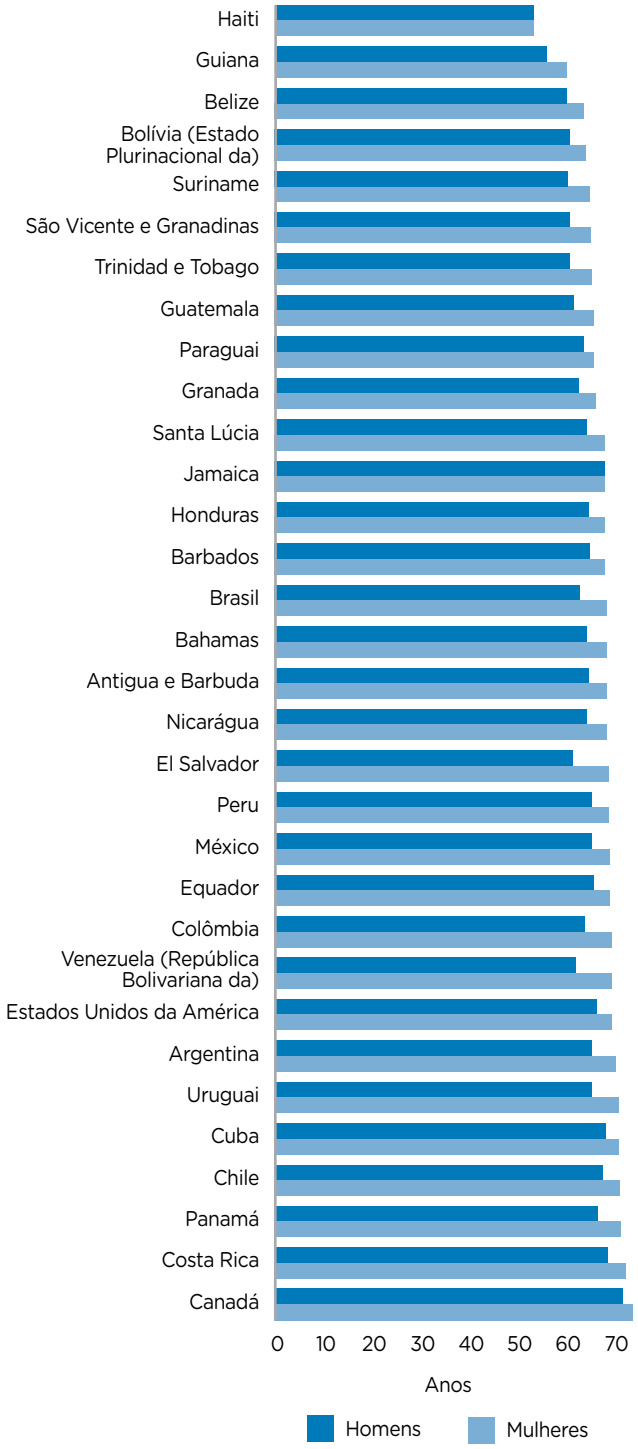
Fonte: Organização Panamericana da Saúde. Plataforma de Informação em Saúde nas Américas (PLISA). Principais Indicadores [Internet]; 2018 [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

Figura 2.4.
Taxas de mortalidade de menores de 5 anos na Região das Américas, 2017



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Figura 2.5.
Expectativa de vida ao nascer ajustada à saúde, de acordo com o sexo na Região das Américas, 2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Nota: A expectativa de vida ao nascer ajustada à saúde é uma medida da saúde da população que leva em conta a mortalidade e a morbidade. Ela ajusta a expectativa de vida geral de acordo com o tempo vivido e saúde não perfeita. É calculada subtraindo-se da expectativa de vida o número de anos vividos com deficiência multiplicado por um peso que representa o efeito da deficiência.

na base de dados Health Equity Assessment Toolkit (HEAT) da OPAS *(22)*.

A Figura 2.6 mostra a quantidade de doenças infecciosas geralmente monitoradas pela OMS que ocorrem nas Américas. Quase metade de todos os

Jovem usando um vestido tradicional maia amamentando seu bebê enquanto vende artesanato, Chichicastenango, Guatemala

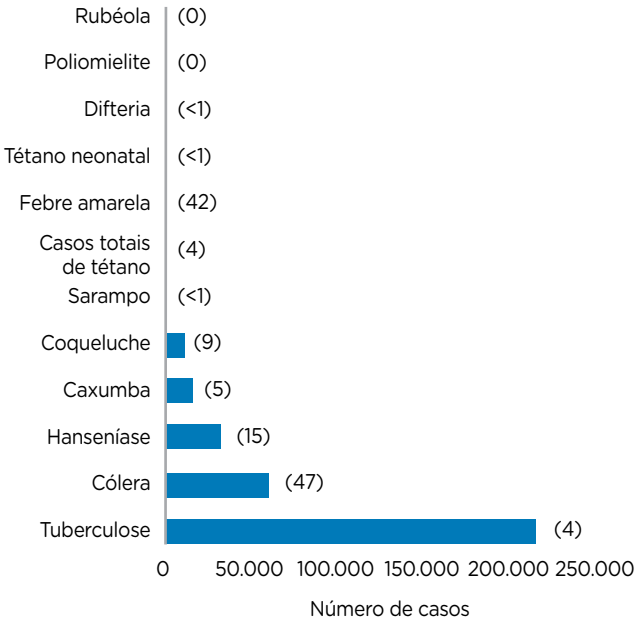
casos de cólera, uma das doenças mais comuns registradas no mundo, e 15 por cento dos casos de hanseníase foram registrados nas Américas em 2014. É importante considerar também os números absolutos: por exemplo, enquanto as Américas registraram menos de 4 por cento dos cases de tuberculose (TB) do mundo em 2014, trata-se de mais de 200.000 casos *(20)*.

A Figura 2.7 mostra a distribuição desigual de casos de TB em todas as Américas, com menos de 10 casos a cada 100.000 pessoas registrados na maioria dos países em 2016, mas com mais de 50 a cada 100.000 em sete países.

A Figura 2.8 mostra que a taxa de mortalidade por TB difere marcadamente entre homens e mulheres (dados de 2016), embora os países em que as taxas são altas entre homens também tendem a ter taxas mais altas entre as mulheres. Entre estas, as taxas de mortalidade eram menores do que cinco a cada 100.000 em todos os países, com exceção de três, enquanto que as taxas de homens excedem este número em sete países.

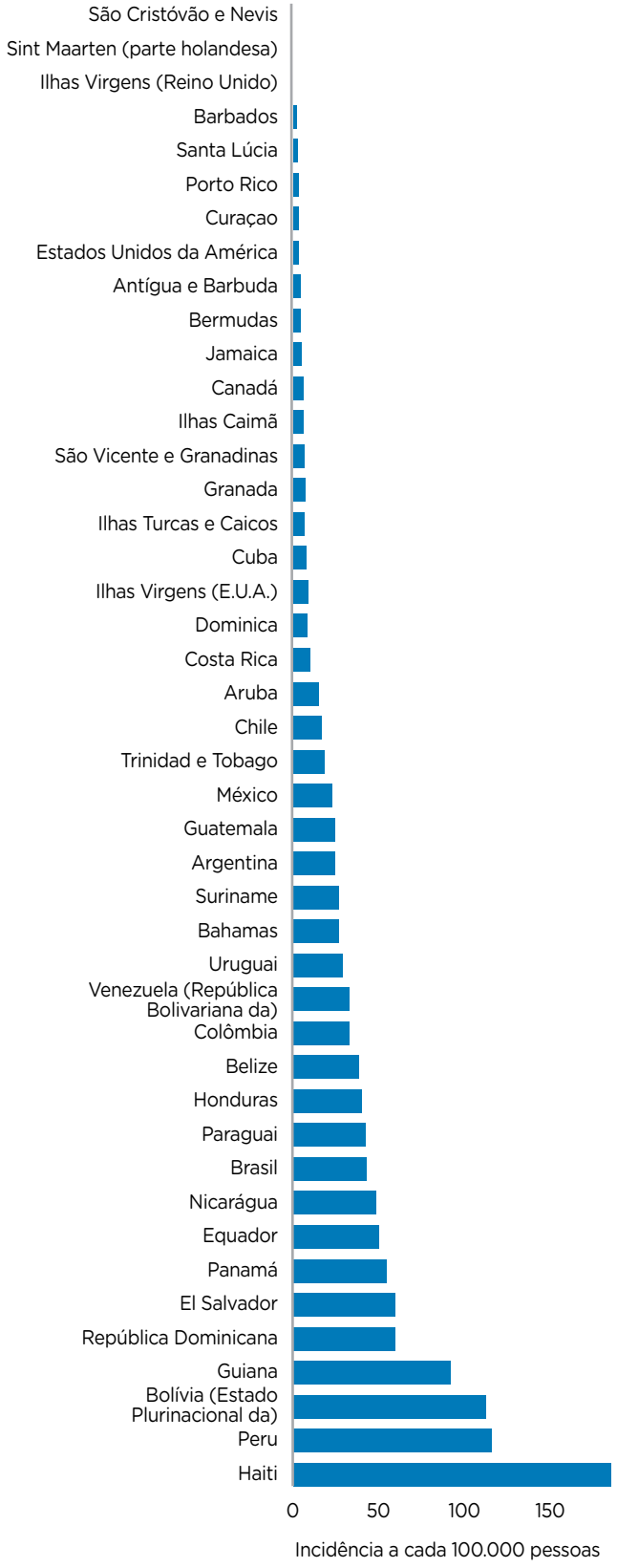
Há uma variabilidade considerável na ocorrência registrada de HIV entre pessoas com idade entre

Figura 2.6.
Número de casos de doenças transmissíveis nas Américas (com a porcentagem do total de casos mundiais entre parênteses), 2014



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Banco de Dados do Observatório de Saúde Global [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Figura 2.7.
Incidência de Tuberculose na Região das Américas, 2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Figura 2.8.
Taxa de mortalidade por tuberculose, de acordo com o sexo na Região das Américas, 2016

Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

15 e 49 anos na América Latina e no Caribe, conforme mostrado na Figura 2.9. Dez países registraram níveis abaixo de 0,5 por cento da população neste grupo de idade em 2017, enquanto seis registraram níveis acima de 1,5 por cento.

DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O índice global de doenças não transmissíveis, como câncer, doenças circulatórias e diabete está crescendo. Os gradientes sociais são evidentes em muitas das mais sérias destas doenças, com marcadas diferenças em relação à posição socioeconômica, etnia e sexo. As bases de dados internacionais fornecem informações sobre diferenças de sexo, mas não sobre desigualdades dentro dos países com relação à etnia e geografia. Na maioria dos países em que os dados sobre desigualdades socioeconômicas estão disponíveis, eles provêm de estudos ou pesquisas especiais.

A Figura 2.10 mostra a distribuição das taxas de mortalidade por câncer divididas por idade em todas as Américas em 2014. As taxas variaram de mais ou menos 50 a cada 100.000 mortes tanto para homens quanto para mulheres em alguns países a duas ou três vezes este número em 12 países para mulheres e mais de três vezes este número em seis países para homens.

As taxas de doenças circulatórias divididas por idade em 2014 eram menores do que 100 a cada 100.000 mulheres em 10 países, mas maior do que 400 a cada 100.000 em dois países (Figura 2.11). Entre os homens, somente três países tiveram taxas menores do que 100 a cada 100.000, enquanto outros três tiveram taxas acima de 400 a cada 100.000 deles.

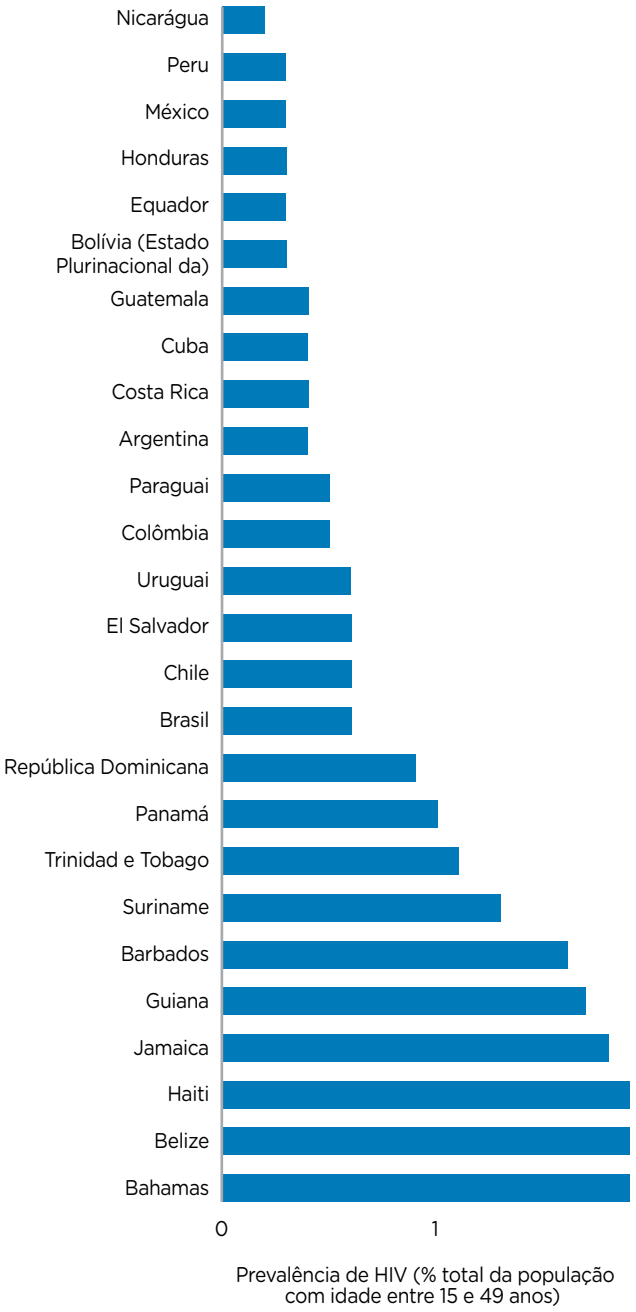
RISCOS AMBIENTAIS E COMPORTAMENTOS

Esta subseção resume as atuais diferenças em alguns comportamentos chave relacionados à saúde e em variações no risco da poluição do ar e riscos de acidentes e violência que contribuem para muitas das diferenças discutidas anteriormente.

Tabagismo

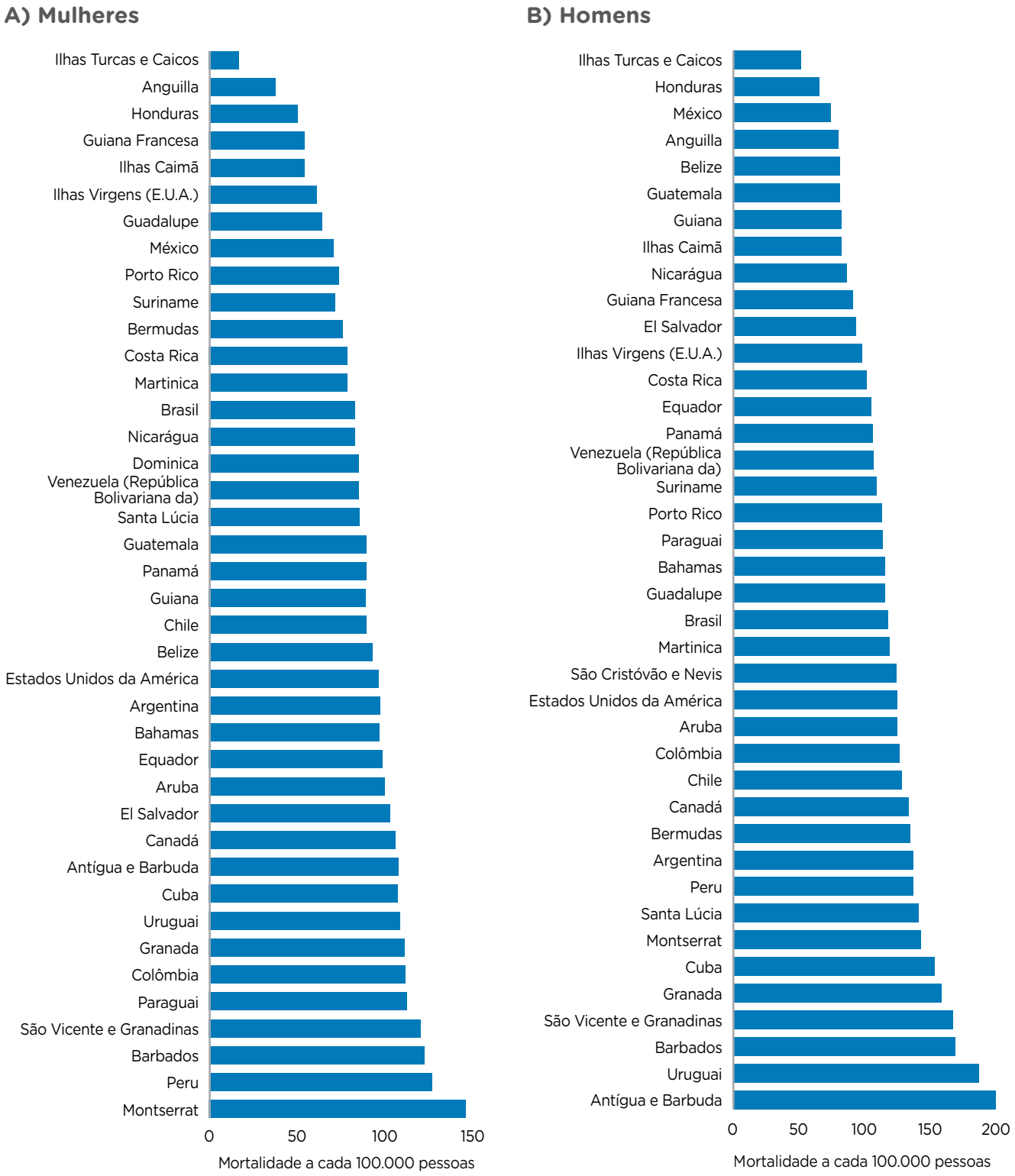
O processo de epidemias de tabagismo varia consideravelmente nos países, de acordo com grupos sociais, grupos étnicos, sexo e nível de vulnerabilidade. Uma vez que se estabeleça uma epidemia em um país, os níveis de tabagismo tendem a ser mais altos e persistentes entre os indivíduos com menos vantagens e que enfrentam as situações mais estressantes. A posição atual das Américas em termos de recorrência de tabagismo e medidas de controle do mesmo está resumida no relatório da OPAS intitulado "Tobacco Control

Figura 2.9.
Incidência de HIV, países com dados disponíveis na América Latina e Caribe, 2017



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

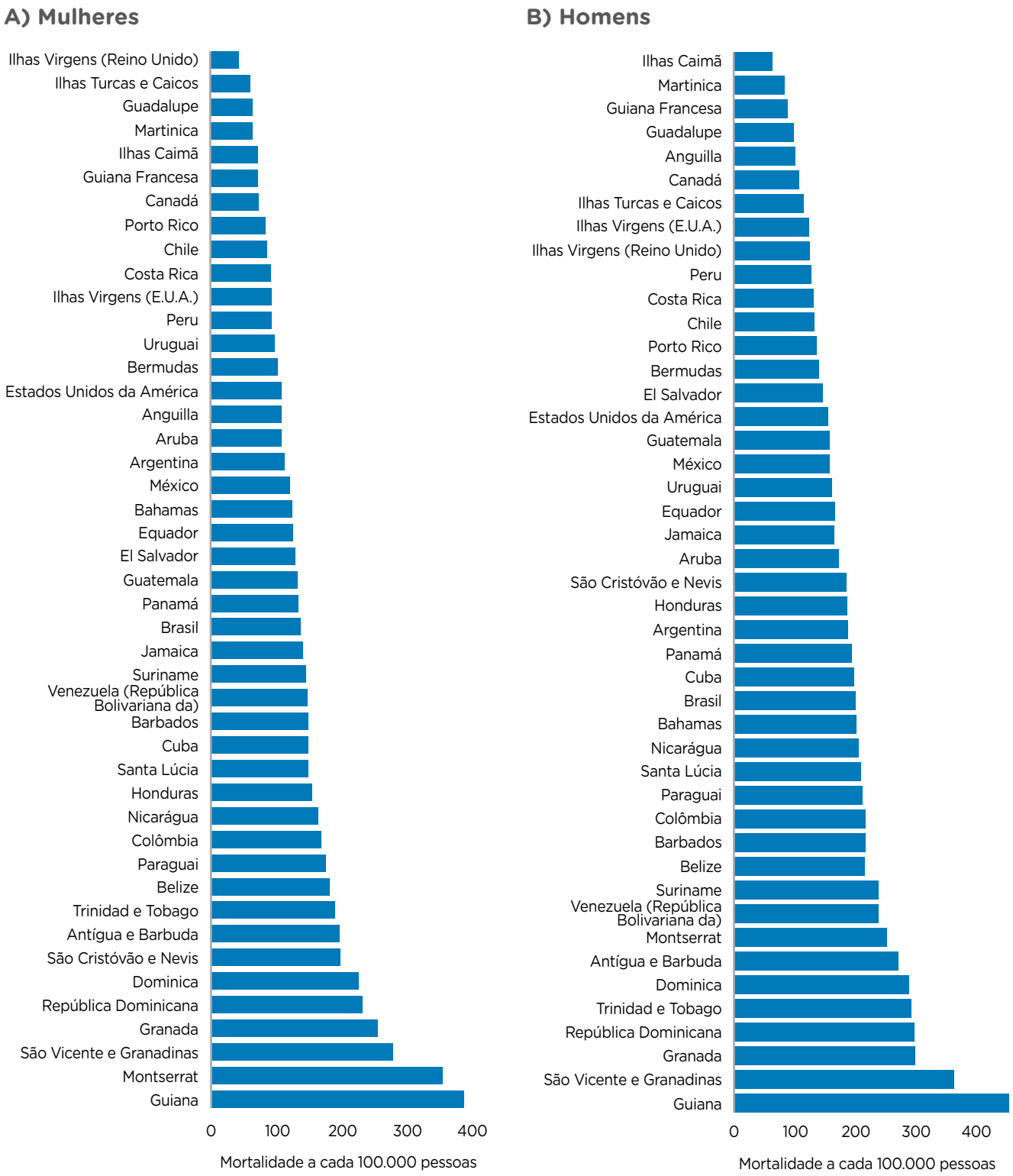
Figura 2.10.
Taxa padronizada por idade de mortalidade por câncer, de acordo com o sexo, na Região das Américas, 2014 ou o ano mais recente possível



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Plataforma de Informação em Saúde para as Américas. Indicadores chave [Internet]; 2018 [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

Figura 2.11.

Taxa padronizada por idade de mortalidade por doenças circulatórias, de acordo com o sexo na Região das Américas, 2014 ou o ano mais recente possível



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Plataforma de Informação em Saúde para as Américas. Indicadores chave [Internet]; 2018.[citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

in the Region of the Americas" *(23)* e de forma global em outros documentos da OMS *(20)*. As distribuições sociais atuais precisam ser obtidas através de dados de pesquisas, coortes ou investigações.

A Figura 2.12 mostra a faixa das taxas de tabagismo entre países selecionados nas Américas. As taxas para mulheres em 2016 eram uniformemente mais baixas que para homens — abaixo de 5 por cento em vários países e abaixo de 40 por cento em todos os países mostrados. Ainda assim, a diferença — de menos de 5 por cento a mais de 15 por cento em alguns países — é considerável. Em relação aos homens, as taxas variaram de 40 por cento para mais de 40 por cento em três dos países mostrados. O hiato entre as taxas de homens e mulheres fumantes também varia consideravelmente. Em todos os países mostrados, os homens apresentam taxas mais altas. As menores diferenças são encontradas no Canadá, Uruguai, Estados Unidos da América e Chile.

Estão disponíveis dados para a proporção de fumantes no Canadá em relação a renda familiar. Entre as famílias no quintil com menor renda, mais do que um a cada cinco canadenses eram fumantes em 2017 (22 por cento), enquanto o número para famílias no quintil com renda mais alta era de apenas um a cada dez (12 por cento).

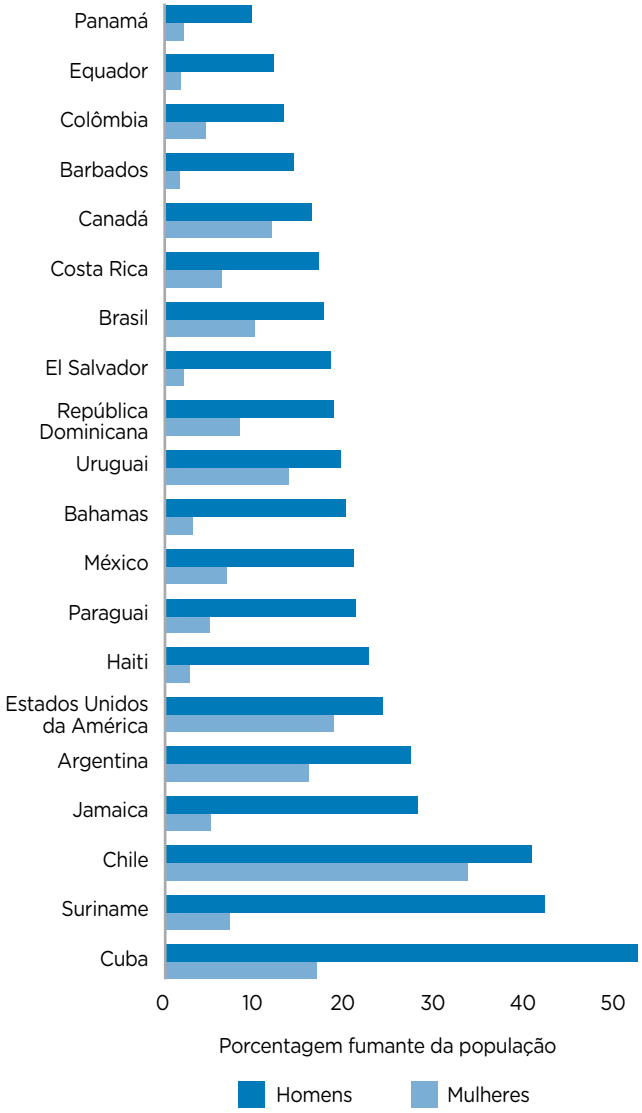
Álcool

Há uma relação próxima entre o consumo de álcool per capita de um país e a recorrência de dependências e doenças relacionadas ao álcool. O consumo excessivo, que tende a ser mais comum em países com altos níveis gerais de consumo, causa danos à saúde física e mental e contribui para a ocorrência de lesões físicas naqueles que bebem e em outros. Os efeitos do álcool na saúde dependem do perfil de consumo e de outras causas associadas que oferecem às pessoas em desvantagem social maiores riscos de sofrer danos associados ao álcool *(18)*. Os perfis de consumo são influenciados por fatores psicossociais, atitudes culturais locais em relação ao álcool, seu preço e disponibilidade.

De acordo com o relatório *Regional Status Report and Health in the Americas (21)* da OPAS, o consumo de álcool na região é aproximadamente 40 por cento maior do que a média global e o perfil típico de consumo de álcool de adultos na maioria dos países nas Américas é mais perigoso para a saúde. Em 2000, o álcool era o maior risco para a saúde em países de renda média e baixa nas Américas.

Os dados sobre o consumo e os danos relacionados com grupo socioeconômico, sexo, populações indígenas e outros grupos étnicos provèm em grande parte de informações extraídas de pesquisas e investigações. Os Estados Unidos

Figura 2.12.
Taxas de tabagismo de acordo com o sexo em alguns países das Américas, 2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Nota: Pessoas que atualmente fumam qualquer produto de tabaco (taxa padronizada por idade).

da América dispõem de dados sobre a proporção da população que bebe por etnia, sendo que pessoas brancas neste país têm mais chances de beber.

Uso de Drogas

Embora drogas ilegais sejam mais frequentemente usadas nos países de renda alta nas Américas, as consequências à saúde da dependência química — doenças, deficiências e morte — são sentidas de forma desproporcional em países de renda média e baixa, entre as pessoas com menos acesso a tratamentos e atenção à saúde. Um resumo dos dados de pesquisa pode ser conferido no relatório "*Drug Use Epidemiology in Latin America and the Caribbean: A Public Health Approach*" *(24)*. Há necessidade de mais pesquisas a fim de que sejam fornecidos mais dados desagregados.

Obesidade

A recorrência de obesidade nas Américas aumentou recentemente, tendo dobrado em alguns países *(21)*. A obesidade afeta todos os grupos de idade, etnia, culturas e gêneros. O sobrepeso e a obesidade durante a infância têm efeitos a longo e curto prazo. De maneira crescente, as crianças obesas nas Américas têm sido diagnosticadas com um rol de problemas de saúde anteriormente apenas observados em adultos, incluindo colesterol alto, pressão alta, diabetes tipo 2, apneia e problemas nas juntas. Além disso, o sobrepeso e a obesidade na infância aumentam significativamente o risco de obesidade e sobrepeso na adolescência e vida adulta *(25)*.

A obesidade tem diferentes causas, incluindo uma dieta não saudável e o sedentarismo, que estão intimamente ligados a um crescente "ambiente obesogênico" e associadas a determinantes sociais como pobreza, educação precária, insegurança alimentar, práticas de trabalho mais sedentárias, normas culturais que encorajam certas dietas e influenciam o estilo de vida.

A Figura 2.13 mostra a proporção de homens e mulheres com sobrepeso e idade entre 20 e 74 anos. Em relação a ambos os sexos, havia um número pequeno de países em que menos de 40 por cento do grupo etário tinha sobrepeso em 2016. Em relação a ambos os sexos, o nível de sobrepeso chega a mais de 70 por cento nos países de nível mais elevado.

Poluição do Ar

A poluição do ar se tornou uma preocupação crescente nos últimos anos. A poluição do ar ambiente (a céu aberto) e doméstico (ambientes fechados) é considerada o maior risco ambiental para a saúde atualmente, com estimativas de ser ela a responsável por cerca de uma em cada nove mortes no mundo. Pessoas que cozinham usando combustíveis sólidos (como madeira, resíduos vegetais, carvão mineral e vegetal e esterco) e querosene em fogueiras a céu aberto e fogões ineficientes estão expostas a riscos muito altos de poluição de ar doméstico, particularmente nos casos em que o façam em locais pouco ventilados. A maioria destas pessoas é pobre e vive em países de renda média e baixa. Os municípios e cidades em muitos países de renda média e baixa na região também apresentam níveis elevados de poluição do ar. As ameaças desse tipo de poluição são discutidas com mais detalhes na recomendação 9.

ACIDENTES, VIOLÊNCIA E CONFLITOS

O impacto de lesões sérias e morte é maior entre a parcela mais pobre da população e aqueles que vivem em situações mais vulneráveis nas Américas, assim como em outras regiões do mundo.

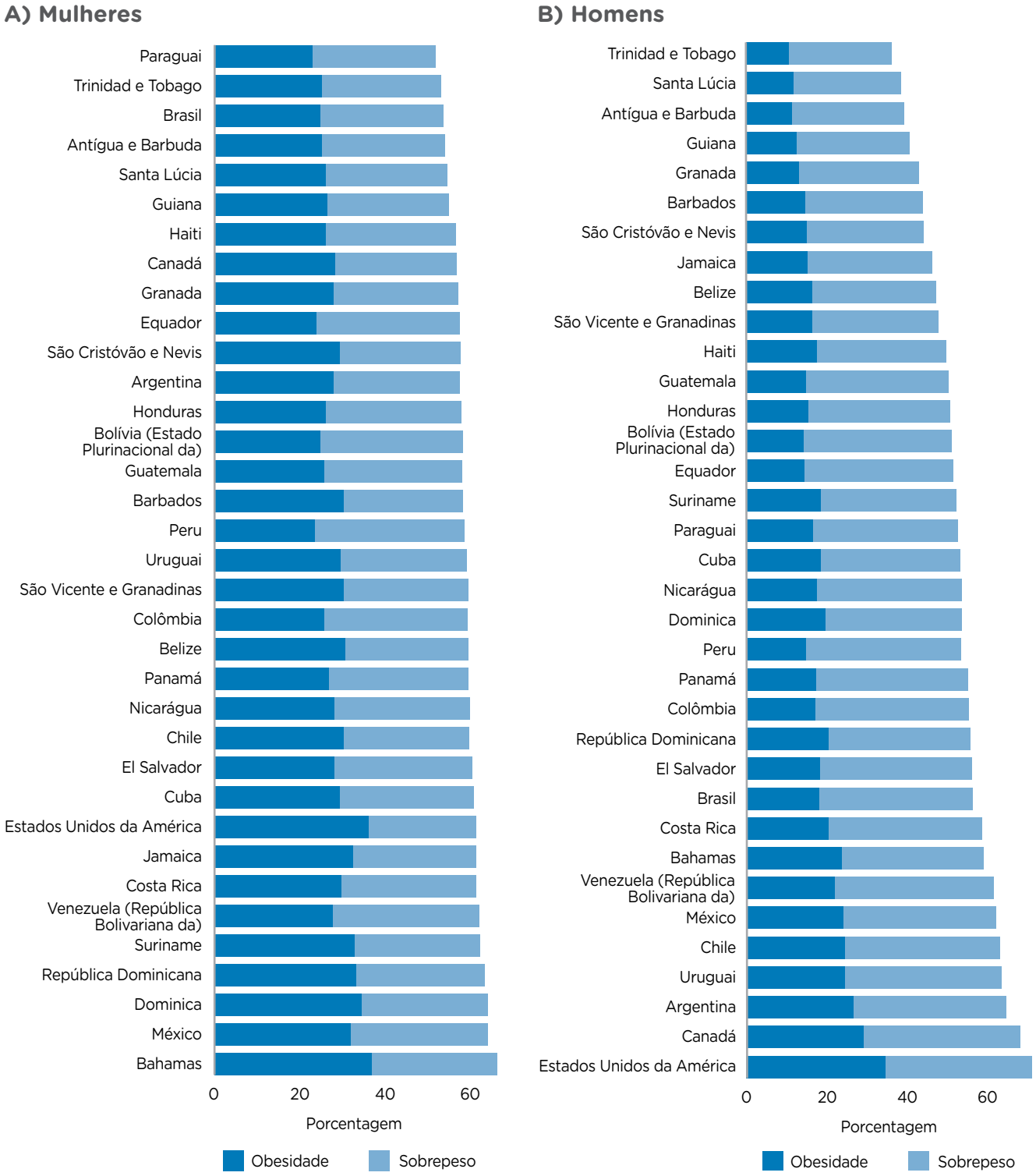
Acidentes de trânsito e de trabalho

Acidentes de trânsito afetam de maneira predominante homens nas Américas e as taxas em relação aos carros registrados varia consideravelmente na região: as vítimas são principalmente os passageiros na América do Norte (Canadá e Estados Unidos da América), e os pedestres e motociclistas nas outras áreas.

Entre os países mostrados na Figura 2.14, por volta de três quartos apresentaram taxas de mortalidade em acidentes de trânsito abaixo de 10 em cada 1.000.000 de pessoas para as mulheres em 2016. Em relação aos homens, somente dois países apresentaram taxas abaixo de 10 a cada 100.000, enquanto coube a quatro taxas altas de 50 a cada 100.000 *(19)*.

Mortes e lesões sérias devidas a acidentes de trabalho são mais comuns em ambientes de trabalho não regularizado, onde os mais vulneráveis são geralmente os empregados, o que se discute com mais detalhes na recomendação 5.

Figura 2.13.
Incidência de problemas de peso entre adultos a partir de 18 anos, de acordo com o sexo na Região das Américas, 2016

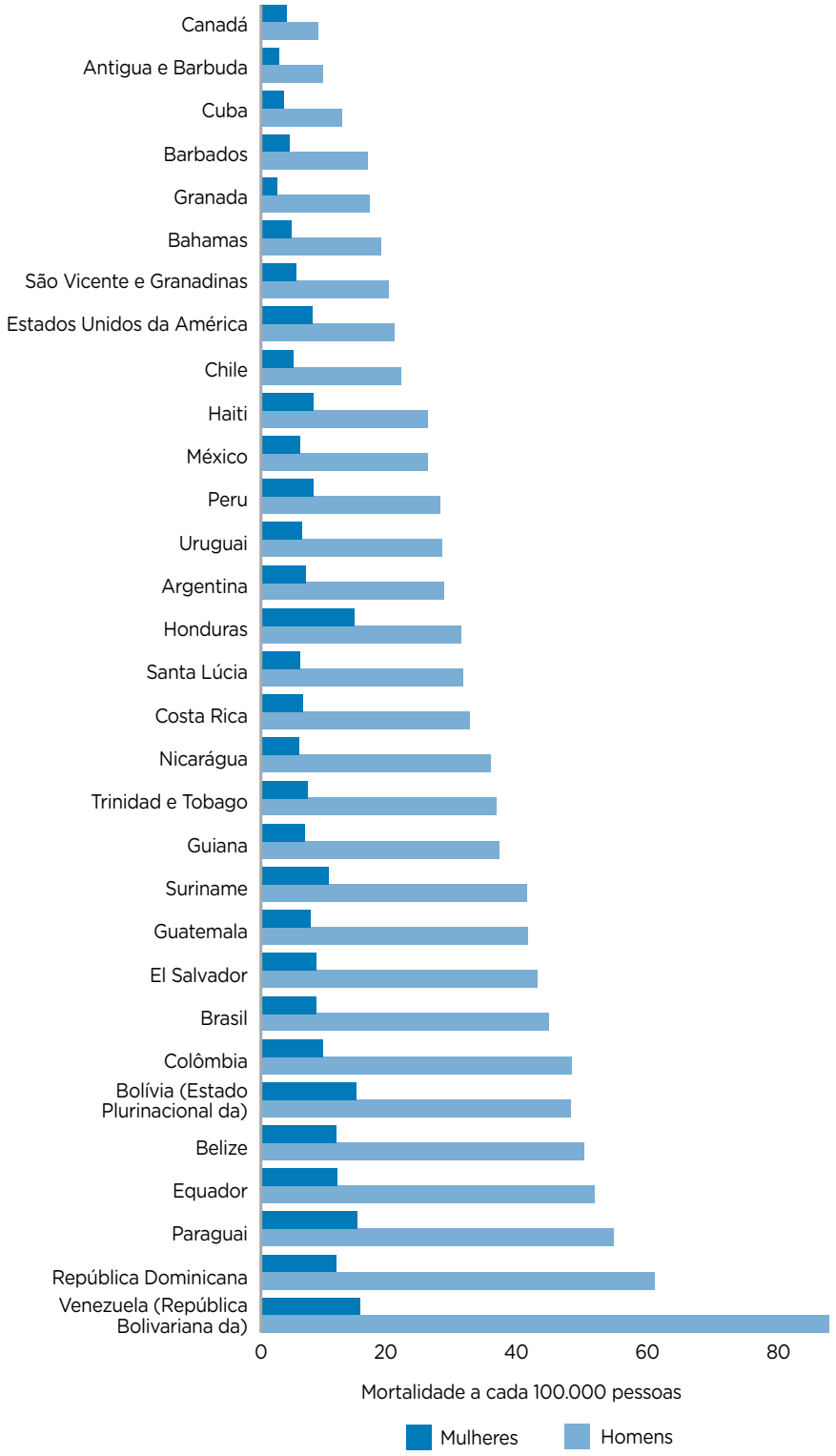


Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Nota: Entre as pessoas de 18 anos ou mais, o sobrepeso foi considerado como um índice de massa corporal (IMC) equivalente a pelo menos 25 e não mais do que 30. A obesidade foi considerada como um IMC de 30 ou mais.

Figura 2.14.

Taxa padronizada por idade de mortalidade por acidente de trânsito entre pessoas com 15 anos ou mais, de acordo com o sexo, na Região das Américas, 2016



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Plataforma de Informação em Saúde para as Américas. Indicadores-chave [Internet]; 2018. [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

Sessão Comunitária de Saúde, região de Mosquitia, Honduras

Violência, suicídio e doenças mentais

A violência criminal ocorre em todas as partes das Américas. Afeta particularmente certos países e comunidades, homens e alguns grupos étnicos, o que se discute com mais detalhes na recomendação 8.

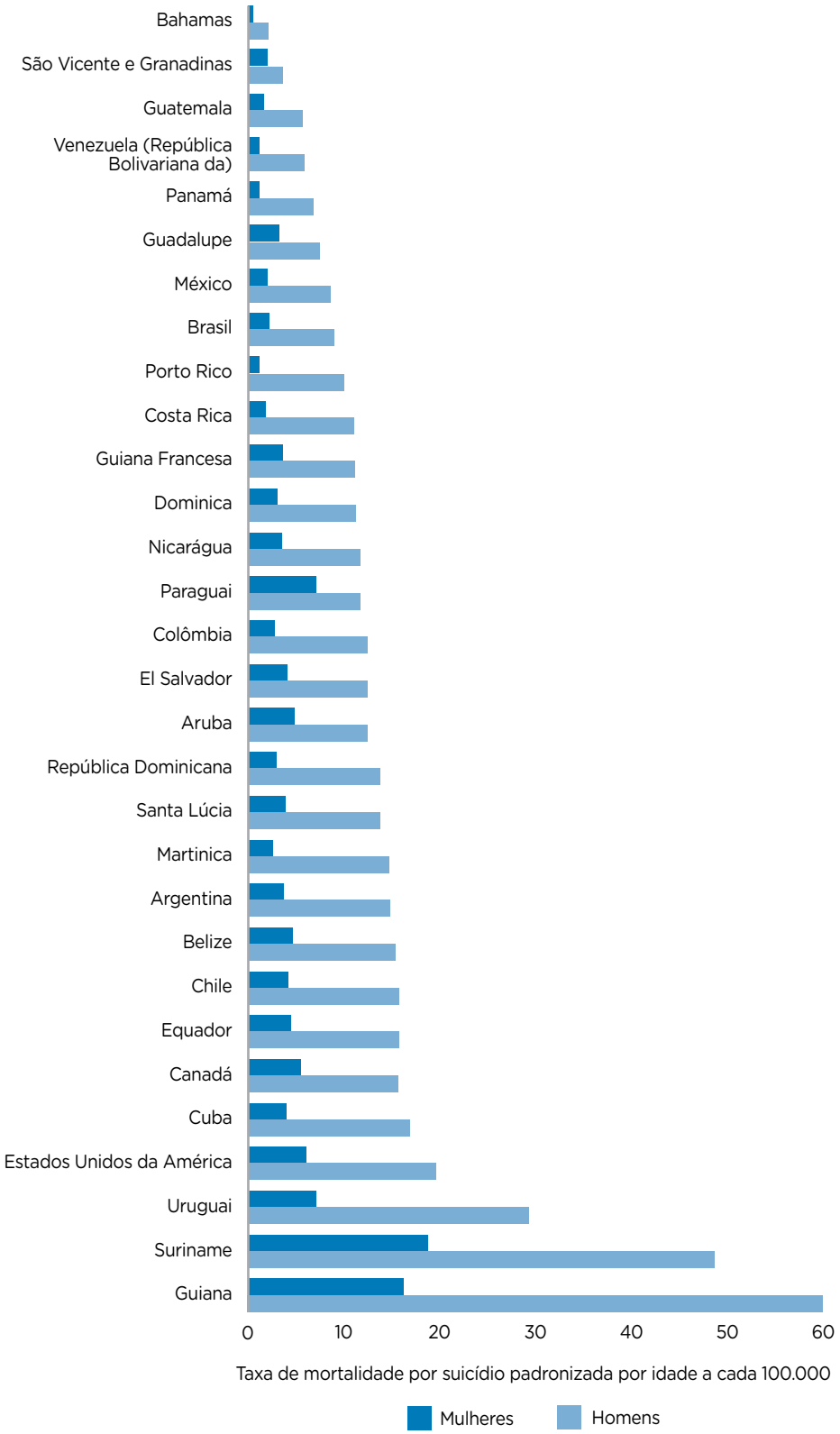
Em alguns países recentemente o número de mortes associadas a conflitos tem sido alto, de acordo com os relatórios do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP) e outros *(26)*. Mesmo em locais em que o conflito tenha acabado, pode haver impactos de longo prazo no desenvolvimento e na violência relacionada a crimes, com impactos na saúde. Isto se verifica particularmente nas áreas mais pobres e os grupos que sofrem as situações mais vulneráveis, como minorias étnicas.

Doenças mentais e suicídio

As desigualdades estruturais nos determinantes da saúde contribuem para as desigualdades na incidência e recorrência de doenças mentais e desigualdades no acesso a tratamentos de saúde mental eficazes. Essas desigualdades são percebidas entre diferentes grupos étnicos nas Américas, assim como em diferentes grupos socioeconômicos e entre homens e mulheres *(21)*. Ainda que nem todas as doenças mentais levem ao suicídio e nem todos se relacionem a doenças mentais, o suicídio é um resultado possível delas. *(27)*.

A Figura 2.15 mostra taxas de suicídio na região, com as mais altas para homens e mulheres em 2016 na Guiana e no Suriname. Em todos os países, as taxas mais altas são mostradas para homens.

Figura 2.15.
Taxas de mortalidade por suicídio, de acordo com o sexo, na Região das Américas, 2016



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Plataforma de Informação em Saúde para as Américas. indicadores-chave [Internet]; 2018. [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

2.3 TENDÊNCIAS E PERFIS DEMOGRÁFICOS

As taxas de saúde precária variam de acordo com a idade, o sexo, a etnia e a situação socioeconômica. Por isso, o sexo e a idade da população e a cambiante composição étnica contribuem para diferenças na qualidade da saúde na região, em termos de como essas diferenças afetam a capacidade dos sistemas de saúde de prover atenção e em relação à escala absoluta de inequidade em saúde.

As mudanças nas taxas de fertilidade e dependência estão correlacionadas a resultados de saúde específicos, assim como a alguns fatores-chave no curso de vida associados com o quadro de saúde, por exemplo as taxas de emprego de mulheres e pobreza de idosos.

TAXAS DE FERTILIDADE

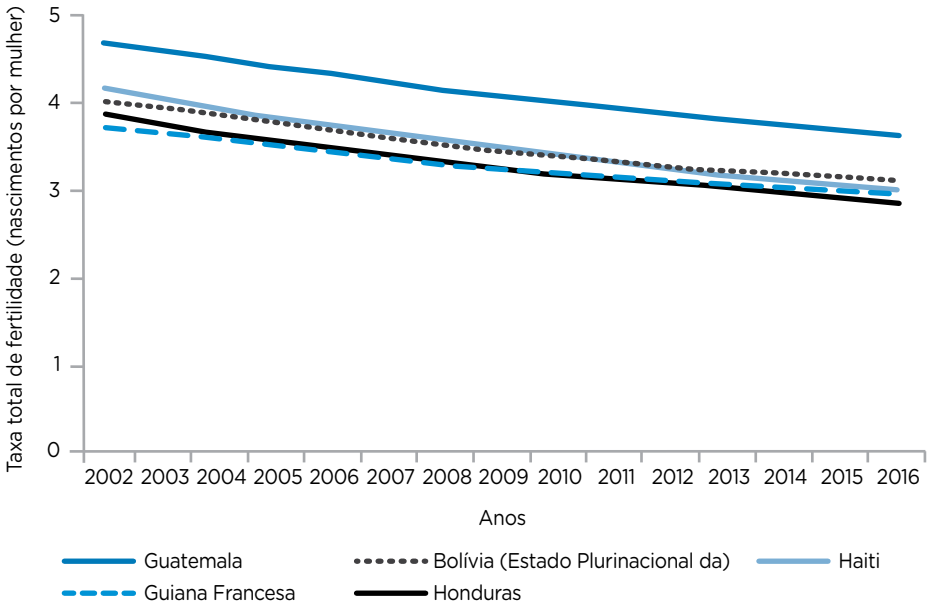
As duas áreas da Figura 2.16 mostram a convergência das taxas de fertilidade que começam a ocorrer nas Américas. Os países atualmente com as maiores taxas de fertilidades (Área 1.26A) apresentaram reduções dramáticas nessas taxas desde 2002, enquanto alguns daqueles com as taxas mais baixas (Área 2.16B) apresentaram taxas estagnadas ou com aumentos muito moderados.

IDOSOS

As iniquidades na saúde e no bem-estar de idosos se relacionam de maneira considerável com as diferenças nas condições vividas em períodos anteriores de sua vida — o acúmulo de vantagens e desvantagens que se dá durante o curso de sua vida — por exemplo através da renda e da escolarização. Entretanto, as condições de vida na terceira idade — como moradia, isolamento social e pobreza — também contribuem para

Figura 2.16.
Taxas de fertilidade mais alta e mais baixa na Região das Américas, em 2016, e mudanças de acordo com o tempo, 2002–2016

(A) Países com as cinco taxas de fertilidade mais altas na Região das Américas em 2016

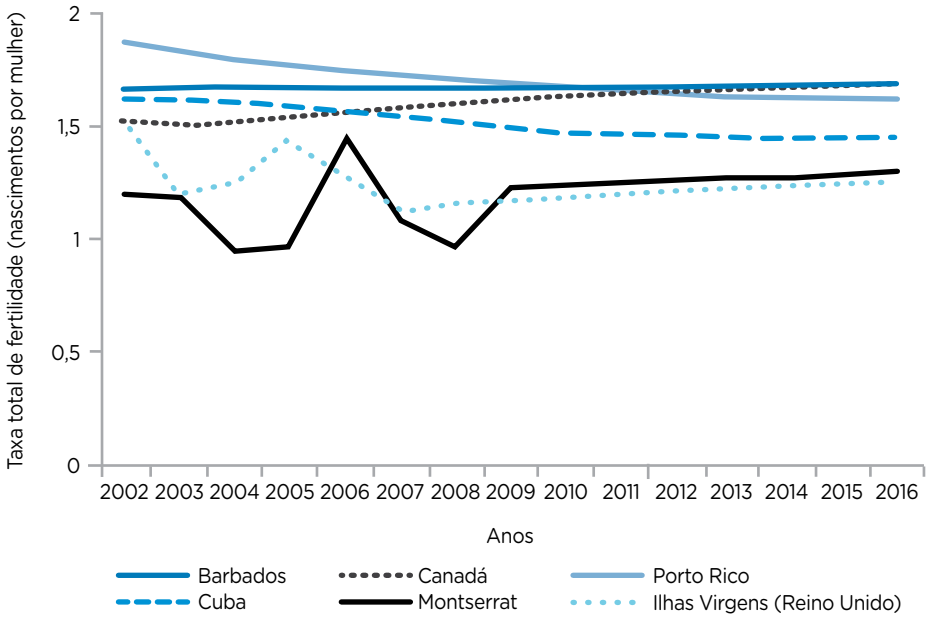


Fonte: Organização Mundial da Saúde. Plataforma de Informação em Saúde para as Américas. Indicadores-chave [Internet]; 2018. [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

Figura 2.16. *(continuação)*

Taxas de fertilidade mais alta e mais baixa na Região das Américas, em 2016, e mudanças de acordo com o tempo, 2002–2016

(B) Países com as cinco taxas de fecundidade mais baixas da Região das Américas em 2016



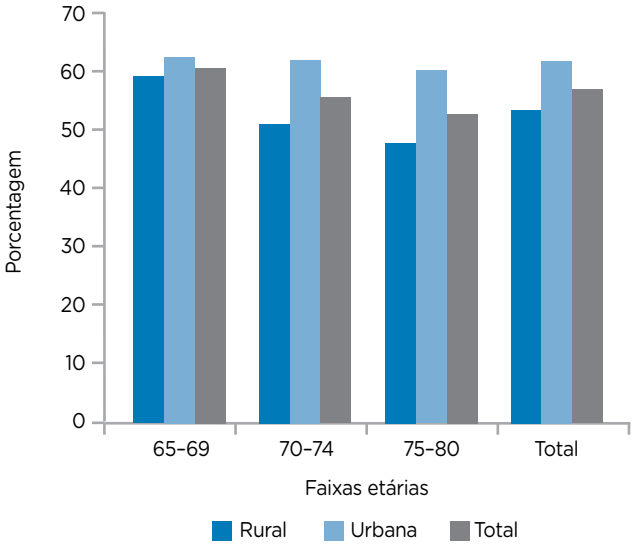
Fonte: Organização Mundial da Saúde. Plataforma de Informação em Saúde para as Américas. Indicadores-chave [Internet]; 2018. [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

desigualdades em saúde e são discutidas na Seção 6. A maior frequência de problemas de saúde (e mortalidade) em idosos tende a resultar em diferenças relativas mais baixas na saúde de acordo com fatores sociais do que quando mais jovens, mas com maiores diferenças absolutas. Quando havia dados disponíveis referentes a outros países, eles mostravam também diferenças claras na saúde de idosos em relação a sexo e etnia.

As desigualdades em porcentagens de idosos que mostram saúde boa ou muito boa também variam em relação à região geográfica. A Figura 2.17 mostra que idosos em áreas urbanas mostram saúde melhor do que aqueles em regiões rurais e que estas diferenças aumentam com a idade.

Figura 2.17.

Porcentagem de idosos que relataram saúde boa ou muito boa de acordo com a idade, residência rural/urbana, 2012



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Plataforma de Informação em Saúde para as Américas. Indicadores chave [Internet]; 2018. [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

2.4 TENDÊNCIAS DA EXPECTATIVA DE VIDA

O principal foco das discussões anteriores foram as informações e evidências atuais ou mais recentes disponíveis quanto às iniquidades em saúde entre países das Américas. Nesta subseção, algumas tendências são apresentadas. Isto é importante não apenas para fornecer um contexto histórico para os perfis, mas também, e mais importante, como indicador de futuras tendências.

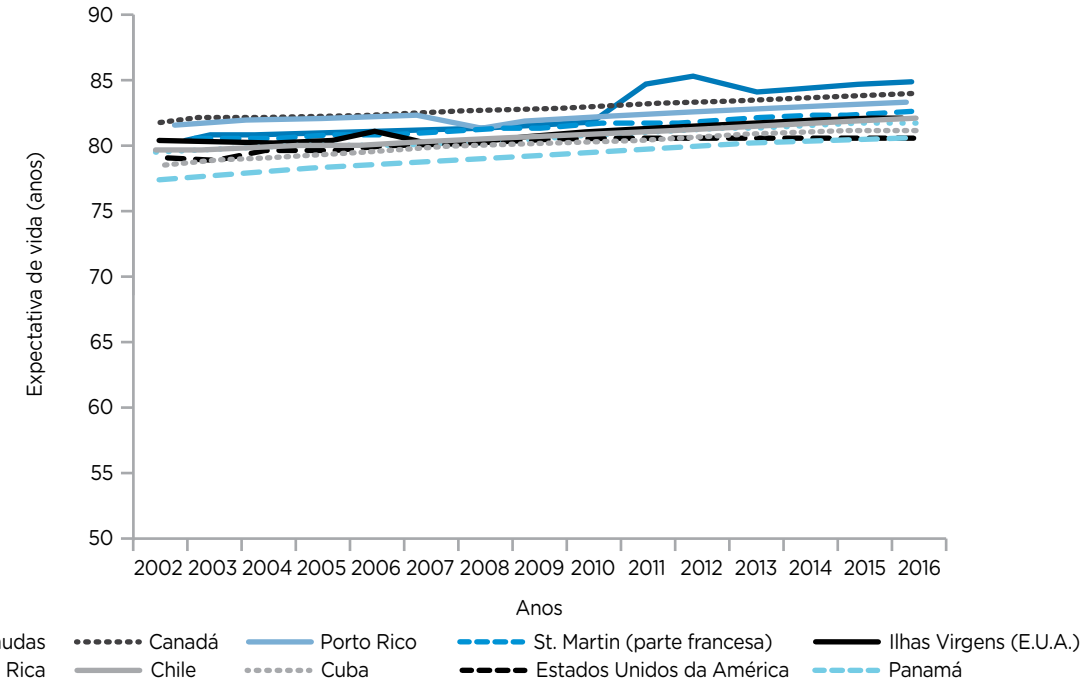
A expectativa de vida aumentou nas Américas, como também o fez em muitos lugares no resto do mundo. A Figura 2.18 ressalta a forma como essa tendência afeta cada país individualmente. Para simplificar, as quatro áreas destacam os 10 países que atualmente têm uma expectativa de vida mais alta e os que a têm mais baixa, em relação a cada sexo.

Para mulheres em países com alta expectativa de vida (Figura 2.18A), os valores diferem somente por volta de quatro anos, e a maioria dos países apresentou aumentos ainda que as taxas sejam um pouco diferentes. O Canadá, por exemplo, foi ultrapassado pelas Bahamas, onde a expectativa de vida aumentou de forma acentuada. Diferentemente nos Estados Unidos da América a expectativa de vida das mulheres estagnou por volta de 81 anos desde 2009 *(1)*. As diferenças entre os países com expectativa de vida mais baixa (Figura 2.18B) são consideráveis, mas os hiatos diminuem à medida que o crescimento acontece na maioria dos países, com os maiores deles sendo vistos naqueles países com os níveis mais baixos até então (Haiti e Estado Plurinacional da Bolívia). Entretanto, há pouca melhora na expectativa de vida das mulheres na Guiana *(1)*.

Entre os homens, as diferenças nos níveis e nas taxas de crescimento na expectativa de vida são similares às de mulheres nos países com as mais altas expectativas de vida (Figura 2.18C). O

Figura 2.18.
Expectativa de vida mais alta e mais baixa, por sexo, na Região das Américas, 2016, e mudanças ao longo do tempo, 2002–2016

(A) Os 10 países com expectativa de vida mais alta para mulheres em 2016



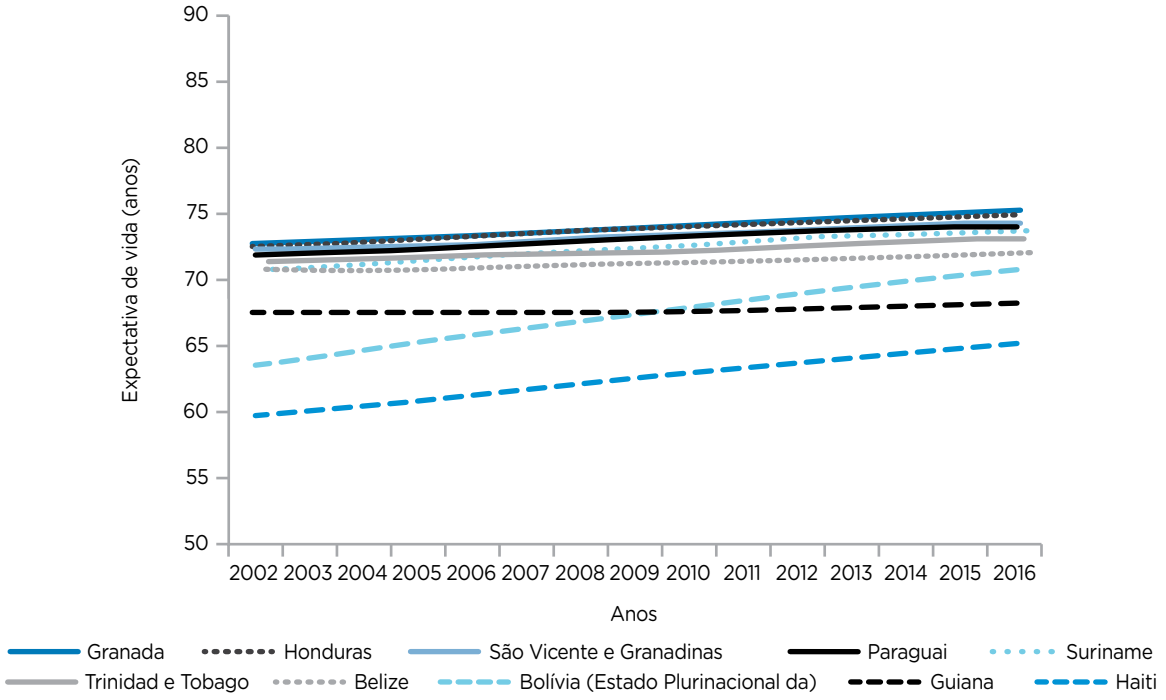
Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

(continúa en la página siguiente)

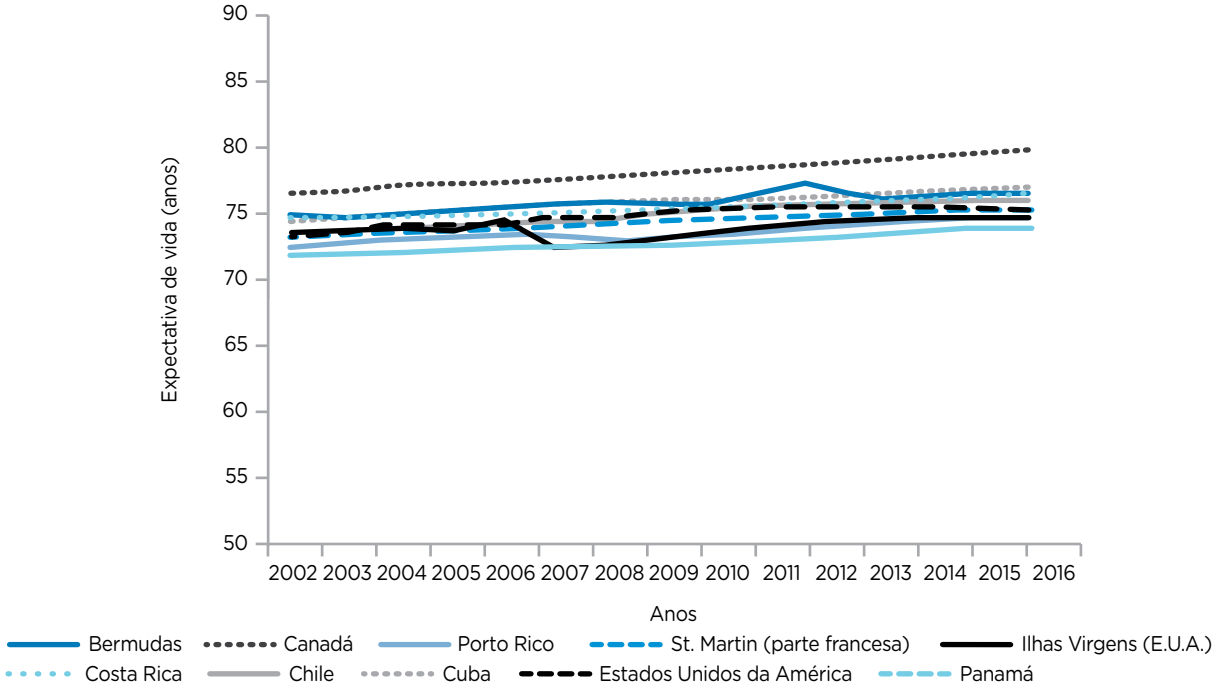
Figura 2.18. *(continuação)*

Expectativa de vida mais alta e mais baixa, por sexo, na Região das Américas, 2016, e mudanças ao longo do tempo, 2002–2016

(B) Os 10 países com expectativa de vida mais baixa para mulheres em 2016



(C) Os 10 países com expectativa de vida mais alta para homens em 2016



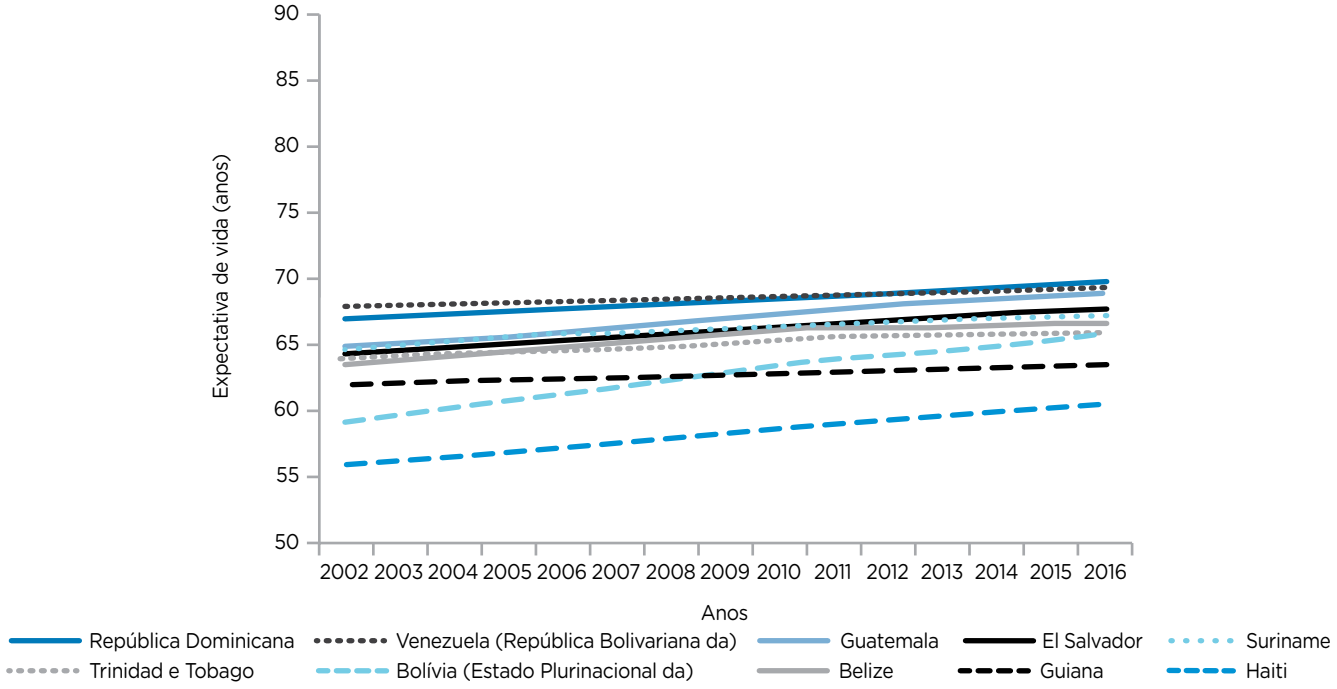
Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

(continúa en la página siguiente)

Figura 2.18. *(continuação)*

Expectativa de vida mais alta e mais baixa, por sexo, na Região das Américas, 2016, e mudanças ao longo do tempo, 2002–2016

(D) Os 10 países com expectativa de vida mais baixa para homens em 2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Canadá permanece sendo o país com expectativa de vida mais marcadamente acima dos outros. A expectativa de vida dos homens decresceu um pouco nos Estados Unidos da América desde 2014 *(1)*. Houve diferenças consideráveis entre as expectativas de vida dos homens nos países com níveis baixos para esse índice (Figura 2.18D), como é também o caso das mulheres, embora o Haiti tenha diminuído um pouco o histórico existente em relação ao resto da região em 2002. As melhorias na expectativa de vida de homens na Guiana, em Trinidad e Tobago e em Belize, entretanto, variaram pouco nos últimos anos.

As políticas que impactam estruturas étnicas e de sexo de uma população também mudam os resultados da saúde com o tempo. Tudo isto tem impacto sobre os fatores que causam iniquidades em saúde e sobre nossa medida e interpretação de diferenças nessa área.

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (OMS [2017])

Resoluções OPAS

Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018–2030 (CSP29/6, Rev. 3 [2017])
Saúde dos Imigrantes (CD55.R13 [2016])
Plano de Ação sobre Saúde Mental (CD53.R7 [2014])
Saúde, Segurança Humana e Bem-estar (CD50.R16 [2010])
Política sobre Etnia e Saúde (CSP29.R3 [2017])
Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação (CD53.R12 [2014])
Estratégia e Plano de Ação Para a Demência em Idosos (CD54.R11 [2015])

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 3. Assegurar vida saudável e promover o bem-estar de todos em qualquer idade.

3. FATORES ESTRUTURAIS: INIQUIDADES DE PODER, RIQUEZA E RECURSOS

As desigualdades de renda e condições sociais, as ameaças ao meio ambiente e a persistência de elites privilegiadas ligadas ao colonialismo estão relacionadas. Juntas, elas formam os fatores estruturais das desigualdades em saúde e devem ser enfrentados para que se cumpram os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) *(28)*. As formas de se exercer poder político, social, cultural e econômico se tornaram mais concentradas nas Américas *(29)*. Essa concentração e a deterioração da posição dessa região na economia global são também fatores de profundas desigualdades estruturais e de saúde. Em muitos países da região, forças econômicas nacionais e internacionais prejudicaram o crescimento econômico, a igualdade e a estabilidade. Algumas partes da região se encontram em crises econômicas e os mais pobres ficam com a pior parte — devido tanto a menos oportunidades de emprego e menores salários, quanto a cortes governamentais na proteção social.

Para desafiar essas inequidades e alcançar os ODS, de acordo com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), será necessário criar bens públicos globais, cooperação internacional, estratégias nacionais e políticas ambientais, industriais, sociais e macroeconômicas *(30)*.

RECOMENDAÇÃO 1.
ATINGIR EQUIDADE NAS ESTRUTURAS POLÍTICA, SOCIAL, CULTURAL E ECONÔMICA

As desigualdades dominam todas as Américas: desigualdades de renda e, mais importante, desigualdades no exercício de direitos e no desenvolvimento de capacidades — habilidades, conhecimentos e competências que permitem às pessoas ter uma vida à qual deem valor. O resultado é a desigualdade na saúde e no bem-estar.

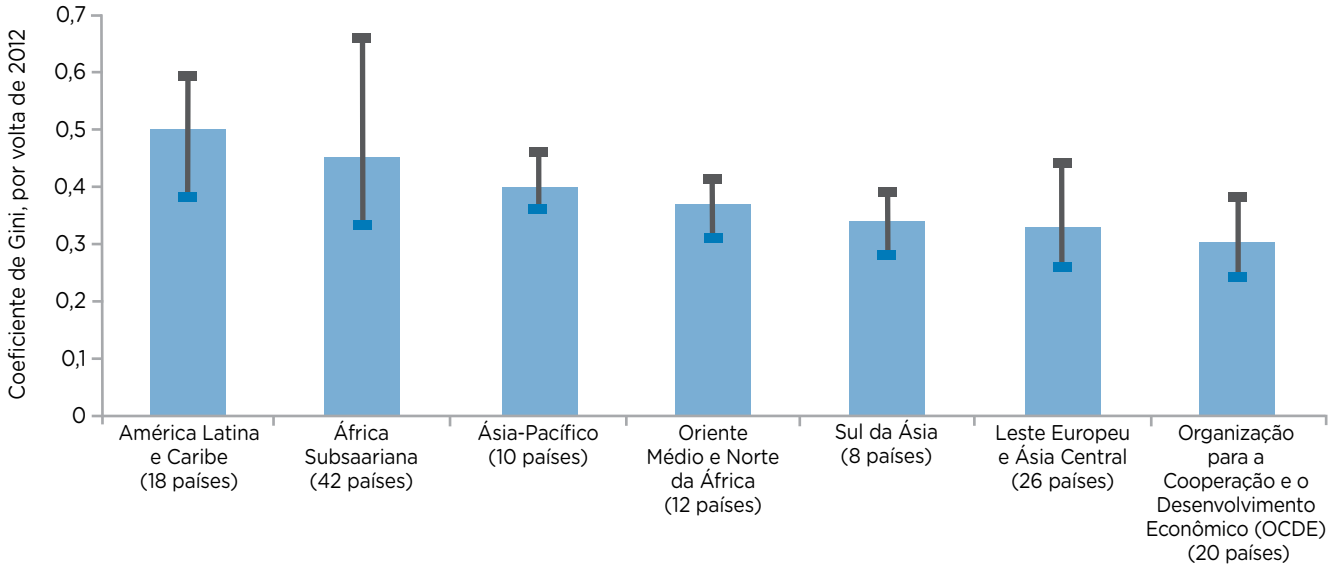
Esta seção tem como base três relatórios da CEPAL: Panorama Social da América Latina 2016; A Ineficiência da Desigualdade [2018] e Panorama Social da América Latina 2018 *(4, 28, 31)*.

A desigualdade nas oportunidades que surgem de desigualdades econômicas e sociais levam à transmissão intergeracional da desigualdade. O fato de a próxima geração provavelmente sofrer as desigualdades que afetam seus pais é uma injustiça social em sua forma extrema.

As desigualdades sociais e econômicas prejudicam a coesão social. A extrema desigualdade leva ao questionamento da legitimidade da sociedade. Uma sociedade que parece trabalhar em primeiro lugar para o interesse de poucos é inconsistente em relação à democracia. Os ricos podem questionar a razão pela qual devem pagar impostos para apoiar os pobres. As pessoas em desvantagem percebem a injustiça palpável das chances dadas aos poucos privilegiados, mas não ao resto. Além dos efeitos negativos sobre a saúde e as doenças,

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
1A. Implementar políticas fiscais progressivas para melhorar a equidade em saúde	• Identificar impactos na equidade a partir de políticas fiscais e adaptá-los a fim de promover a equidade em saúde • Fortalecer a cooperação internacional para barrar a exploração de paraísos fiscais • Reforçar a rede de segurança financeira da região
1B. Assegurar um grande espaço público e reforçar o papel do Estado no fornecimento de serviços	• Desenvolver visões para aumentar o empoderamento político com base na agenda de Horizontes 2030 da CEPAL para a equidade e nas recomendações da Comissão de Oslo (*33*) • Desafiar o entendimento de que os mercados são as formas mais eficientes de fornecer serviços públicos • Reforçar o papel do Estado na regulamentação de serviços públicos
1C. Tratar de forma urgente a corrupção e reduzir sua ameaça à equidade em saúde	• Implementar recomendações de Transparência Internacional a fim de reduzir a corrupção (*34*) • Fortalecer as instituições envolvidas na detecção, investigação e processo de crimes relacionados à corrupção • Desencorajar a imunidade política para casos relacionados à corrupção • Fortalecer as capacidades de investigação da polícia, reforçar as medidas disciplinares internas e estabelecer mecanismos de responsabilidade permanentes para a polícia • Criar canais de denúncia anônimos e acessíveis que realmente protejam contra todas as formas de retaliação

Figura 3.1.
Desigualdades de renda, medidas pelo coeficiente de Gini, nas regiões globais e nos países da OCDE, por volta de 2012



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The inefficiency of inequality. Santiago: CEPAL; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/43567-inefficiency-inequality-summary-bu-ping-deng-jiu-shi-di-xiao-lu-zhai-yao

podem ocorrer maiores riscos de crimes, violência e instabilidade civil.

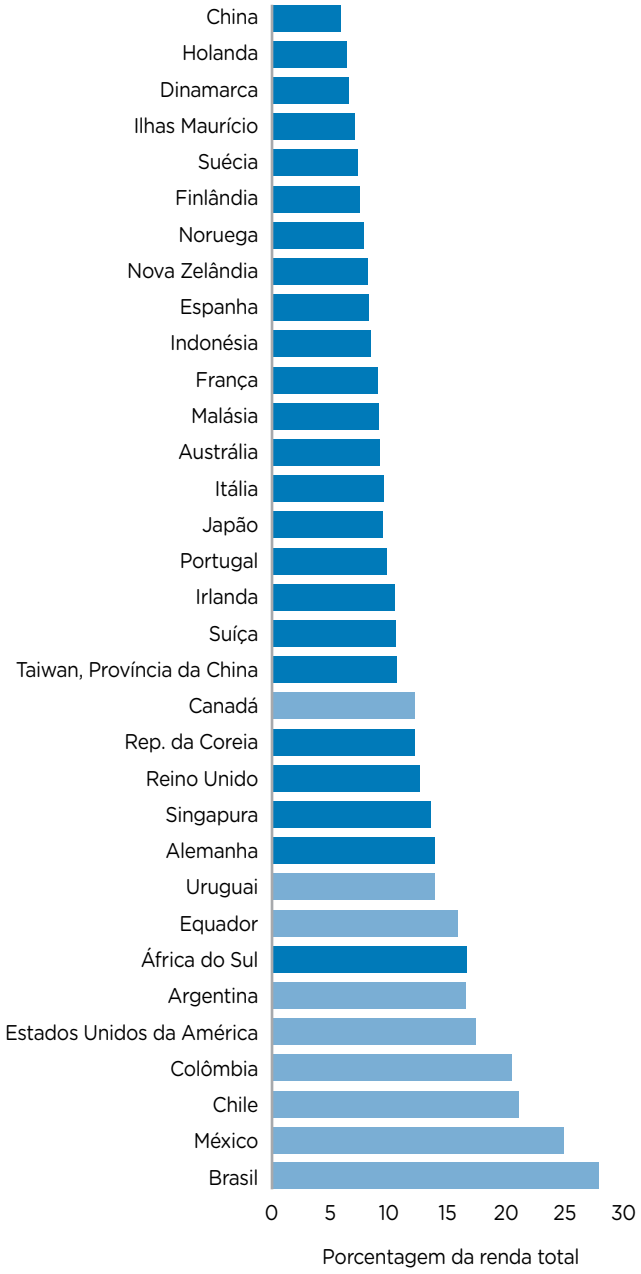
Uma forma de enxergar a magnitude da desigualdade nas Américas é comparar os coeficientes de Gini, uma medida comumente usada, de desigualdade de renda, entre diferentes regiões. O coeficiente de Gini varia de 0 a 1 (algumas vezes, como na Figura 3.6, apresenta-se de 0 a 100). Uma pontuação alta implica desigualdade alta. A Figura 3.1 mostra que por volta de 2012, a América Latina e o Caribe tinham desigualdades de renda maiores do que as outras cinco regiões mostradas e mais do que o dobro da média dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) *(32)*. Os Estados Unidos da América e o Canadá se mostram de outra forma na Figura 3.2.

Uma maneira diferente de enxergar a desigualdade de renda é examinar quanto da renda total vai para apenas 1 por cento dos mais ricos. A Figura 3.2 centra-se nos países de renda alta e média-alta no mundo. Dos nove países mais desiguais, um deles são Estados Unidos da América e sete ficam na América Latina. O único país fora da América é a África do Sul.

Tanto a pobreza quando a desvantagem relativa são centrais para o efeito nocivo à saúde da desigualdade. Ressaltamos neste relatório que as populações indígena e afrodescendente nas Américas estão sujeitas a múltiplas desvantagens que impõem problemas à sua saúde. Entretanto, em todos os grupos populacionais verificam-se gradientes sociais de saúde. Quando as pessoas são classificadas por seus níveis de escolarização, renda, riqueza ou pelo nível na hierarquia social ocupada pela região onde moram, quanto mais alta a posição socioeconômica, melhor sua saúde. Este gradiente social se encontra em toda a sociedade. Lidar com ele implica não somente a redução da pobreza, mas também a redução da desvantagem relativa através da melhoria da sociedade como um todo. Esta melhoria envolverá ações nos fatores estruturais. Também envolverá políticas e programas sociais que se centrem na redução dos efeitos daninhos das desigualdades de poder, riqueza e recursos.

A fim de lidar com o gradiente social na saúde, a análise das desigualdades em saúde na Inglaterra, Fair Society, Healthy Lives (2010), cunharam o conceito de "universalismo proporcional". O objetivo era oferecer serviços universais e aplicar esforços e recursos proporcionais à suas

Figura 3.2.
Parte da renda que aufere apenas 1 por cento da população mais rica em alguns países, por volta de 2014



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The inefficiency of inequality. Santiago: CEPAL; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/43567-inefficiency-inequality-summary-bu-ping-deng-jiu-shi-di-xiao-lu-zhai-yao

necessidades *(9)*. Neste relatório, reforçamos a importância de atender as necessidades da população indígena nas Américas. Isto será feito parcialmente através do universalismo proporcional, tratando o baixo investimento e a negligência nos serviços oferecidos a esta população. Todavia, também é necessário reconhecer questões físicas, emocionais, espirituais e cognitivas de todas as pessoas na região.

1A. IMPLEMENTAR POLÍTICAS FISCAIS PROGRESSIVAS PARA MELHORAR A EQUIDADE EM SAÚDE

As políticas fiscais progressivas são criticamente importantes para melhorar a equidade em saúde. As políticas monetárias, os gastos com proteção social e os sistemas tributários deveriam ter como objetivo a redistribuição igualitária, projetada de forma progressiva a fim de melhorar o padrão de vida das comunidades e populações que enfrentam mais riscos com resultados baixos, assim como fornecer a elas serviços básicos.

Em muitas áreas de política fiscal, não é isso que ocorre. Por exemplo, políticas de pensão podem ser retrógradas quando os subsídios governamentais para pensões somente estão disponíveis para pessoas com emprego formal, excluindo desempregados e pessoas com empregos informais. Em muitos países, os sistemas tributários e de benefícios são retrógrados: os mais ricos pagam menos em impostos em relação a sua renda do que os pobres.

IMPACTOS DE POLÍTICAS FISCAIS NA EQUIDADE

A fim de reduzir as desigualdades na saúde, devem ser envidados esforços para reduzir as desigualdades, pelas razões estabelecidas na introdução desta seção, e para reduzir a pobreza. Há debates significativos em escala global sobre os relativos méritos de políticas dirigidas a um público, em oposição à política universalista, a fim de reduzir a desigualdade e a pobreza. As políticas dirigidas têm o mérito óbvio de direcionar o apoio à renda e os serviços àqueles que mais precisam deles. Nas Américas, os programas de transferência condicionada de renda condicional (CCT) mostraram ser eficientes na melhora da saúde e no encorajamento de jovens para que permaneçam na escola. São descritos na Seção 4.

Há, entretanto, falhas importantes nesta perspectiva. Primeiro, a evidência citada por nós mostra que a saúde segue um gradiente social: as pessoas em posições mais baixas têm uma saúde melhor do que as piores que elas do ponto de vista financeiro ou social, mas são menos saudáveis do que aquelas que se encontram acima delas na hierarquia social. As políticas dirigidas, por sua própria natureza, se concentram somente nos mais necessitados.

Em segundo lugar, elas podem implicar serviços especiais para pessoas pobres. Um Sistema de saúde focado nesta faixa social será também um Sistema de saúde pobre; um Sistema educacional assim idealizado será também um Sistema educacional pobre. Se há um conjunto de serviços para grande parte da sociedade e outro separado para as pessoas socialmente desfavorecidas, os contribuintes podem se tornar intolerantes em relação a tais serviços e relutar em endossar investimentos neles — o que é uma expressão profunda de uma falta de coesão social advinda da desigualdade. Este argumento a favor do universalismo se estende ao outro extremo da escala também. Se os ricos fazem seus próprios acordos em relação à atenção à saúde e à educação, isto pode enfraquecer seu compromisso com o fato de seus impostos serem usados para o fornecimento de serviços públicos à maioria da população.

Em terceiro lugar e relacionado ao anterior, há custos sociais e administrativos envolvidos na identificação e classificação das pessoas como pobres. Para elas, se impõe um real perigo de demonização e exclusão social.

Pesquisas concluem que a proteção social universalista apresenta mais resultados na diminuição da pobreza do que aumento do BIP e políticas dirigidas *(4)*.

Já vimos nas Figuras 3.1 e 3.2 acima que os países dessa região são marcados por grandes

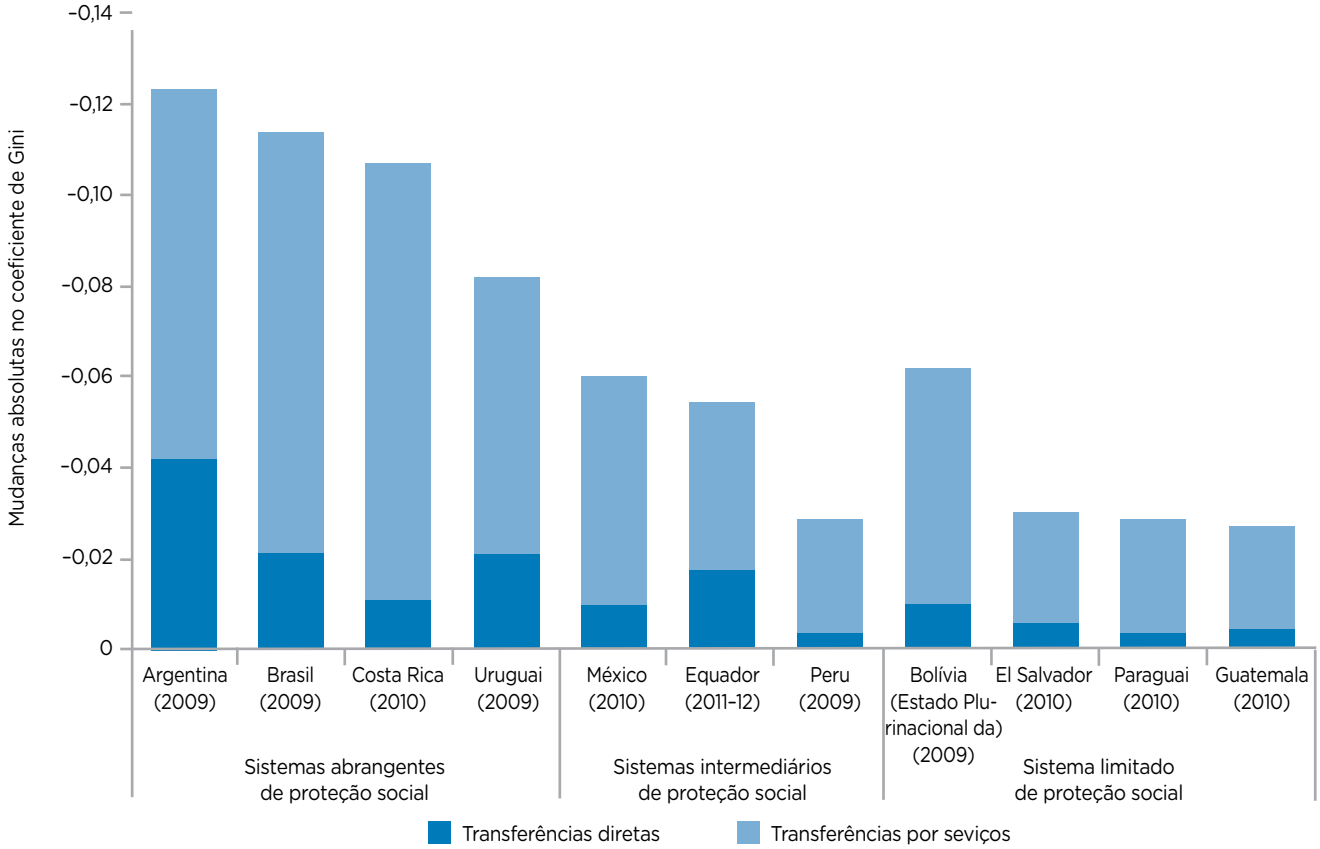
desigualdades de renda. Progrediu-se na redução da desigualdade de renda na América Latina entre 2008 e 2015, embora a uma taxa mais rápida durante a primeira parte de tal período. Igualmente relevante para a redução da pobreza, esta redução na desigualdade de renda foi, em um primeiro momento, associada a um aumento na renda dos 20 por cento mais pobres *(35)*.

A Figura 3.3 se concentra no sucesso na redução da desigualdade de renda na América Latina através do uso de transferências diretas, como CCTs e transferências por serviços, particularmente nos gastos públicos com educação e atenção à saúde. Os países latino-americanos puderam ser divididos em três grupos — sistemas de proteção social abrangentes, intermediários e limitados — com base em três dimensões de sistemas de proteção social: universalidade, solidariedade e investimentos *(35)*.

A redução da desigualdade de renda, conforme medida através da redução no coeficiente de Gini, foi maior nos países caracterizados por sistemas de proteção social abrangentes. Sem embargo, nos três grupos, as transferências por serviços tiveram maiores efeitos sobre a desigualdade de renda do que o fizeram as transferências diretas.

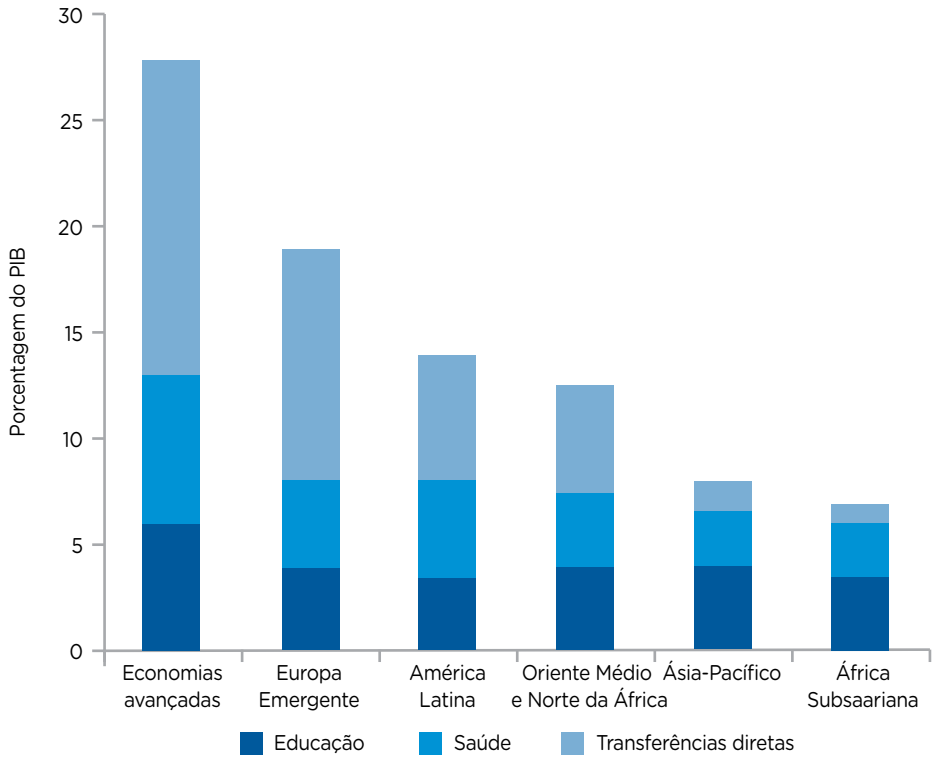
Por trás dos resultados mostrados na Figura 3.4 está o fato de que transferências de dinheiro diretas são eficientes na redução da pobreza, mas são direcionadas a pequenas partes da população. Nos países com sistemas de proteção social expressivos, os gastos sociais são feitos mais em transferência por serviços e mais pessoas se beneficiam, levando a maiores reduções da desigualdade. Estas conclusões podem apontar para uma razão da persistente alta desigualdade nas Américas. Conforme mostrado na Figura 3.4, gastos públicos no setor social são maiores enquanto porcentagem do PIB em economias avançadas e economias emergentes na Europa do que na América Latina. Os gastos públicos no setor social no Canadá e nos Estados Unidos da América são maiores do que na

Figura 3.3.
Efeitos redistributivos de gasto social direto em transferências por serviços em alguns países da América Latina, vários anos, 2009–2012



Fonte: Ocampo JA, Gómez-Arteaga N. Social protection systems, redistribution and growth in Latin America. CEPAL Rev. 2017;122:7-30.

Figura 3.4.
Gasto público social como porcentagem do PIB em algumas regiões, 2013



Fonte: Ocampo JA, Gómez-Arteaga N. Social protection systems, redistribution and growth in Latin America. CEPAL Rev. 2017;122:7–30.

América Latina e no Caribe, mas é menor do que na Europa, tendo os Estados Unidos da América maiores níveis do que o Canadá, como discutido na recomendação 7 *(29, 32)*.

Uma implicação clara disto é o fato de a América Latina poder avançar na redução da desigualdade através do aumento do gasto público em benefícios através de serviços, atenção à saúde, educação e proteção social. Tais despesas podem ser importantes para o avanço da equidade em saúde, além de efeitos mais diretos sobre a redução a iniquidade.

A Figura 3.5 mostra o PIB per capita e a receita tributária como uma porcentagem do PIB. Quase todos os países da América Latina estão abaixo da média.

Conforme é possível ver na Figura 3.6, em alguns países da América Latina há um efeito de redistribuição dos impostos limitada ou nula em comparação com os países da Europa incluídos na Figura.

Alcançar a redução da pobreza se relaciona à redução da desigualdade. A Figura 3.7 mostra que o sucesso na redução da pobreza — particularmente da pobreza extrema — no início dos anos 2000 ficou estagnado ou mesmo retrocedeu desde então *(30)*.

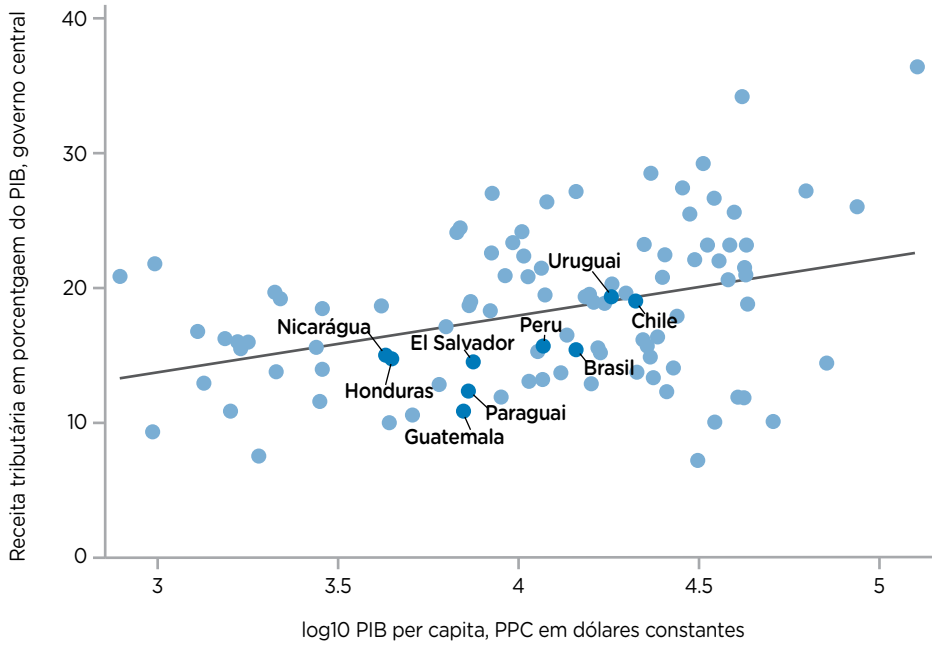
Uma forma de reduzir a pobreza absoluta é fazer com que toda a curva da renda suba através do crescimento econômico. Uma forma diferente e mais efetiva de fazê-lo é através de programas e gastos sociais, conforme se mostra na Figura 3.8. O Índice de Proteção Social é a medida deste gasto. Quando ele aumenta quanto á proteção social, mostra-se uma relação mais forte com a redução da pobreza do que o crescimento da economia medido pelo PIB.

Um argumento contrário ao gasto social sob a perspectiva universalista é o fato de os países não poderem realizá-lo. Ocampo e Gomez-Arteaga *(35)* abordam a questão:

> Embora os sistemas de proteção social ao redor do mundo tenham alcançado grandes reduções da pobreza e desigualdade... restam dúvidas quanto a estes resultados

Figura 3.5.

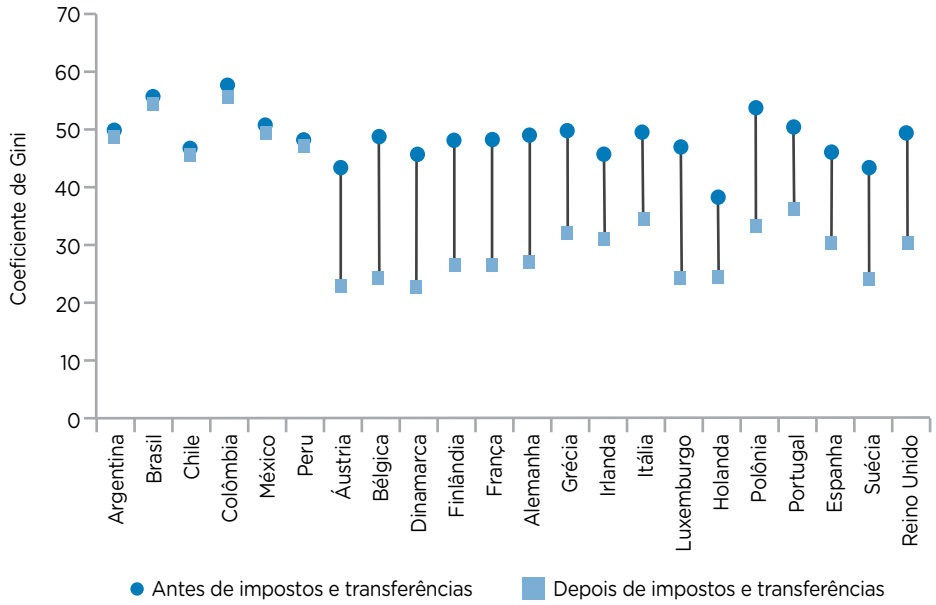
PIB per capita e receita tributária em porcentagem do PIB, 2012, com países da América Latina em destaque e indicados em comparação com a tendência de todos os países (pontos azuis-claros)



Fonte: Mahon JE, Bergman M, Arnson C, editores. Progressive tax reform and equality in Latin America. Washington, D.C.: Woodrow Wilson International Center for Scholars; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.wilsoncenter.org/publication/progressive-tax-reform-and-equality-latin-america-no-35

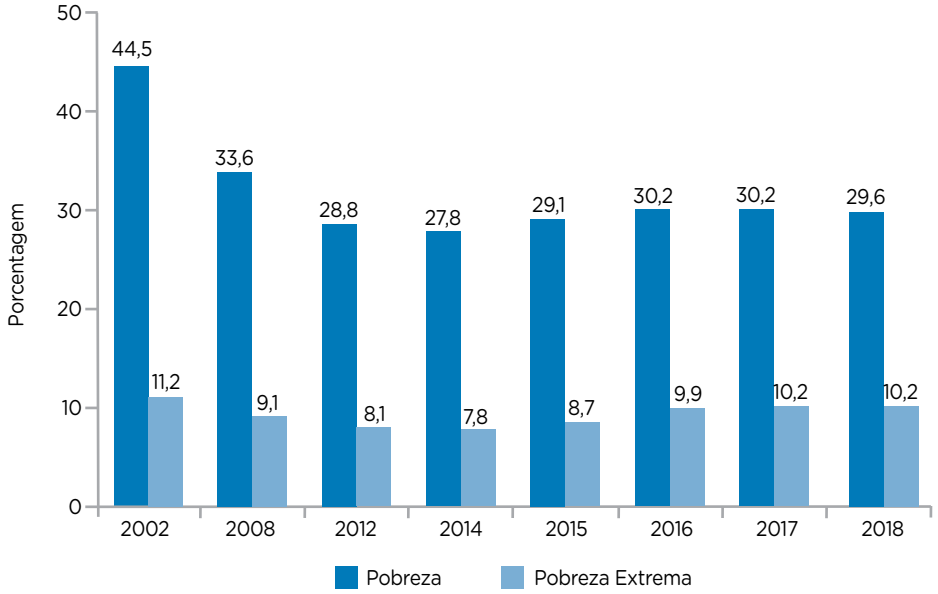
Figura 3.6.

Coeficiente de Gini antes e depois de impostos e transferências em alguns países, 2012



Fonte: Mahon JE, Bergman M, Arnson C, editores; Progressive tax reform and equality in Latin America. Washington, D.C.: Woodrow Wilson International Center for Scholars; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.wilsoncenter.org/publication/progressive-tax-reform-and-equality-latin-america-no-35

Figura 3.7.
Taxas de pobreza e pobreza extrema na América Latina, 2002–2018



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The inefficiency of inequality. Santiago: CEPAL; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/43567-inefficiency-inequality-summary-bu-ping-deng-jiu-shi-di-xiao-lu-zhai-yao

Nota: A pobreza é calculada pela CEPAL usando pesquisas nacionais de gasto, ajustada pela inflação e condições nacionais.

serem atingidos através custos de oportunidades mais altos em termos de crescimento econômico.

Comumente assume-se a existência de uma compensação entre o crescimento e a redistribuição à população. Entretanto, tal compensação é um mito. De forma abrangente, pode-se dizer que há três grandes mitos sobre a relação entre a proteção social e o desempenho econômico, a saber:

(i) Há uma compensação entre o gasto social (redistribuição) e o crescimento econômico;

(ii) O crescimento econômico automaticamente reduzirá a pobreza (mito do gotejamento).

(iii) Através da experiência recente da América Latina, é possível refutar esses mitos.

Primeiro, os sistemas de proteção social nesta região são altamente heterogêneos, mesmo ao levar em conta as diferenças do PIB per capita. Segundo, não há evidências claras de que os países que aumentaram seus sistemas de proteção social tenham crescido menos. Terceiro, há uma forte correlação entre o crescimento do Índice de Proteção Social e a redução da pobreza do que entre o crescimento e a redução da pobreza.

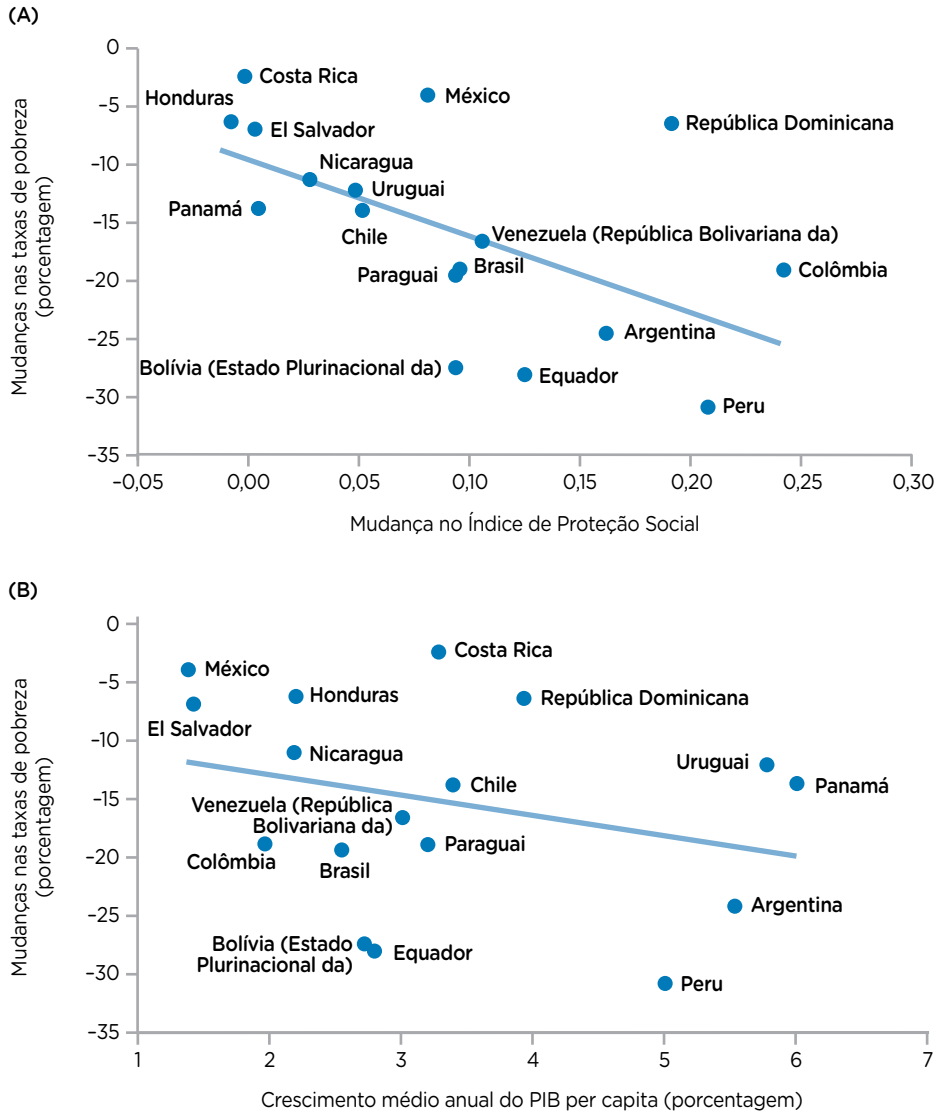
Os países das América podem arcar com maiores gastos sociais a fim de reduzir as desigualdades sem prospectos nefastos para seu crescimento econômico. Contudo, o relatório de 2018 da CEPAL intitulado "The Inefficiency of Inequality" vai além desta questão *(28)*. A CEPAL refuta o entendimento comum de que a desigualdade é um fator de inovação e crescimento econômico e argumenta que uma alta desigualdade ameaça a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os ODS. Endossamos os três pilares propostos pela CEPAL para ação:

- Uma macroeconomia para o desenvolvimento;
- Um estado de bem-estar com base nos direitos e ganhos de produtividade; e
- Descarbonização das estruturas de produção, cidades e fontes de energia.

Na América Latina e no Caribe, a desigualdade é associada à cultura do privilégio — uma cultura incompatível com a igualdade de direitos. É uma cultura que pode ser reconhecida no Canadá e

Figura 3.8.

Mudanças nas taxas de pobreza de acordo com (A) índices de proteção social e (B) crescimento anual do PIB per capita na América Latina (alguns países), 2002–2012



Fonte: Ocampo JA, Gómez-Arteaga N. Social protection systems, redistribution and growth in Latin America. CEPAL Rev. 2017;122:7–30.

nos Estados Unidos da América também. Parte dela vem das consequências do colonialismo (que serão abordadas na Seção 3) e é uma causa da sonegação de impostos, conforme descrito abaixo.

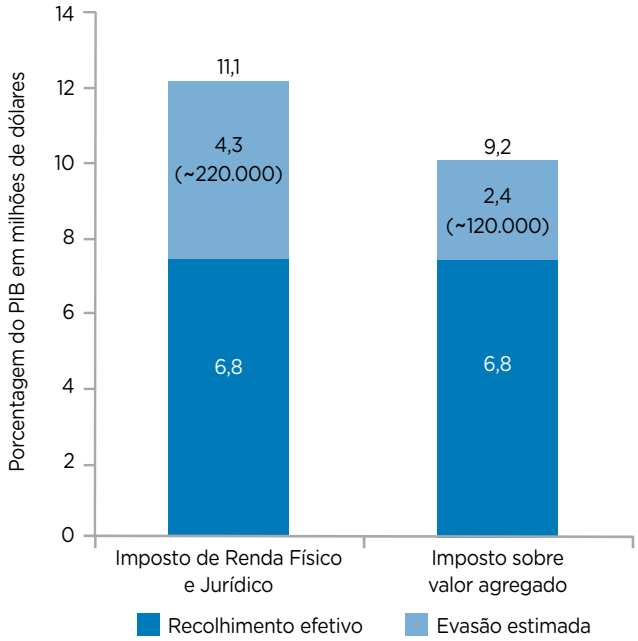
O argumento tem dois lados: a desigualdade atrapalha o crescimento econômico e este, por si só, é uma forma ineficiente de combate à desigualdade. Uma parte da razão para uma maior igualdade ser boa para o crescimento é que os investimentos no desenvolvimento de capacidades humanas — educação, bem-estar, saúde, garantia de direitos humanos — serão bons para a produtividade, que, por sua vez, será boa para o crescimento da economia. A transmissão da pobreza e da desigualdade para a próxima geração prejudicará a produtividade futura.

As sociedades com uma concentração de riqueza desproporcional tendem a vivenciar conflitos. Uma consequência da riqueza desequilibrada e dos conflitos é o aumento da emigração. Em um mundo globalizado, isto, por sua vez, leva a questões significativas tanto para os países de origem quanto para os países que recebem estas pessoas, assim como, é claro, para sua saúde e bem-estar.

LIDANDO COM A SONEGAÇÃO DE IMPOSTOS

A sonegação de impostos é muito praticada nas Américas. A CEPAL relaciona a sonegação nesta região com a cultura do privilégio — através da qual as pessoas que contam com vantagens sociais julgam que os impostos não são feitos para elas *(28)*. As altas taxas neste quesito são uma das razões da relativa escassez de receita tributária e do alto nível de desigualdade na região. De acordo com a CEPAL, a taxa média de sonegação de imposto sobre valor agregado (IVA) é de 28 por cento. O Uruguai tem a taxa de sonegação mais baixa na região. Em seguida, vem um grupo de países com taxas próximas ou maiores do que 20 por cento, sem alcançar 30 por cento (vários países na América do Sul e o México). Segue-se então outro grupo com taxas de sonegação maiores do que 30 por cento (os países na América Central, além do Equador e do Paraguai). As estimativas para a sonegação de imposto de renda são ainda maiores: a média da região é calculada em quase 50 por cento. No topo estão a Costa Rica, a República Dominicana, o Equador e a Guatemala, com taxas de aproximadamente 65 por cento. No outro extremo, encontram-se Brasil, Chile e México, com valores muito mais baixos, mas significantes, que vão de 28 a 31 por cento. A Figura 3.9 mostra que bilhões de dólares são perdidos desta forma.

Figura 3.9.
Recolhimento tributário e evasão estimada de imposto em 15 países na América Latina, 2015



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The inefficiency of inequality. Santiago: CEPAL; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/43567-inefficiency-inequality-summary-bu-ping-deng-jiu-shi-di-xiao-lu-zhai-yao

O Senado dos Estados Unidos da América estima que o prejuízo na receita causados por sonegação de impostos por parte de pessoa físicas e jurídicas no país chegam a US$ 100 bilhões em um ano *(36)*. Lidar com este problema requer muitas das ações específicas listadas na Recomendação 1C para combater a corrupção. De forma mais geral, um compromisso em desenvolver sociedades caracterizadas por um compromisso com a equidade e a justiça social e com o tratamento da cultura do privilégio será um importante passo para a justiça tributária.

Exemplos de reformas tributárias progressivas na América Latina

Os exemplos de reformas tributárias progressivas a seguir foram selecionados tendo-se em conta seu objetivo de mudar a carga tributária dos mais pobres para os mais ricos, principalmente através do aumento da receita com o aumento de impostos sobre propriedades e para pessoas que apresentavam rendimentos pessoais altos. Contudo, devido às dificuldades com relação à obtenção de dados e monitoramento da América Latina, impõem-se desafios no cálculo preciso da incidência tributária.

Reforma tributária progressiva no Chile em 2015

Em 2009, antes da reforma tributária da presidente Michelle Bachelet no Chile, o 1 por cento com maiores rendimentos recebia 22 por cento da renda nacional e pagava menos de 16 por cento de imposto de renda.[1] Assim, o Chile realizou reformas tributárias extensivas a fim de aumentar sua coleta de impostos em 3 por cento do PIB. O governo também objetivou a eliminação de mecanismos que permitissem a sonegação de impostos, o que, por sua vez, resultaria em aproximadamente 3 por cento mais de gastos com a educação.

Em 2009, antes da reforma tributária, o índice de Gini do Chile (estimativa do Banco Mundial) era de 49. Declinou, então, para 47,3 em 2013 e 47,7 em 2015.[2] A proporção da renda detida pelos 10 por cento mais ricos no Chile era de 39,7 em 2009 antes da reforma tributária, de 38,4 em 2013 e de 38 em 2015.

Reforma tributária no Uruguai em 2006

Em 2006, o Uruguai reequilibrou a contribuição de impostos diretos e indiretos sem diminuir a renda total. A reforma tributou o trabalho e o capital de forma mais consistente do que o sistema tributário anterior.[1] A reforma obteve sucesso apesar da resistência da classe alta. O compromisso com a igualdade tributária era importante para ganhar apoio e diminuir a resistência. O fornecimento de informações a todos os contribuintes sobre os benefícios e os deveres da reforma foi considerado uma das razões do sucesso na superação do entrave. A reforma tratou questões de equidade horizontal aceitas porque os contribuintes sabiam os resultados esperados com ela.

O governo declarou que a reforma permitiria uma discussão transparente dos princípios gerais de tributação, forçando as pessoas que esperavam tratamento especial a se justificar publicamente. Não foi o suficiente para eliminar de forma completa toda a pressão, mas os grupos resistentes de alguma forma foram enfraquecidos pelo princípio de transparência estabelecido pelo governo e pela criação de um monitoramento paralelo da negociação de incentivos fiscais. Em 2014, uma avaliação das reformas mostrou que tinham aumentado a receita tributária e a equidade.[1]

Reforma fiscal na Colômbia em 2012

O principal objetivo da reforma fiscal colombiana foi reequilibrar a carga tributária de forma horizontal (entre os diferentes tipos de atividade) e vertical (com relação aos diferentes níveis de rendimentos), a fim de promover o progresso e o emprego formal, que, por sua vez, deveriam levar a um crescimento econômico acelerado. Entre os principais fatores por trás da reforma de 2012 estavam a maioria do legislativo e sua habilidade em moldar a reforma em termos de neutralidade tributária e geração de emprego. O primeiro, e talvez mais importante, objetivo era reduzir as desigualdades geradas pelo sistema tributário. O segundo objetivo era gerar emprego e desencorajar o trabalho informal, o que deu à comunidade corporativa um lugar nas mudanças propostas. O terceiro objetivo era reduzir a sonegação de impostos.

Em 2014, debateu-se a necessidade da reforma fiscal, mas devido ao declínio da receita advinda do petróleo, o governo viu-se diante de um desequilíbrio fiscal de aproximadamente 2,4 por cento do PIB.[1] Foi possível reduzir a oposição e até ganhar novo apoio entre trabalhadores e seus representantes no Congresso através da ênfase dada à neutralidade tributária da reforma e à geração de emprego.[1] O governo ajustou a reforma a fim de que se incorporassem os pontos de vista discordantes enquanto se mantinha a coerência geral da proposta, com ênfase na neutralidade, dessa forma assegurando uma maioria no Congresso por trás da iniciativa do presente.[1]

Fontes: [1] Mahon JE, Bergman M, Arnson C, editores, Progressive tax reform and equality in Latin America. Washington, D.C.: Woodrow Wilson International Center for Scholars; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.wilsoncenter.org/publication/progressive-tax-reform-and-equality-latin-america-no-35
[2] Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de Desenvolvimento do Banco Mundial [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

1B. ASSEGURAR UM ESPAÇO PÚBLICO CRESCENTE E REFORÇAR O PAPEL DO ESTADO NA PROVISÃO DE SERVIÇOS

A forma segundo a qual os mercados operam, o papel do setor público e as desigualdades econômicas são fatores estruturais de iniquidades nas condições de vida diária, em sua maioria produzidos ou modificados pelas escolhas políticas.

A crise financeira mundial de 2007/2008 e seu desenrolar expuseram os limites de mercados sem regulamentação. Um movimento a um fundamentalismo comercial escondeu a importância do setor público e fomentou a crescente desigualdade econômica *(7)*.

As evidências reunidas para a Comissão sobre Equidade da OPAS apontam para a importância de uma esfera pública vibrante e forte. Um setor privado de sucesso é o complemento de investimentos no bem público.

A predominância de um Mercado que pensa no desenvolvimento levou à consideração do estado de bem-estar social como a chave. No último período do século 20, o Consenso de Washington dominou, com sua ideia quanto a um Estado mínimo, e houve uma predominância de mecanismos de mercado na provisão de

Há uma forte interdependência entre tributação, provisão de bens públicos, solidariedade social e sustentabilidade. Uma rede fiscal robusta combinada com a provisão de bens e serviços públicos de qualidade promove e facilita um aumento no uso do transporte público, de educação de qualidade e serviços de saúde pública, assim como uma união da sociedade como um todo nos espaços públicos compartilhados. Isto melhora a coesão social, a solidariedade e o reconhecimento mútuo através de uma maior compreensão de pertencimento a ela, além de prevenir (ou reverter) a segregação especial, o uso de serviços particulares ou exclusivos pela classe privilegiada e a fragmentação e estratificação da sociedade, caracterizada por grandes desigualdades na qualidade e prontidão dos serviços. Igualmente, o uso massivo da infraestrutura e transporte público tem impactos positivos sobre o meio ambiente e torna mais fácil a transformação da matriz energética. As evidências coletadas em países escandinavos, por exemplo, apontam para boas relações entre tributação, estado de bem-estar social, provisão de bens e serviços públicos de qualidade e coesão social com o uso universal destes bens e serviços. Além disso, estas sociedades impulsionam uma democracia de alta qualidade, com maior sustentabilidade, uma melhor matriz energética e níveis bastante baixos de violência e falta de segurança em comparação com a América Latina e o Caribe.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. A ineficiência da desigualdade. Santiago: CEPAL; 2018.

© iStock

Sem-teto descansa em frente a banco que oferece crédito imobiliário, Great Barrington, Estados Unidos da América

serviços, remoção de subsídios e um Estado residual com políticas sociais nestas poucas áreas em que se considerava que os mercados eram inapropriados. O impulso da perspectiva que enfatizamos aqui reconhece que esta visão de mercado tendeu a ser associada com maiores taxas de desigualdade e degradação do espaço público, em detrimento da saúde e do bem-estar da população.

Há uma conexão próxima entre os problemas da desigualdade e baixos investimentos em bens públicos: educação, proteção ambiental, segurança, atenção à saúde, bem como determinantes sociais da saúde. Amplas evidências sugerem que os mercados não são a melhor forma de prover bens públicos.

A insuficiência de investimentos em bens públicos dificulta a redução da desigualdade. Ela torna mais difícil do ponto de vista político investir em bens públicos, que beneficiam a todos, embora os benefícios da educação e da proteção social sejam maiores nas classes mais baixas, enquanto os custos são arcados, em grande medida, por aqueles com maiores rendas tributáveis — o que faz existir o desafio político. A CNDSS se ocupou das desigualdades de poder, riqueza e recursos *(37)*. Ao relacionar-se com privilégios intrínsecos, elas impõem grandes dificuldades na forma de alcançar um tipo de sociedade igual em direitos, desenvolvimento das capacidades humanas e saúde. Entretanto, tal sociedade é uma meta pela qual se deve lutar, e a democracia e a equidade são passos fundamentais para alcançá-la.

O economista Paul Krugman, ao refletir sobre os Estados Unidos da América, chama a atenção para uma economia mista. No contexto de uma economia com base em mercados, propriedade privada e capitalismo, nota-se que a educação e a atenção à saúde são mais bem providas no setor público do que no particular. Os serviços são particulares, mas também são altamente regulamentados e poderiam estar bem prontamente no setor público. O comércio atacadista e processos de fabricação provavelmente são melhores quando mantidos no setor privado. Isto posto, Krugman estima que

Boxe 3.1. Propostas políticas para implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

Esfera	Políticas
Criar bens públicos globais	i. Atingir maior correlação entre o peso dos países em desenvolvimento na economia mundial e sua representação e poder de decisão nas instituições financeiras mundiais. ii. Coordenar políticas fiscais com foco em investimentos ambientais para dar um impulso expansionista à economia mundial e apoiar a geração de emprego. iii. Coordenar políticas financeiras e cambiais para reduzir desequilíbrios e volatilidades comerciais através da reestruturação da arquitetura financeira. iv. Fortalecer a coordenação internacional a fim de reduzir a sonegação e evasão fiscais. v. Criar fundos para financiar a adaptação e transferência de tecnologias ambientais. vi. Disseminar padrões ambientais e rótulos ecológicos para promover a comercialização de bens com baixa intensidade de carbono. vii. Ajustar as regras de investimento e comércio global a fim de torná-las mais compatíveis com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. viii. Participar de forma proativa de discussão sobre a Internet e governança de informações.
Fortalecimento da contribuição regional	i. Criar ou expandir redes de segurança financeira (por exemplo, o Fundo Latino-americano de Reserva, que é um sistema regional de bancos de desenvolvimento e compensação). ii. Aplicar padrões fiscais, sociais e ambientais a fim de evitar a competição predatória no comércio internacional e investimentos estrangeiros. iii. Criar um mercado comum digital. iv. Desenvolver cadeias de valor regionais para serviços e bens ambientais. v. Estabelecer um fundo regional para a aquisição e licenciamento de patentes. vi. Criar um fundo de resiliência e anulação de dívida para países no Caribe.

(continua na página seguinte)

talvez um terço da economia dos Estados Unidos da América pudesse ser pública *(38)*.

O espaço público tem um papel importante no cumprimento da perspectiva de três partes da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, notadamente a macroeconomia para o desenvolvimento, o bem-estar social baseado nos direitos e ganhos de produtividade e a descarbonização das estruturas de produção, cidades e fontes de energia (Boxe de texto 3.1).

Boxe 3.1 Propostas políticas para implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável *(continuação)*

Políticas e Estratégias Nacionais	i. Espaço fiscal e planejamento plurianual para proteger e promover o investimento público. ii. Arcar com uma prioridade igualitária de estabilidade financeira e nominal na política monetária. iii. Implementar uma política macroprudencial adequada na esfera externa, especialmente em momentos de liquidez abundante. iv. Cidades inteligentes: expandir o transporte público e os sistemas de integração social. v. Aumentar a proporção de energias limpas na matriz energética. vi. Desenvolver tecnologias limpas. vii. Criar centros de ciência para avaliar, implementar e monitorar contribuições nacionalmente determinadas presentes no Acordo de Paris. viii. Gradualmente retirar os subsídios de combustíveis fósseis. ix. Tributar setores e atividades com intenso uso de carbono. x. Incluir os custos ambientais nos custos de empréstimos bancários. xi. Alcançar proteção social universal. xii. Alcançar cobertura educacional e de saúde universal.

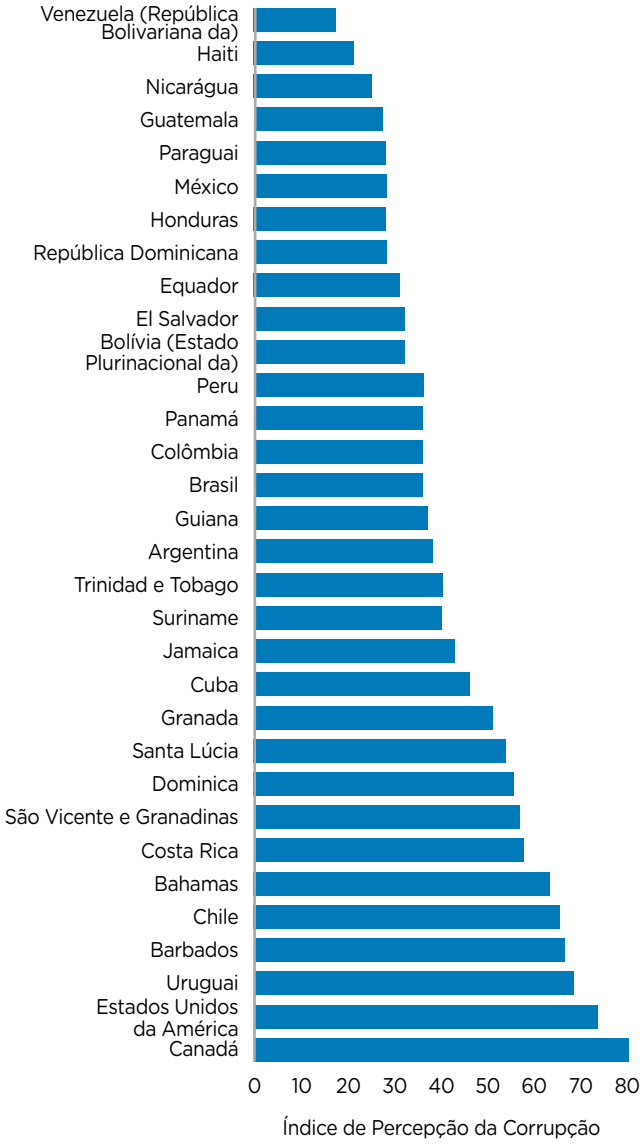
Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama Social da América Latina 2016. Santiago: CEPAL; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/41599-social-panorama-latin-america-2016

1C. COMBATER URGENTEMENTE A CORRUPÇÃO E REDUZIR SUA AMEAÇA À EQUIDADE EM SAÚDE

A corrupção segue sendo alta em muitas partes da América Latina e do Caribe.

A Figura 3.10 mostra o Índice de Percepção da Corrupção por país, criado por uma organização não governamental internacional (ONG), a Transparência Internacional, com base em entrevistas com os cidadãos dos países que participaram da pesquisa *(39)*. Uma nota 100 significa muito "limpo", enquanto 0 quer dizer altamente corrupto. Dentro da região há muita variação. A República Bolivariana da Venezuela é tida pelos entrevistados como um país com muita corrupção, assim como o Haiti e a Nicarágua. O Canadá é considerado o menos corrupto, seguido pelos Estados Unidos da América, o Uruguai, Barbados e Chile.

Figura 3.10.
Índice de Percepção da Corrupção em países nas Américas, 2017

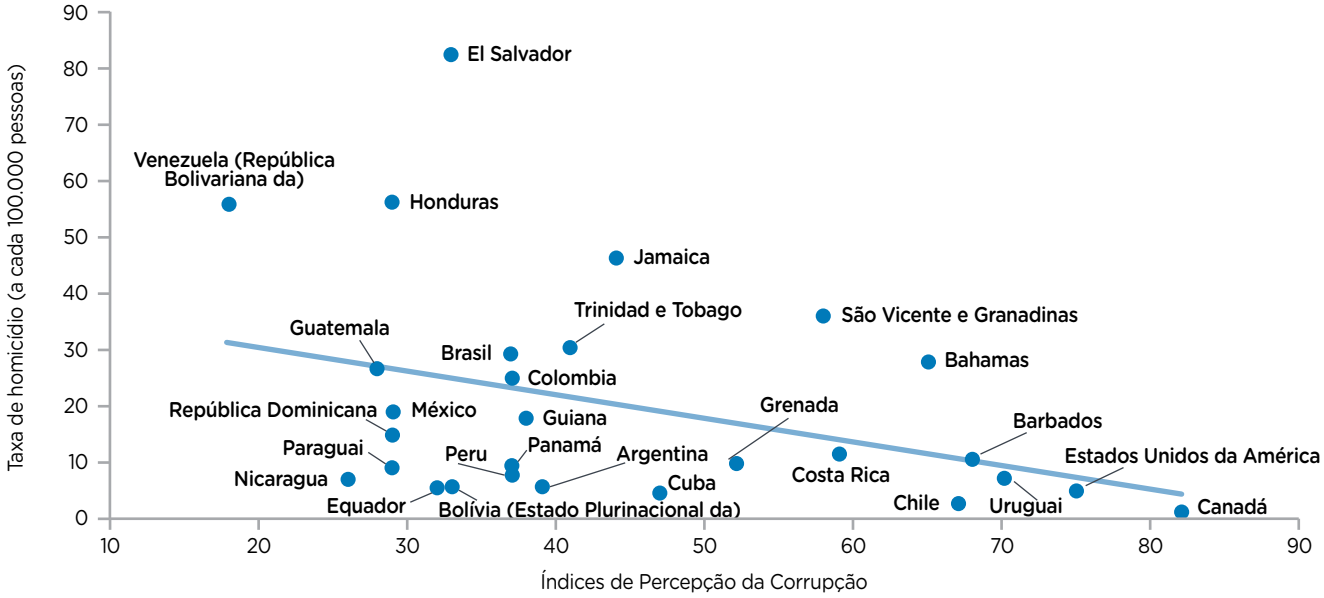


Fonte: Transparência Internacional. Índice de Percepção da Corrupção [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.transparency.org/research/cpi/overview

A corrupção não é apenas um fato da vida com o qual as pessoas tem de aprender a lidar. No mínimo, é um indicador de uma sociedade disfuncional e pode ser a causa deste problema. Como exemplo, a Figura 3.11 mostra que quanto maior a corrupção, maior a taxa de homicídios. Isto não quer necessariamente dizer que pessoas corruptas cometem suicídio, embora este possa ser o caso em sociedades com gangues, crime organizado e desconfiança da polícia e do exército. Uma alta taxa de homicídio tem grandes chances de ser um indicador de um baixo nível de coesão social, que, por si, já é prejudicada pela corrupção.

A Transparência Internacional relatou em resultados de pesquisas a percepção das pessoas quando a corrupção em toda a Região (Boxe 3.2) e fez recomendações para o que se pode fazer quanto a isso (Boxe 3.3).

Figura 3.11.
Taxas de homicídios e Índices de Percepção da Corrupção nas Américas, 2016



Fontes: [1] Transparência Internacional. Índice de Percepção da Corrupção [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.transparency.org/research/cpi/overview
[2] Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org
Nota: Um valor alto representa alta confiança, ou seja, baixa corrupção

Endossamos as recomendações da Transparência Internacional e as complementamos dizendo que as medidas que buscam reduzir a desigualdade e melhorar o espaço público têm grandes chances de contribuir para uma maior coesão social.

Este, por sua vez, pode ser um importante passo na redução da corrupção, o que é consistente com a perspectiva adotada pela OCDE no desenvolvimento de uma estratégia para a promoção da integridade pública *(40)*.

Boxe 3.2. O que a população da Região diz sobre a corrupção? Resultados da pesquisa de 2016

1. **A Corrupção cresce**
   A maioria das pessoas considera que o nível de corrupção cresceu nos últimos 12 meses. No Brasil, Peru, Chile e Venezuela (República Bolivariana da), três quartos ou mais dos entrevistados (78 a 87 por cento) disseram que a corrupção cresceu. Enquanto isso, na Argentina e na Guatemala somente duas a cada cinco pessoas (41 e 42 por cento) disseram o mesmo.

2. **A polícia e os políticos são os mais corruptos**
   Aproximadamente metade dos entrevistados disse que a maioria ou todos os policiais e políticos são corruptos (47 por cento em ambos os casos), o que é maior do que o índice de qualquer outra instituição citada na entrevista. As pessoas na República Bolivariana da Venezuela foram as que mais apontaram a polícia como corrupta (73 por cento) e os cidadãos do Paraguai foram os que mais apontaram seus representantes eleitos como altamente corruptos (69 por cento).

3. **O governo vai mal**
   Mais da metade das pessoas disse que o governo ia mal no combate à corrupção (53 por cento). Somente 35 por cento disseram que seu governo ia bem. As pessoas da República Bolivariana da Venezuela e do Peru foram as que mais classificaram o governo como ruim — aproximadamente três quartos dos entrevistados atribuíram uma classificação ruim para o desempenho do governo (76 e 73 por cento). Há contraste com a Guatemala, onde somente um quarto das pessoas disse que o governo faz um trabalho ruim.

(continua na página seguinte)

Boxe 3.2. O que a população da Região diz sobre a corrupção? Resultados da pesquisa de 2016 *(continuação)*

4. **Aproximadamente um terço dos usuários de serviços públicos já pagou propina (o equivalente a mais de 90 milhões de pessoas nos 20 países pesquisados)**
   As populações do México e da República Dominicana foram as que mais afirmaram haver pago propina para receber serviços públicos nos últimos 12 meses (51 e 46 por cento). As taxas de pagamento de propina foram muito mais baixas em Trinidad e Tobago, onde somente 6 por cento das pessoas disseram ter pago propina no acesso a serviços públicos nos últimos 12 meses.

5. **O risco e a propina são maiores nas áreas de educação e saúde**
   Aproximadamente uma a cada cinco pessoas que entraram em contato com hospitais e escolas públicos nos últimos 12 meses teve de pagar propina (20 e 18 por cento). Estas foram as taxas mais altas dos seis serviços pesquisados.

6. **Poucas pessoas fazem denúncias e aquelas que o fazem sofrem retaliações**
   Somente 9 por cento dos pagamentos de propina na pesquisa realmente deram um passo e fizeram a denúncia às autoridades. Entre aqueles que o fizeram, 28 por cento sofreram consequências negativas como resultado.

7. **Sete em cada dez pessoas apoiaram esforços anticorrupção**
   A maioria dos entrevistados (70 por cento) disse que pessoas comuns poderiam fazer a diferença no combate à corrupção. A população do Brasil era a que mais sentia que podia combater a corrupção (83 por cento), seguida logo atrás pela Costa Rica e pelo Paraguai (ambos com 82 por cento).

8. **Respostas críticas e positivas surgiram em toda a região**
   Na Colômbia, República Dominicana, México, Peru e Venezuela (República Bolivariana da), as pessoas foram as mais negativas em relação às cinco questões-chaves na pesquisa, enquanto no Equador, Guatemala e Uruguai, as pessoas responderam do modo mais positivo.

Fonte: Transparência Internacional. Urging leaders to act against corruption in the Americas [Internet]; 13 de abril de 2018 [citado em 15 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.transparency.org/news/feature/leadership_corruption_in_the_americas

Boxe 3.3. Recomendações da Transparência Internacional para acabar com a corrupção

Tomar medidas para reduzir o pagamento de propina nos serviços públicos

Os governos deveriam assegurar que as taxas dos serviços públicos fossem claras e publicamente divulgadas.

Os governos deveriam agilizar os procedimentos burocráticos a fim de evitar processos de decisão são lentos e arbitrários. Também deveriam investir em plataformas eletrônicas para implementar aplicativos de prestação de serviços sem interação pessoal com servidores públicos.

Os governos deveriam assegurar a disponibilização de canais confidenciais para que os cidadãos relatassem a qualidade dos serviços públicos e seu nível de satisfação com eles.

Permitir que a sociedade civil entre na luta contra a corrupção

Os governos deveriam envolver a sociedade civil como parte de seus esforços na luta contra a corrupção. Isto aumentaria a credibilidade destes esforços. Os governos deveriam criar um ambiente seguro e favorável ao envolvimento da sociedade civil e da mídia nos esforços anticorrupção, incluindo sua liberdade física e operacional de fato e de direito. Eles também deveriam permitir o engajamento civil no monitoramento e denúncia da corrupção no governo através da implementação eficiente de leis de acesso à informação.

(continua na página seguinte)

Boxe 3.3. Recomendações da Transparência Internacional para acabar com a corrupção *(continuação)*

Fortalecer a execução da lei e as instituições judiciais

Os governos deveriam investir em medidas para fortalecer o acesso à justiça e o cumprimento da lei através da garantia de um processo objetivo e transparente de nomeação de juízes, proteção de condições de trabalho e salários da área judicial e critérios transparentes na atribuição de casos.

Eles também deveriam fortalecer as instituições envolvidas na detecção, investigação e processo de crimes relacionados à corrupção.

Os governos deveriam considerar a disponibilização das sentenças on-line para permitir que a sociedade civil, a mídia e os cidadãos analisem e comparem vereditos.

Os governos deveriam suspender a imunidade política para casos relacionados à corrupção.

Reabilitar a polícia

Os governos deveriam fortalecer a capacidade investigativa da polícia com técnicas de inteligência especializadas, medidas disciplinares internas reforçadas e mecanismos permanentes de prestação de contas e sistemas de gestão da integridade em toda a instituição.

Proteger denunciantes

Os governos deveriam criar canais de denúncia acessíveis e anônimos que protegessem de forma concreta os denunciantes de todo tipo de retaliação.

As autoridades e os empregadores deveriam assegurar que qualquer ato de reprimenda ou interferência relacionado à exposição de um denunciante fosse considerado conduta inapropriada e que seus executores estivessem sujeitos a sanções profissionais/trabalhistas e a penas civis.

A legislação deveria assegurar que os denunciantes cuja vida ou segurança corram perigo, bem como os membros de sua família, tivessem direito de receber medidas de proteção.

Fonte: Transparência Internacional. Urging leaders to act against corruption in the Americas [Internet]; 13 de abril de 2018 [citada em 15 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.transparency.org/news/feature/leadership_corruption_in_the_americas

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Nações Unidas [1966])

Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (OMS [2011])

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 10. Reduzir a desigualdade dentro e entre os países

Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, garantir acesso à justiça para todos e construir instituições inclusivas, responsáveis e eficientes em todos os níveis

Objetivo 17. Fortalecer os meios de implementação e revitalização da Parceira Global para o Desenvolvimento Sustentável

RECOMENDAÇÃO 2.
PROTEGER O MEIO AMBIENTE, MITIGAR AS MUDANÇAS CLIMÁTICAS E RESPEITAR AS RELAÇÕES COM A TERRA

São necessárias mudanças urgentes na forma como as sociedades funcionam e os países cooperam a fim de lidar com as catastróficas mudanças climáticas e reduzir os riscos associados a elas *(41)*. Tais mudanças devem respeitar a equidade em geral e em especial na saúde.

As ameaças ambientais geralmente têm dimensões de equidade bastante cruas: as pessoas em desvantagem social são afetadas sobremaneira pela degradação ambiental e pelas mudanças climáticas, havendo já experiências com impactos ambientais e desastres naturais causando efeitos desastrosos sobre essa parcela da população *(42)*. Deve-se tratar essas ameaças como uma questão de justiça. É importante assegurar que as ações que tenham como objetivo novos hábitos e a adaptação às mudanças climáticas não tenham efeitos adversos sobre a equidade em saúde. Alguns impostos sobre produtos perigosos, quando aplicados de forma universal, são agressivos. A transição para uma economia com baixo ou zero carbono poderia ter consequências significativas para os empregados em indústrias de combustíveis fósseis, afetando trabalhadores em muitos países produtores de petróleo e gás nas Américas, assim como reduzindo sua receita tributária.

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
2A. Mitigar e adaptar-se a mudanças climáticas para apoiar a equidade em saúde	• Transferir subsídios de combustíveis fósseis para incentivar o desenvolvimento e o uso de energia renovável • Melhorar a preparação e a resposta a desastres naturais para reduzir as inequidades em saúde • Agir segundo o Acordo de Paris sobre mudanças climáticas e os ODS relevantes *(45)* • Assegurar o papel do setor privado na inovação como parte da solução à proteção ambiental e mitigação das mudanças climáticas
2B. Minimizar os efeitos climáticos das indústrias de extração de recursos e da agricultura	• Proteger a biodiversidade para a saúde do solo e dos ecossistemas • Desenvolver e implementar regulamentações sobre indústrias agrícolas e de extração a fim de minimizar os danos ao meio ambiente e à saúde
2C. Implantar políticas que protejam e apoiem a relação de indígenas com a terra e façam progresso na questão da propriedade da terra de comunidades marginalizadas	• Respeitar e afirmar a relação distinta que os povos indígenas têm com a terra • Incluir comunidades afrodescendentes e indígenas nas decisões e ações que afetam suas terras • Estabelecer mecanismos e legislações para formalizar a ocupação e a propriedade de habitantes que vivem em alojamentos em situação informal

O primeiro princípio da Convenção-quadro das Nações Unidas sobre a Mudança Climática é proteger "... o Sistema climático para o bem das gerações presentes e futuras, com base na equidade."

Fonte: Convenção-quadro das Nações Unidas sobre a Mudança Climática. Acordo de Paris [Internet]; 2015. Disponível (em inglês) em: https://unfccc.int/sites/default/files/english_paris_agreement.pdf

Bandeira pintada em árvore arrancada pelo Furacão Maria, San Juan, Porto Rico

A tributação e a abolição da produção de combustíveis fósseis requerem a mitigação de impactos potencialmente negativos sobre a equidade.

A questão da terra precisa ser revista — ela afeta pessoas marginalizadas em todas as Américas, especialmente os indígenas, que são expulsas de suas terras pelo agronegócio, extrativismo e produtores de drogas. Os indígenas e os agricultores de baixa renda são cada vez mais afetados pelas mudanças climáticas e outros problemas ambientais, com significativos impactos sobre sua saúde *(43, 44)*.

2A. MITIGAR E ADAPTAR-SE ÀS MUDANÇAS CLIMÁTICAS PARA APOIAR A EQUIDADE EM SAÚDE

Há um consenso científico de que desastres naturais, incluindo secas, tempestades, enchentes, ondas de calor e furacões, serão mais frequentes e intensos conforme a Terra vá se aquecendo. Algumas partes das Américas são particularmente propensas a desastres naturais e aos impactos das mudanças climáticas.

No Caribe, os impactos dos desastres causados pela temporada de furacões de 2017 passaram de 50 por cento do PIB em algumas ilhas. Nos Estados Unidos da América, em 2017, houve 16 grandes desastres naturais e climáticos que causaram prejuízos de US$ 300 bilhões, o maior valor anual já registrado *(46)*.

As mudanças climáticas trazem efeitos adversos à saúde direta e indiretamente *(47)*. Diretamente, a frequência e intensidade altas de desastres naturais prejudicam a saúde — por exemplo, quando furacões causam lesões e mortes, períodos prolongados de calor e seca aumentam as taxas de mortalidade e morbidade; indiretamente, elas ameaçam a vida de pessoas e os locais onde elas vivem. As mudanças climáticas serão perigosas para o desenvolvimento econômico local, nacional e internacional *(45)*. Entretanto, o alto custo humano para a região se deve principalmente à extrema vulnerabilidade de parcelas da população, particularmente pessoas de baixa renda e povos indígenas *(48–50)*.

Mitigar a emissão de gases do efeito estufa contribuirá com os esforços globais na retenção do aumento de temperatura em 1,5 °C acima dos níveis pré-industriais — o que por sua vez ajudará a minimizar os impactos, incluindo na saúde, nas Américas *(51)*. Contudo, os impactos climáticos já são sentidos e sua continuidade é inevitável, por isso estratégias de adaptação serão cada vez mais necessárias, associadas a medidas de mitigação.

POBREZA, INIQUIDADE E VULNERABILIDADE

As mudanças climáticas não são só um problema ambiental, mas um problema que aumenta a pobreza e as iniquidades *(52)*. Como é o caso de outros desastres ambientais, geralmente são as pessoas e países mais pobres que sofrem os piores impactos culturais, sociais, econômicos e na saúde *(53)*. De acordo com um relatório do PNUD, o nível de vulnerabilidade de residências a desastres naturais é determinado por fatores que incluem sua estrutura econômica, o desenvolvimento local, as condições sociais e econômicas, os mecanismos disponíveis para lidar com a situação, exposição ao risco, e a frequência e intensidade dos desastres *(49)*. Estes riscos e impactos desiguais aumentam com as variações nos investimentos e

A Acordo de Paris de 2015 dispõe:

"Reconhecendo que as mudanças climáticas são uma preocupação em comum da humanidade, as Partes devem, ao tomar medidas para lidar com as mudanças climáticas, respeitar, promover e considerar suas respectivas obrigações com relação aos direitos humanos, o direito à saúde, os direitos de povos indígenas, comunidades locais, imigrantes, crianças, portadores de deficiência e pessoa em situação de vulnerabilidade e o direito ao desenvolvimento, bem como a igualdade de gêneros, o empoderamento feminino e a equidade intergeracional."

Fonte: Convenção-quadro das Nações Unidas sobre a Mudança Climática. Acordo de Paris [Internet]; 2015. Disponível (em inglês) em: https://unfccc.int/sites/default/files/english_paris_agreement.pdf

Casa alimentada por energia solar renovável, Cuba

planejamentos pré e pós-desastre e as comunidades mais pobres têm menos chance de ter seguros do que as comunidades mais ricas. Esse foi o caso de Porto Rico depois do Furacão Maria em 2017, por exemplo, quando também houve falta de monitoramento e aplicação de regulamentações ambientais, o que acentuou os efeitos do furacão nas comunidades mais pobres afetadas *(54, 55)*. No Haiti, o furacão Matthew em 2016 causou prejuízos equivalentes a 32 por cento do BIP *(56)*. Mesmo que a contagem oficial de óbitos no desastre original tenha variado de 271 a mais de 1.000 pessoas, mais de 9.200 morreram posteriormente de cólera *(57)*.

É de esperar que as mudanças climáticas impactem de forma pior populações indígenas que dependem de recursos naturais e do meio ambiente e que mais provavelmente do que os não indígenas de viver em locais isolados e com baixa renda *(53)*. A vida dos povos indígenas é cada vez mais posta em perigo pela escassez de água, pela destruição dos ecossistemas e recursos naturais, mudanças na biodiversidade, doenças vegetais e animais e perdas em colheitas. Isso levou a prejuízos na economia, na vida e insegurança alimentar, tanto para povos indígenas quanto para as populações que dependem da comida produzida por eles *(58)*. No Canadá, os indígenas e as comunidades do norte são particularmente vulneráveis a desastres naturais devido a fatores como a inacessibilidade e isolamento, clima frio e envelhecimento e infraestrutura ineficiente *(59)*. Nos Estados Unidos da América, as comunidades e tribos indígenas enfrentam diversas adversidades climáticas *(60)*.

EMISSÕES ATUAIS E PROJETADAS E ATIVIDADES DE MITIGAÇÃO ATRAVÉS DE RECURSOS RENOVÁVEIS

De acordo com a ONU, a implementação de medidas para reduzir a emissão de gases do efeito estufa na América Latina e no Caribe poderiam reduzir as taxas de aquecimento *(61)*. Haveria também outros benefícios. As medidas poderiam igualmente reduzir anualmente a mortalidade prematura por material particulado fino em ao menos 26 por cento, reduzir o ozônio em 40 por cento e evitar a perda de 3–4 milhões de toneladas de quatro alimentos básicos — soja, milho, trigo e arroz *(62)*.

Até o presente, há pouco progresso dentro da região na redução da emissão de gases do efeito estufa (GEE) responsáveis pelo aquecimento global. Na América Latina e no Caribe, as emissões combinadas representaram aproximadamente 12 por cento das emissões globais em 2017, enquanto os Estados Unidos da América sozinhos contribuíram com 1,3 por cento e o Canadá com 1,6 por cento *(63)*. Entre 2006 e 2011, as emissões totais aumentaram em 14,2 por cento na América Latina e no Caribe.

A América Latina e o Caribe são o segundo maior produtor de emissões agrícolas no mundo, sendo responsáveis por 17 por cento das emissões totais. As emissões dos Estados Unidos da América e do Canadá combinadas de 2001 a 2010 representaram 8 por cento das emissões agrícolas mundiais *(64)*. De acordo com as estatísticas da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura

(65), as emissões agrícolas regionais de agricultura e pecuária cresceram de 388 para mais de 900 milhões de toneladas de dióxido de carbono entre 1961 e 2010. As emissões relacionadas à pecuária contribuíram com 88 por cento desse total *(65)*. Ressaltamos que parte do esforço para reduzir a carga global de doenças não transmissíveis exige uma mudança na dieta que reduza a carne e dê mais ênfase a vegetais. Tal mudança também contribuiria para reduzir as emissões de GEE relacionadas à pecuária.

Enquanto isso, o grande desflorestamento em toda a Região, particularmente na Amazônia, diminui a absorção de carbono e aumentou as emissões *(65)*. A conversão líquida de florestas para outras finalidades foi a principal fonte de GEE na região amazônica entre 2001 e 2010, gerando uma média de 1,9 bilhão de toneladas de dióxido de carbono (CO2) *(65)*. como agricultura e pecuária. As emissões da queima de combustíveis fósseis e da produção de cimento na América Latina e no Caribe aumentaram de 2,2 para aproximadamente 3 toneladas per capita entre 1990 e 2015, levando estes níveis a valores acima do esperado para 2050 nesta região.

Os veículos motorizados são atualmente responsáveis por mais de um terço das emissões de CO2 nas Américas, e espera-se que aumentem substancialmente caso nenhuma medida de mitigação seja tomada, segundo a Agência Internacional de Energia.

A Figura 3.12 ilustra as emissões de GEE em alguns países nas Américas e mostra os níveis muito altos em relação aos Estados Unidos da América *(66, 67)*.

Os Estados Unidos da América também produziram mais hidrocarbonetos petróleo e gás natural que qualquer outro país no mundo em 2017, com aproximadamente 16 milhões de barris de petróleo por dia *(68)*.

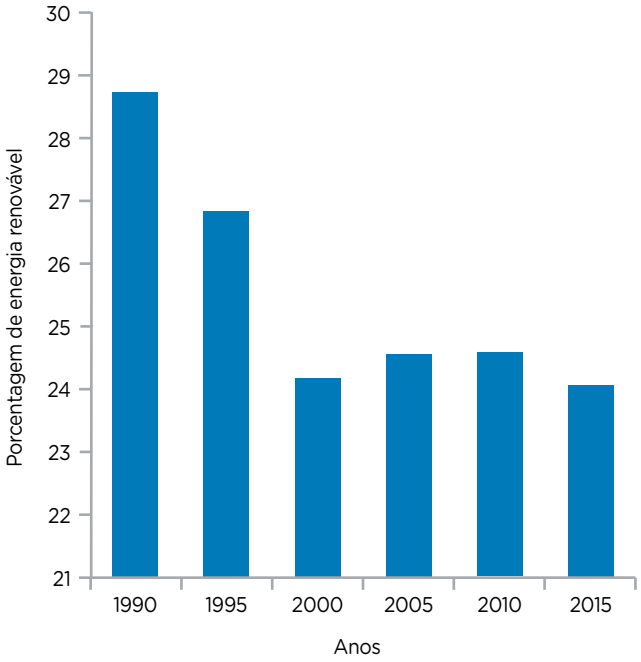
Os Estados Unidos da América são o segundo maior emissor de GEE do mundo, depois da China, sendo também um dos maiores emissores de GEE por pessoa. O país apresenta a mais alta taxa de emissões em comparação com outros países das Américas *(1)*. Em 2017, os Estados Unidos da América foram responsáveis por emitir aproximadamente 6,5 milhões de toneladas métricas de equivalentes de dióxido de carbono *(69)*. As emissões totais dos Estados Unidos da América aumentaram em 1,6 por cento de 1990 a 2017, decaindo ligeiramente entre 2016 e 2017 em 0,3 por cento *(70)*. No Canadá, as emissões de gases do efeito estufa decaíram em 1 por cento entre 2005 e 2015, mas têm projeções para aumentar entre 2015 e 2030, bem longe da redução proposta de 30 por cento abaixo dos níveis de 2005 *(71)*.

Figura 3.12.
Emissões de gases do efeito estufa nos países na América Latina e do Caribe e Estados Unidos da América, 2014

Fontes: 1. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Estatísticas e Indicadores [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=i, para dados da América Latina e do Caribe.

2. Para dados dos Estados Unidos da América, Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos da América. Greenhouse gas emissions and sinks: 1990–2017. Washington, D.C.: EPA; 2019. Disponível (em inglês) em: https://www.epa.gov/sites/production/files/2019-04/documents/us-ghg-inventory-2019-main-text.pdf

Figura 3.13.
Volume de renováveis na produção total de energia nos Estados Unidos da América, América Latina e Caribe, 1990–2015



Fonte: Flavin C, Gonzalez M, Majano AM, Ochs A, da Rocha M, Tagwerker P. Study on the development of the renewable energy market in Latin America and the Caribbean under the IDB climate change evaluation. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2014. Disponível (em inglês) em: https://publications.iadb.org/publications/english/document/Study-on-the-Development-of-the-Renewable-Energy-Market-in-Latin-America-and-the-Caribbean.pdf

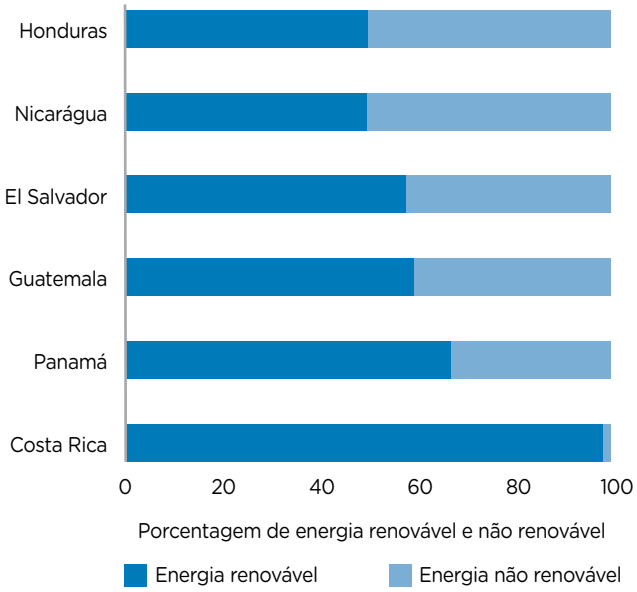
Uma forma eficiente de reduzir as emissões de GEE é substituir a energia gerada com combustíveis fósseis por recursos renováveis. Os hidrocarbonetos são responsáveis por 74 por cento do total da energia da América Latina e do Caribe *(72)*. Em toda a região, há um considerável potencial de recursos renováveis para cumprir uma grande parte da demanda por energia. Os recursos renováveis incluem energia solar e eólica, de hidrelétricas e biocombustíveis *(73–75)*.

A geração de energia renovável aumentou em termos absolutos na América Latina e no Caribe, mas a parcela de recursos renováveis na produção total de energia primária caiu de 29 por cento em 1990 para aproximadamente 25 por cento em 2015; ver a Figura 3.13 *(72)*.

De forma mais positiva, em vários países da América Central, os recursos renováveis constituíram ao menos metade da matriz energética em 2016 (Figura 3.14), enquanto na Costa Rica esta é produzida quase inteiramente a partir de recursos renováveis.

Apenas proximamente 19 por cento do fornecimento total de energia primária do Canadá tiveram como base recursos renováveis em 2015, principalmente água e vento (76). Nos Estados Unidos da América, a energia renovável representou somente 12,7 por cento de toda a energia produzida em 2015 *(77, 78)*.

Figura 3.14.
Matriz energética na América Central, 2016



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Estatísticas e Indicadores: Meio Ambiente [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/portada.html?idioma=english

Exemplos de políticas e programas para mitigação e adaptação às mudanças climáticas a fim de apoiar a equidade em saúde

As ações com o objetivo de mitigar as mudanças climáticas vêm de tratados e acordos globais internacionais, políticas e compromissos nacionais; ações regionais e municipais, além de pequenas ações individuais e comunitárias. Alguns países são líderes no assunto, como a Costa Rica, enquanto outros precisam fortalecer seus compromissos e reduzir consideravelmente a produção de GEE.

Acordo de Paris sobre Mudanças Climáticas. A adoção do Acordo de Paris em dezembro de 2015 firmou o compromisso de todas as Partes em acelerar e intensificar as ações e investimentos necessários para um futuro sustentável com baixos níveis de carbono, limitar o aumento da temperatura média global a menos de 2 °C acima dos níveis pré-industriais e envidar esforços para limitar o aumento a 1,5 °C. Todos os países nas Américas assinaram o acordo, com exceção da Nicarágua, que, entretanto, o ratificou em outubro de 2017. Atingir essas metas requer a adoção de ações quanto às emissões de gases do efeito estufa de longa duração, como dióxido de carbono, e poluentes climáticos de vida curta, como o metano. Os Estados Unidos da América anunciaram em 2017 que se retirariam do Acordo de Paris a partir de 2020. Entretanto, 16 de seus estados e Porto Rico, além de várias cidades, anunciaram que seguirão com os objetivos do Acordo de Paris por meio de mecanismos da Aliança Climática dos Estados Unidos da América mesmo depois de sua retirada.[1,2]

Acordo Regional Vinculante para Proteção dos Direitos de Acesso em Assuntos Ambientais, América Latina e Caribe. Este acordo de 2018 garante os direitos de acesso à informação ambiental, participação pública no processo de tomada de decisões ambientais e acesso à justiça em questões ambientais, a fim de proteger o direito à vida em um ambiente saudável e o direito ao desenvolvimento sustentável. O acordo, junto com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas e o Acordo de Paris, objetivam assegurar que os direitos humanos sejam protegidos juntamente com o planeta e seus recursos naturais.[3]

Regional para a Transferência de Tecnologia e Ações nas Mudanças Climáticas na América Latina e Caribe. Lançada em 2012, o objetivo deste programa em andamento é fortalecer a troca de conhecimento e a capacidade para a mitigação das mudanças climáticas através de tecnologias na América Latina e no Caribe.[4]

Programa de Inclusão Econômica para Famílias e Comunidades Rurais no Estado Plurinacional da Bolívia. Este programa (ACCESOS), em vigência entre 2013 e 2018, tinha como objetivo desenvolver a resiliência de comunidades aos impactos das mudanças climáticas. A maioria das comunidades envolvidas apresentava um alto grau de vulnerabilidade às mudanças climáticas. Os membros das comunidades estavam preocupados com a variação climática e interessados em oportunidades geradas pelo aumento da temperatura em montanhas, como o crescimento de árvores frutíferas. O programa se baseava nas perspectivas de povos indígenas quanto à gestão da terra e introduziu novas técnicas compatíveis com as práticas locais.[5] Um traço fundamental do ACCESOS era o redescobrimento do conhecimento e das tecnologias tradicionais dos povos indígenas sobre a agricultura. Um registro compilado por essas comunidades catalogou bioindicadores, "o comportamento de plantas e animais que são o apoio dos processos de gestão de informações agroclimáticas". O programa tem um bom custo-benefício e é confiável, apresenta dados científicos consistentes e ajudou a reduzir prejuízos na agricultura. Assim, ele é parte de uma prática efetiva para que produtores e responsáveis por tomar decisões desenvolvam processos adaptativos às mudanças climáticas.[5]

Fontes: [1] Convenção-quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática. Acordo de Paris [Internet]; 2015 [citado em 6 de fevereiro de 2018].
[2] Bloomberg Philanthropies. Citylab [Internet]; 2018 [citado em 13 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.bloomberg.org/program/government-innovation/citylab/#overview
[3] Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Latin America and the Caribbean adopts its first binding regional agreement to protect rights of access in environmental matters [Internet]; 4 de março de 2018 [citado em 15 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/pressreleases/latin-america-and-caribbean-adopts-its-first-binding-regional-agreement-protect-rights
[4] U.S. Energy Information Administration. Frequently asked questions: what is U.S. electricity generation by energy source? [Internet]; 29 de outubro de 2018 [citado em 14 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.eia.gov/tools/faqs/faq.php?id=427&t=3
[5] Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola. Indigenous peoples' collective rights to lands, territories and natural resources. Lessons from IFAD-supported projects. Roma: IFAD; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.ifad.org/documents/38714170/40272519/IPs_Land.pdf/ea85011b-7f67-4b02-9399-aaea99c414ba

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas para mitigação e adaptação às mudanças climáticas a fim de apoiar a equidade em saúde *(continuação)*

Plano de Conservação de Energia Renovável do Deserto, Estados Unidos da América. Um importante componente dos esforços de planejamento de energia renovável na Califórnia, este plano tem como objetivo a conservação e proteção efetivas dos ecossistemas do deserto ao mesmo tempo em que permite o desenvolvimento apropriado de projetos de energia renovável. Ele cobre 22,5 milhões de acres das regiões desérticas neste estado.[6]

Padrão de Energia Limpa (CES), Estado de Nova Iorque, Estados Unidos da América. O CES é projetado para combater as mudanças climáticas, reduzir a poluição do ar e assegurar um fornecimento de energia de baixo carbono confiável e diversificada. O CES requer que 70 por cento da eletricidade de Nova Iorque provenha de fontes de energia renovável, como energia solar e eólica, até 2030. Seu objetivo é assegurar que o estado cumpra as metas de redução de emissão e gases do efeito estufa relativas aos níveis de 2016 em 40 por cento até 2030 e em 80 por cento até 2050.[7]

Plano Nacional de Mudanças Climáticas, Brasil. O Brasil é o quinto país com mais altas emissões de GEE do mundo. O Plano Nacional de Mudanças Climáticas já reduziu a taxa de desflorestamento entre 2008 e 2012 e iniciou a mudança para uma agricultura de baixa emissão. As leis de zoneamento agroecológico relativas a cana-de-açúcar e óleo de dendê têm como finalidade o equilíbrio de usos competitivos da terra e a proibição do cultivo de cana-de-açúcar em áreas protegidas. O Banco do Desenvolvimento do Brasil também reestruturou seus guias a fim de tornar uma condição para os empréstimos as medidas de proteção ambientais que evitem o desflorestamento e a poluição da água e do solo.[8,9] Entretanto, de acordo com um relatório do Climate Action Tracker, desde 2012 o progresso do programa encontra-se estagnado e o desflorestamento aumentou em quase 30 por cento entre 2015 e 2016 com 50 por cento de ocorrências na região amazônica. Este aumento no desflorestamento e nas emissões fez que o Brasil fosse na direção oposta à de seus compromissos do Acordo de Paris, que incluem um nível ideal zero de desflorestamento ilegal na Amazônia brasileira até 2030. O resultado das eleições presidenciais de 2018 comprometeu ainda mais as possibilidades de o Brasil cumprir seus compromissos do Acordo de Paris e é um prejuízo em potencial para o progresso do Brasil na redução das emissões florestais desde 2005.[10] A campanha eleitoral de Jair Bolsonaro incluiu a ameaça da retirada do Brasil do Acordo de Paris e a remoção de proteções da floresta amazônica, incluindo a diminuição das reservas indígenas nela instaladas.[12]

Plano Nacional de Ação sobre as Mudanças Climáticas, Chile. Este plano para o período de 2017–2022 tem como foco quatro temas de ação: adaptação, mitigação, meios de implementação e gestão das mudanças climáticas em níveis regional e comunal. Ele inclui compromissos com a redução de emissões nacionais de gases do efeito estufa em 30 por cento abaixo dos níveis previstos para 2007 até 2030, a viabilização de energias renováveis não convencionais e o reflorestamento de mais ou menos 100.000 hectares de mata, com foco em espécies nativas.[11] A Contribuição Nacionalmente Determinada do Chile inclui a adaptação como um de seus

Fontes: [6] Desert Renewable Energy Conservation Plan. Welcome to DRECP [Internet]; [citado em 30 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.drecp.org/
[7] Estado de Nova Iorque. Clean energy standard. 2018 RFP awards [Internet]; [citado em 1 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.nyserda.ny.gov/All-Programs/Programs/Clean-Energy-Standard
[8] Beddington J, Asaduzzaman M, Clark M, Fernández A, Guillou M, Jahn M, et al. Achieving food security in the face of climate change: final report from the Commission on Sustainable Agriculture and Climate Change. Copenhagen: CGIAR Research Program on Climate Change, Agriculture and Food Security (CCAFS); 2012. Disponível (em inglês) em: https://cgspace.cgiar.org/bitstream/handle/10568/35589/climate_food_commission-final-mar2012.pdf
[9] Viscidi L, Graham N. Brazil was a global leader on climate change. Now it's a threat. Foreign Policy [Internet]; 4 de janeiro de 2019 [citado em 30 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://foreignpolicy.com/2019/01/04/brazil-was-a-global-leader-on-climate-change-now-its-a-threat/
[10] Climate Action Tracker. Brazil country summary [Internet]; 4 de dexembro 2018 [citado em 30 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://climateactiontracker.org/countries/brazil/
[11] Climate Policy Observer, Monitoring Climate Policies. Chile launches new National Action Plan on Climate Change [Internet]; 3 de agosto de 2017 [citado em 17 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.ndcs.undp.org/content/ndc-support-programme/en/home/impact-and-learning/ideas-and-insights/2017/chile-launches-new-national-action-plan-for-climate-change.html
[12] Governo do Chile. Plan de acción nacional de cambio climático 2017–2022. Santiago: Governo do Chile; 2017. Disponível (em inglês) em: https://mma.gob.cl/wp-content/uploads/2017/07/Plan_Nacional_Cambio-climatico_2017_2022.pdf

(continua na página seguinte)

Floresta tropical em Granada

Exemplos de políticas e programas para mitigação e adaptação às mudanças climáticas a fim de apoiar a equidade em saúde *(continuação)*

pontos principais e o comprometimento de concretização dos planos através da identificação de fontes de financiamento, fortalecendo estruturas institucionais e gerando bons indicadores de monitoramento. Também estabelece um segundo ciclo de planos setoriais a serem implementados a partir de 2021.

Meta sem Carbono, Costa Rica. Em 2018, a Costa Rica estabeleceu a ambiciosa meta de neutralizar suas emissões de carbono até 2021. Recentemente o país anunciou novas medidas para a proteção de 340.000 hectares de florestas em um movimento a fim de torná-la o primeiro país a negociar a venda de créditos de carbono florestal. Houve um crescimento considerável de fontes de energia solar e eólica. Em 2016, a Costa Rica alcançou mais de 300 dias consecutivos de energia produzida integralmente a partir de fontes renováveis, o que quer dizer que os recursos renováveis foram responsáveis por mais de 98 por cento de sua produção total de eletricidade no ano.[13]

Plano de Liderança Climática do Governo de Alberta, 2015. De acordo com este plano, Alberta encerrará suas emissões de carbono até 2030, oferecerá incentivos para geração de energia renovável, implementará um preço de carbono em sua economia, criará um limite para emissões de areais betuminosas, implementará um novo plano de redução de emissões de metano e implementará um Programa de Eficiência de energia.[14]

Fontes: [13] Climate Action Tracker. Costa Rica country summary [Internet]; 29 de novembro de 2018 [citado em 30 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://climateactiontracker.org/countries/costa-rica/
[14] Governo do Canadá, Natural Resources Canada. 7 facts on the oil sands and the environment [Internet]; [citado em 6 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.nrcan.gc.ca/energy/oil-sands/18091

2B. MINIMIZAR OS EFEITOS CLIMÁTICOS DAS INDÚSTRIAS DE EXTRAÇÃO DE RECURSOS E DA AGRICULTURA

As mudanças climáticas são uma ameaça ao meio ambiente e à saúde, assim como o são ignorar os limites dos recursos, ameaçar a biodiversidade e a saúde do solo e poluir e danificar ecossistemas vitais. A redução destes riscos ao meio ambiente beneficiará a saúde e a equidade em saúde, à medida que cada uma destas ameaças afeta mais acentuadamente as pessoas e comunidades mais pobres.

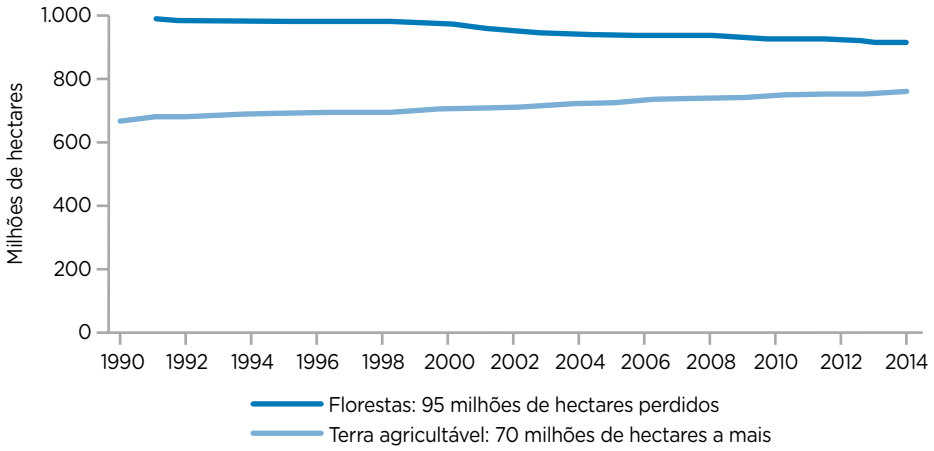
Vastas áreas de florestas foram perdidas na América Latina e no Caribe nas últimas décadas, particularmente na bacia amazônica: aproximadamente 100 milhões de hectares entre 1990 e 2014 *(79)*. Na região amazônica, cerca de 17 por cento da floresta foram perdidos nos últimos 50 anos, na maior parte devido à conversão da floresta em pasto para gado, conforme apontado na Figura 3.15.

Nos Estados Unidos da América, as florestas também se encontram sob ameaça da expansão do desenvolvimento urbano para áreas de florestas e incêndios cada vez mais frequentes parcialmente devidos a secas intensas associadas a mudanças climáticas *(80)*. Desde 2000, os Estados Unidos da América vêm registrando incêndios sem precedentes em vários estados. Por volta de 2060, os Estados Unidos da América enfrentarão uma perda líquida de florestas de até 15 milhões de hectares, como resultado do desflorestamento e da reestruturação agrária *(81)*.

No Canadá, a taxa de desflorestamento anual em 2010 era de menos de 0,02 por cento, em queda por mais de 25 anos. Em 1990, 63.100 hectares foram perdidos para o desflorestamento e, em 2014, este número caiu para 34.200 hectares *(82)*.

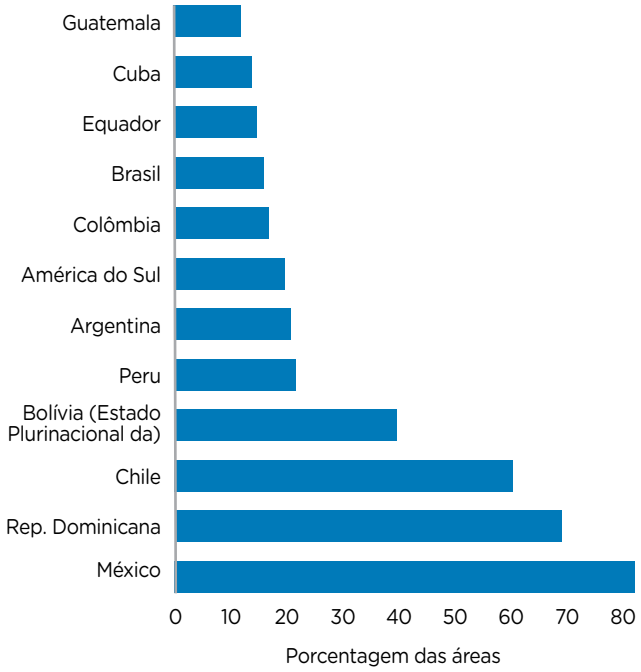
Em 2016, mais de 30 por cento da América do Norte (Canadá e Estados Unidos da América) e 40 por cento dos Estados Unidos da América continental estavam em risco de desertificação *(79)*. As áreas mais fortemente afetadas nos Estados Unidos da América eram o Novo México, o Texas e o Arizona. A agropecuária intensiva é a causa do caminho para a desertificação verificada no solo, na água e no ar *(83, 84)*.

Figura 3.15.
Perdas de áreas florestais e expansão da terra agricultável na América Latina e no Caribe, 1990–2014



Fonte: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. FAOSTAT [Internet]; [citado em 1 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://www.fao.org/faostat/en/

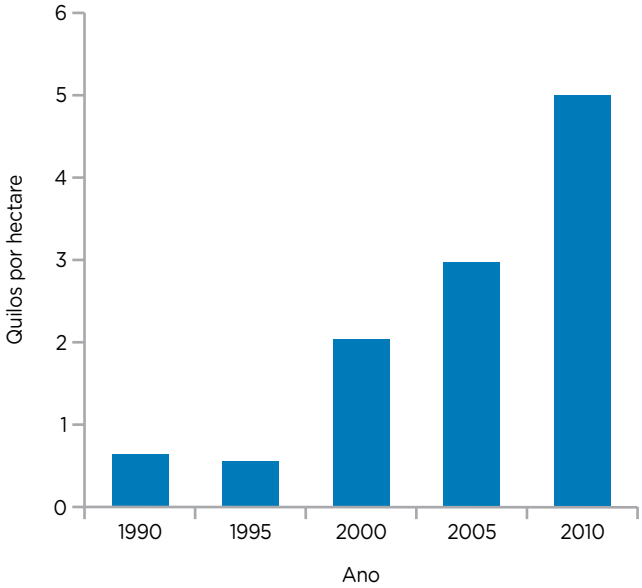
Figura 3.16.
Porcentagem de áreas desertificadas ou em processo de desertificação em alguns países da América Latina e do Caribe, 2014



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Estatísticas e Indicadores: Meio Ambiente [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/portada.html?idioma=english

Nota: Incluindo áreas áridas, semiáridas e subúmidas devido a diferentes fatores, incluindo mudanças climáticas e atividades humanas em degradação persistente de terras secas e ecossistemas frágeis

Figura 3.17.
Intensidade do uso de pesticidas na América Latina, 1990–2010



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Estatísticas e Indicadores: Meio Ambiente [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/portada.html?idioma=english

Partes da América Latina e do Caribe têm altas taxas de desertificação, um resultado das mudanças climáticas e da erosão e esgotamento do solo *(84)* (Figura 3.16). O Fundo Internacional para o Desenvolvimento da Agricultura das Nações Unidas estima que 50 por cento da terra cultivável na América Latina e no Caribe estará sujeita à desertificação em 2050 *(79)*.

O uso de fertilizantes por hectare foi intensificado em toda a região e houve um grande aumento no uso intensivo de pesticidas, inclusive fungicidas, herbicidas e inseticidas, o que impõe uma ameaça à saúde pública e ao meio ambiente, degradando o solo *(85)* (Figura 3.17).

Os fatores comuns a todas as formas de degradação do solo causadas por cultivos intensos, múltiplas colheitas e uso extensivo de agroquímicos são o esgotamento do carbono orgânico do solo e a redução da biodiversidade, que causa erosão dos componentes minerais não renováveis do solo. Modelos de larga escala de agronegócio apoiados amplamente em fazendas grandes e altamente mecanizadas também levaram os pequenos agricultores para terras marginais, secas e de pior qualidade, com insegurança quanto à estabilidade, e contribuíram para a erradicação da vida rural e das práticas tradicionais de produção sustentável de alimentos, além de ter contribuído de forma significativa para a degradação do solo *(86)*.

A mineração de prata, cobre, ouro, zinco, estanho e outros minerais consome enormes quantidades de água e contamina bacias hidrográficas e terras cultiváveis, além de destruir os ambientes naturais nas áreas de mineração exploradas. Os ácidos e os metais pesados descartados de forma incorreta causam estresse hídrico e ambiental extremo *(87)*. Há vários outros relatórios de danos ao meio ambiente e à saúde resultantes da mineração *(88)*.

Exemplos de políticas e programas líderes para minimizar os efeitos climáticos da indústria de extração de recursos e da agricultura

Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO), Brasil, 2012. A PNAPO busca cuidar da degradação ambiental. Ela cobre aspectos dos sistemas e cadeias de alimentos sustentáveis. Na primeira fase, até 2015, o programa fomentou a agenda agroecológica no país, investindo mais de US$ 413 milhões,[1] aumentou o acesso à água e sementes para pequenos produtores, estabeleceu redes de pesquisa e associações de agricultores e a criação de mercados locais para produtos agroecológicos. Mais de 130.000 famílias foram beneficiadas.[2]

Programa AGRUPAR, Quito, Equador, 2002. Este programa reconheceu o papel da agricultura urbana em um maior desenvolvimento social, ecológico e econômico. O AGRUPAR apoia jardins familiares, comunitários e em instituições, assim como pequenas unidades de produção agropecuária. Mais de 3.600 jardins urbanos foram criados e mais de 21.000 pessoas, das quais 84 por cento eram mulheres, foram treinados para a produção orgânica. O programa também criou 17 mercados de produtos orgânicos. Seu alvo são famílias chefiadas por mulheres, idoso, crianças e jovens, centros sociais e de reabilitação, imigrantes e instituições de educação. Desde sua criação, o programa beneficiou mais de 70.000 pessoas, e indiretamente mais 110.000. Os participantes entrevistados em 2010 disseram que o programa melhorou sua qualidade de vida, nutrição, saúde e bem-estar. O programa aumentou o acesso de grupos vulneráveis a alimentos saudáveis. Os impactos ambientais incluem a reabilitação da terra, melhor saúde do solo, economia de água, reciclagem de resíduos orgânicos e o aumento da biodiversidade.[2]

Conservação da biodiversidade, Canadá. O Canadá foi o primeiro país industrializado a ratificar a Convenção sobre Diversidade Biológica das Nações Unidas e é um líder global na conservação da biodiversidade. Os governos federal, estadual e municipal em todo o Canadá tomaram medidas para a proteção de mais de 100 milhões de hectares de terras — aproximadamente 10 por cento das terras do Canadá — e 3 milhões de hectares de oceano.[3] Isto foi alcançado através da criação de parques nacionais, estaduais e municipais e outras áreas de conservação. Também houve progresso desde 2008 na conservação de áreas de águas terrestres e interiores e através de financiamentos públicos e aumentados.[4]

Certificação de padrões orgânicos, Estados Unidos da América. Entre 1990 e 2010, as vendas de produtos orgânicos nos Estados Unidos da América cresceram de US$ 1 bilhão para aproximadamente US$ 27 bilhões. As regras de rotulagem interpostas pela Secretaria de Agricultura dos Estados Unidos da América pedem que os produtos orgânicos cumpram os padrões estabelecidos que incluam a garantia de que os produtos orgânicos são produzidos sem antibióticos, pesticidas, hormônios ou bioengenharia e mais: que eles atendam os critérios de conservação da água e do solo e do bem-estar animal.[5]

Política estadual para o setor agrícola e o desenvolvimento rural, Costa Rica, 2010–2021. Na Costa Rica, o setor agrícola é responsável pelo segundo nível mais alto de emissão de gases do efeito estufa, devido à produção de óxido de nitrogênio e metano. Essa política integra a gestão agroambiental e as mudanças climáticas com políticas de promoção da agrobiodiversidade, a produção limpa e a gestão sustentável da terra e outros recursos naturais. Espera-se que a política ajudará a reduzir os gases do efeito estufa relacionados com a agricultura e vai contribuir com o setor para alcançar a meta nacional de neutralidade de carbono.[6]

Os países da América Latina e do Caribe definiram metas nacionais voluntárias de neutralidade da degradação da terra (LDN) como parte do processo para alcançar os ODS, particularmente o 15.3. Atualmente 22 países da América Latina e do Caribe participam do Programa de Estabelecimento de Objetivos LDN. Três deles, Chile, Costa Rica e Granada, foram selecionados como países piloto.[7]

Fontes: [1] FuturePolicy.org. Brazil's National Policy for Agroecology and Organic Production (PNAPO) [Internet]; [citado em 29 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.futurepolicy.org/healthy-ecosystems/brazil-national-policy-agroecology-organic-production/
[2] World Future Council. Scaling up agroecology. Future policy award [Internet]; 2018 [citado em 29 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.worldfuturecouncil.org/wp-content/uploads/2018/10/FPA-2018-Brochure-for-web.pdf
[3] Governo do Canadá. Environment [Internet]; 2013 [citado em 29 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.canadainternational.gc.ca/eu-ue/policies-politiques/environment-environnement.aspx?lang=eng
[4] Governo do Canadá. Canada's Sixth National Report to the United Nations Convention on Biological Diversity [Internet]; 9 de novembro de 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.cbd.int/doc/nr/nr-06/ca-nr-06-en.pdf
[5] Beddington J, Asaduzzaman M, Clark M, Fernández A, Guillou M, Jahn M, et al. Achieving food security in the face of climate change: final report from the Commission on Sustainable Agriculture and Climate Change. Copenhagen: CGIAR Research Program on Climate Change, Agriculture and Food Security (CCAFS); 2012. Disponível (em inglês) em: https://cgspace.cgiar.org/bitstream/handle/10568/35589/climate_food_commission-final-mar2012.pdf
[6] NAMA Cafe de Costa Rica. Costa Rica's climate change strategy [Internet]; [citado em 29 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://www.namacafe.org/en/costa-ricas-climate-change-strategy
[7] Convenção das Nações Unidas de Combate à Desertificação. Global land outlook. 1ª edição. Bonn: UNCCD; 2017.

2C. IMPLANTAR POLÍTICAS QUE PROTEJAM E APOIEM A RELAÇÃO DE INDÍGENAS COM A TERRA E FAÇAM PROGRESSO NA QUESTÃO DA PROPRIEDADE DAS TERRAS DAS COMUNIDADES MARGINALIZADAS

Muitas comunidades indígenas em toda a Região das Américas vivem e seguem as práticas ambientais sustentáveis que proveem equilíbrio entre as pessoas e os ambientes, com um forte foco na proteção do meio ambiente na consideração das gerações futuras, descrita com mais detalhes na recomendação 3. Entretanto, a expansão da agricultura e da extração de recursos nas terras em que os povos indígenas vivem há séculos está causando o deslocamento destas populações e a degradação ambiental. Por sua vez, estes problemas criam e compõem os danos ambientais e as iniquidades sociais e em saúde.

Todos os países da América Latina presenciaram o aumento dos conflitos relacionados com o controle e uso do território e dos recursos naturais. A maioria deles se relaciona com a mineração, as hidrelétricas, a exploração florestal e as atividades da agroindústria. Em muitos países da região, os carteis de drogas expropriam violentamente comunidades inteiras de suas terras ricas em recursos naturais *(89)*.

Conforme relatório da Oxfam, na Colômbia, as terras distribuídas nos processos de reforma agrária a agricultores sem-terra acabaram nas mãos do maior negociante de *commodities* de agricultura do mundo. Na Guatemala, os agricultores foram transformados em trabalhadores sazonais mal pagos e em condições de trabalho inseguras, e o óleo de palma tomou o lugar do cultivo de grãos básicos para consumo doméstico, aumentando a insegurança alimentar. Também no Paraguai, a aplicação intensiva de pesticidas e herbicidas para o crescimento da soja prejudica a saúde e a vida de famílias que moram perto das plantações *(90)*.

Um terço das terras doadas por concessão para mineração, exploração de petróleo, agropecuária ou florestal, na América Latina, pertence a povos indígenas. Na Argentina, 84 por cento das concessões destinadas à produção de soja são território indígena. A expansão da mineração e atividades petroleiras na Bolívia (Estado Plurinacional da), no Chile, na Colômbia. No Equador e no Peru é razão de conflitos cada vez mais frequentes e intensos com povos indígenas, porque tais atividades impactam diretamente seus territórios ou afetam os recursos hídricos dos quais eles dependem *(89)*.

Nas Américas, o reconhecimento dos direitos territoriais indígenas teve progressos recentes em alguns países. Há um movimento que vai da negação destes direitos ao reconhecimento legal, registro e demarcação das terras indígenas em todos os países — embora apresente diferentes graus de sucesso — começando por leis que reconhecem e protegem os direitos territoriais indígenas. Esta mudança no reconhecimento foi gerada em grande parte pela pressão dos povos indígenas junto com a evolução dos padrões internacionais. Houve reformas constitucionais na Argentina, Bolívia (Estado Plurinacional da), Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Venezuela (República Bolivariana da), entre as quais se reconheceu a natureza coletiva dos povos indígenas, que é um elemento essencial dos direitos territoriais *(91)*.

Entretanto, apesar dessas reformas constitucionais, o ganho do reconhecimento de direitos territoriais ainda pode ser um processo árduo. Por exemplo, no Peru, as comunidades indígenas precisam vencer

27 barreiras burocráticas e esperar 10 anos para obter o reconhecimento legal de seu território, enquanto uma empresa dá apenas sete passos e em menos de três meses já obtém uma concessão para mineração ou exploração florestal. Entre 2007 e 2015, somente 50 títulos foram aprovados para territórios indígenas, enquanto mais de 35.000 concessões para mineração foram outorgadas *(89)*.

Exemplos de políticas e programas que protegem e apoiam a relação de indígenas com a terra e fazem progresso na questão da propriedade de terras das comunidades marginalizadas

Reconhecimento legal dos territórios indígenas, Bolívia (Estado Plurinacional da). Desde 2005, a Bolívia (Estado Plurinacional da) fez progresso significativo no reconhecimento legal dos territórios indígenas e outorgou títulos coletivos de 20 milhões de hectares de terras de comunidade nativa. Contudo, o acesso limitado ao capital, recursos de produção e informação significam que muitos desses territórios ainda têm uma produtividade muito baixa e sofrem ameaças de agricultores.[1]

Acordos com os povos da Primeira Nação, Canadá. Em 2018, os governos federais e estaduais negociaram acordos com os povos da Primeira Nação de British Columbia. Até então, os governos tinham reconhecido apenas uma pequena porção das terras tradicionais destas comunidades como reservas indígenas, deixando o resto ser privatizado. De acordo com a Declaração sobre os Direitos dos Povos Indígenas adotada pelo Conselho de Direitos humanos, os Povos Indígenas têm o direito de determinar e estabelecer prioridades e estratégias para seu autodesenvolvimento e para o uso de suas terras, territórios e outros recursos. Os povos indígenas pedem que o consentimento livre, prévio e informado seja o princípio de aprovação ou rejeição de qualquer projeto ou atividade que afete suas terras, territórios e outros recursos.[2]

Programa Piloto de Guardiões Indígenas, Canadá. No orçamento de 2017, o governo do Canadá anunciou 25 milhões de dólares canadenses em quatro anos para apoiar um Programa Piloto de Guardiães Indígenas. Este programa oferecerá aos povos indígenas melhores oportunidades para gerir suas terras e recursos hídricos tradicionais, além de apoiar seus direitos e responsabilidades na proteção e conservação de ecossistemas, desenvolvendo e mantendo economias sustentáveis e conservando as conexões entre o meio ambiente e as culturas indígenas. O Programa Piloto é implementado juntamente com as primeiras nações, Inuítes e Métis, usando uma perspectiva individual que respeita e reconhece as visões, direitos, responsabilidades e necessidades únicas dos povos indígenas.[3]

Títulos indígenas, Peru. Desde 1974, mais de 1.300 comunidades indígenas na Amazônia peruana obtiveram título de aproximadamente 12 milhões de hectares, incluindo 17 por cento das florestas do país. Isso é algo significativo para a proteção florestal, já que ficou comprovado que a outorga de títulos reduz o risco de desmatamento em três quartos nessa região. Entretanto, o processo que levou a essas vitórias trouxe progressos e retrocessos para as comunidades indígenas. O processo de outorga de títulos é longo, complicado e oneroso, além de ainda incluir dificuldades logísticas. A formalização dos direitos das comunidades indígenas pode levar até 20 anos. Há, entretanto, alguns desenvolvimentos positivos. Até a segunda década deste século, aproximadamente uma dúzia de programas de outorga de títulos de terras coletivas tinham sido iniciados na Amazônia peruana.[4]

Fontes: [1] Oxfam International. Unearthed: land, power and inequality in Latin America. Oxford: Oxfam International; 2016.
[2] Fórum Permanente das Nações Unidas sobre Questões Indígenas. Indigenous peoples — lands, territories and natural resources [Internet]; [citado em 28 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.un.org/en/events/indigenousday/pdf/Backgrounder_LTNR_FINAL.pdf
[3] Governo do Canadá. Indigenous Guardians Pilot Program [Internet]; 2019 [citado em 19 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.canada.ca/en/environment-climate-change/services/environmental-funding/indigenous-guardians-pilot-program.html
[4] NYDF Assessment Partners. Improving governance to protect forests: empowering people and communities, strengthening laws and institutions — New York Declaration on Forests Goal 10 Assessment Report. Coordinated by Climate Focus with support from the Climate and Land Use Alliance [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://climatefocus.com/sites/default/files/NYDF%20report%202018_0.pdf

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Acordo de Paris (Convenção-quadro das Nações Unidas sobre a Mudança Climática [2015])

Resoluções OPAS

Plano de Ação para Redução de Riscos de Desastres 2016–2021 (CD55.R10 [2016])

Estratégias e Plano de Ação sobre Mudança Climática (CD51.R15 [2011])

Coordenação de Assistência Humanitária Internacional em Saúde em Caso de Desastre (CSP28.R19 [2012])

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 1: Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares

Objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável

Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as idades

Objetivo 6. Assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável da água e saneamento para todos

Objetivo 7. Assegurar o acesso confiável, moderno e a preço acessível a todos

Objetivo 8. Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente a todos

Objetivo 9. Construir Infraestruturas resilientes, promover a industrialização sustentável e inclusiva e fomentar a inovação

Objetivo 12. Assegurar padrões de produção e consumo sustentáveis

Objetivo 13. Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos

Objetivo 14. Conservação e uso sustentável dos oceanos, mares e recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.

Objetivo 15. Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade

© iStock

Extração de areia petrolífera, Alberta, Canadá

RECOMENDAÇÃO 3.
RECONHECER E REVERTER OS IMPACTOS DO COLONIALISMO INSIDIOSO E DO RACISMO ESTRUTURAL NA EQUIDADE EM SAÚDE

Em todas as Américas, o colonialismo, a escravidão e o racismo deles decorrrente foram catastróficos para as oportunidades de vida e a saúde, especialmente para os povos indígenas e os afrodescendentes. Os efeitos ainda são sentidos hoje em dia.

As relações de poder que começam com a conquista e a colonização de um grupo por outro, por razões então essencialmente econômicas, foram reforçadas por múltiplas exclusões de oportunidades, controle de poder e recursos, expropriação de terras e emigração em larga escala forçada. Essas relações estiveram presentes na vida de povos indígenas, afrodescendentes e

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
3A. Agir para tratar filosofias, culturas, políticas e práticas advindas do colonialismo histórico e atual	• Incluir afrodescendentes e comunidades indígenas na redação das leis, na concepção e no fornecimento de serviços e outras decisões que afetem sua vida. • Melhorar a coleta de dados desagregados e incluir povos indígenas e afrodescendentes nas pesquisas a fim de definir problemas e soluções. • Assegurar que pessoas de todas as etnias tenham acesso igualitário a serviços públicos que contribuam para a equidade em saúde e que os gastos com esses serviços sejam igualitários.
3B. Assegurar que afrodescendentes e povos indígenas tenham Liberdade para viver uma vida digna, inclusive através da afirmação de seus direitos distintos	• Reconhecer as desigualdades espaciais, culturais, sociais e intergeracionais como uma questão de direitos humanos para todos os grupos étnicos. • As entidades governamentais devem reconhecer e ser responsáveis pelos direitos distintos dos afrodescendentes e seguir os princípios da Década Internacional de Afrodescendentes das Nações Unidas. • Todos os Estados devem levar a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (DDPI) em legislação, políticas e práticas nacionais, assegurando aos povos indígenas os recursos e oportunidades necessários para exercer todos os seus direitos.
3C. Tomar medidas positivas para tratar o racismo sistemático	• Tratar o racismo pela educação pública, incluindo-o no governo, na sociedade civil e nas escolas. • Revisar a legislação, as políticas e os serviços existentes a fim de identificar e reestruturar as atividades que perpetuam o racismo. • Desenvolver e apoiar mecanismos nacionais independentes e interamericanos para lidar com casos de discriminação individual e sistemática. • Os governos devem endossar a posição da DDPI que afirma que os povos indígenas são iguais a todos os outros povos, ao mesmo tempo que reconhece o direito de todos os povos de ser diferentes, considerar-se diferentes e ser respeitados como tal.

A comunidade negra lutou ontem por liberdade e independência. Hoje, ela luta por oportunidades iguais e respeito aos direitos humanos.

Oscar Maturana, *Afrodescendientes en la independencia* [traduzido do original em espanhol]

© iStock

Rua decorada para comemorar a Copa do Mundo, com a seguinte mensagem "Racismo Não", Rio de Janeiro, Brasil

outras minorias excluídas desde o início formal da escravidão durante a colonização, e lá continuaram mesmo depois de sua abolição.

Há muitas dimensões do racismo e colonialismo insidiosos, inclusive nas áreas socioeconômica, política e cultural. Elas levam a múltiplos processos exclusivistas que resultam prejuízo para povos indígenas ou afrodescendentes, assim como outros grupos étnicos minoritários, cuja expectativa de vida mais baixa, expectativa de vida saudável mais baixa e taxas de mortalidade mais altas em todas as idades, quando comparadas com outros grupos étnicos, assim como uma gama de resultados mais pobres em determinantes sociais chave na área da saúde.

Nesta subseção, bem como em todo o relatório, descrevemos desigualdades vividas por povos indígenas e afrodescendentes que contribuem de maneira cumulativa para a perpetuação das iniquidades em saúde. De forma ideal, forneceríamos comparações sistemáticas das diferenças no acesso aos recursos e resultados por etnia em relação a todas as Américas.

Entretanto, por razões consideravelmente associadas com a herança colonial, estes dados nem sempre foram coletados de forma consistente nos diferentes países. Por exemplo, alguns desencorajam a coleta de dados referentes à etnia e raça. Quando havia informações disponíveis com raças ou ancestralidade misturadas, os dados foram coletados de forma inconsistente *(92, 93)*.

Os ODS e indicadores correlatos acordados pela Comissão Estatística das Nações Unidas em março de 2016 (94) cobrem muitas das áreas identificadas nesta análise como sendo uma fonte particular de desigualdade entre grupos raciais e étnicos nas Américas. Considerando o tamanho destes grupos no território em questão, muitos ODS, como a erradicação da fome e da pobreza, somente serão alcançados caso o progresso em múltiplas formas de desvantagens vivenciadas por grupos étnicas em todos os países das Américas seja possível *(95)*.

RAÍZES HISTÓRICAS DO COLONIALISMO E RACISMO INSIDIOSOS

Colonialismo e Povos Indígenas

A prolongada era do colonialismo nas Américas começou no final do século XV, principalmente liderado pelos espanhóis, portugueses, franceses e ingleses *(96)*. Os Estados colonialistas consideravam-se "civilizados", enquanto os povos e culturas indígenas seriam "selvagens", para legitimar a apropriação irregular de terras e recursos e a superimposição da cultura, as instituições e as línguas europeias ocidentais *(97, 98)*. A dicotomia selvagem/civilizado e o interesse espanhol em tomar os direitos sobre os territórios "descobertos" por Colombo em sua jornada em 1492 às Américas levaram o Papa Alexandre VI a emitir a Bula Papal Inter Coetera *(99)*, que reconhecia a propriedade das terras pelos povos cristãos *(100)*, efetivamente negando os direitos indígenas pela declaração destes territórios como *terra nullius* — sem dono. A Bula Papal, por sua vez, levou à Doutrina do Descobrimento *(98)*, que codificou a inelegibilidade dos povos não cristãos a ter direitos sobre as terras e recursos. Em 1823, a Suprema Corte dos Estados Unidos da América se baseou na Doutrina do Descobrimento no famoso caso Johnson v. M'Intosh (*101*) para extinguir o direito de posse de terra de povos nativos, outorgando-o ao "descobridor" da terra e deixando aos nativos apenas o direito de "ocupar a terra". A Doutrina do Descobrimento foi usada por muitos países nas Américas para extinguir ou subjugar os direitos dos povos indígenas a terras e recursos.

Apesar de o tamanho exato da população de povos indígenas nas Américas anteriormente à colonização não ser conhecido, um estudo recente sugere que aproximadamente 56 milhões de indígenas morreram nas Américas somente nos séculos XVI e XVII *(102)*. Outros dados mostram uma população pré-colonial de indígenas americanos nos Estados Unidos da América estimada em 10 milhões de pessoas, que no século XX tinha caído para menos de 400.000 *(103)*.

O menosprezo colonial ao considerar povos indígenas "selvagens" sem lei abriu as portas para profundos abusos em direitos humanos e tomada ilegal de terras e recursos que continuam a impactar a saúde deses povos ainda hoje *(104)*. As Nações Unidas oficialmente reprovaram o colonialismo nos anos 60. Mas apesar disso e de outros desdobramentos positivos (ver a lista de acordos internacionais pertinentes ao fim do material desta Recomendação 3), o Fórum Permanente sobre Questões Indígenas aponta que o colonialismo

continua existindo em muitos países *(97)*. Por exemplo, os serviços públicos geralmente não refletem as culturas e necessidades dos povos indígenas *(105)*, extração de recursos naturais pioram a saúde destes povos *(106)* e alguns países continuam a buscar políticas de extinção de seus direitos *(97)*.

Há aproximadamente 60 milhões de descendentes de povos indígenas vivendo nas Américas, com línguas, culturas e sistemas de conhecimento distintos. Estima-se que entre 40 e 50 milhões de indígenas vivam na América Latina, representando 10 por cento de sua população total, numa proporção que cresce para 27 por cento nas áreas rurais. A Bolívia (Estado Plurinacional da) e a Guatemala têm as maiores proporções de povos indígenas, perfazendo aproximadamente 50 por cento da população total em cada país. Além disso, entre 6 e 10 milhões de pessoas com ancestrais indígenas vivem nos Estados Unidos da América e no Canadá, representando 2 e 4 por cento da população, respectivamente *(107, 108)*.

Escravidão e afrodescendentes

Os primeiros escravizados foram trazidos da África em 1502 para trabalhar em Hispaniola, a ilha que hoje abrange o Haiti e a República Dominicana. Estima-se que o número de pessoas trazidas da África para as colônias no século XIX seja de mais de 10 milhões *(109)*. Inicialmente, eles eram trazidos para compensar a população indígena em rápido declínio em Espanhola, a fim de que trabalhassem nas plantações de açúcar. Nos 25 anos seguintes, os escravizados foram levados a Cuba, Jamaica, Honduras e Guatemala e, conforme a colônia foi se expandindo, também foram levados para o México, Colômbia, Venezuela (República Bolivariana da) e Peru para substituir as populações indígenas que tinham sido mortas por violência e doenças do Velho Mundo.

Na maior parte do século XVI, o comércio de escravizados era feito primariamente nas colônias sul-americanas dos impérios português e espanhol. Na fase subsequente, o comércio foi majoritariamente realizado por ingleses, portugueses, franceses e holandeses, que levavam os escravizados principalmente para o Caribe e o Brasil, expandindo-se no século XVIII *(110)*. O transporte de escravizados continuou depois de sua abolição na maioria dos países no século XIX, sendo responsável por mais de um quarto de todo o transporte realizado *(111)*.

Todos os escravizados estavam sujeitos às leis coloniais de estratificação social, embora estas variassem ligeiramente entre os poderes coloniais. Na América Latina, havia um sistema de castas baseado em ideais europeus de pureza racial e sucessão por sangue, que sistematicamente relegou os descendentes dos povos africanos à base da pirâmide social. Ele controlava não só direitos civis e religiosos, mas também o acesso à propriedade, serviços públicos, deslocamento e finanças. Seu legado aos afrodescendentes foi uma mobilidade social baixa e extrema carência *(93)*.

A abolição da escravidão tem uma história quase tão longa quanto a própria escravidão e o colonialismo nas Américas. A Grã-Bretanha baniu o tráfico negreiro em 1807 e o Congresso dos Estados Unidos da América proibiu a importação de escravizados a partir de 1808 *(112)*. A 13ª Emenda Constitucional dos Estados Unidos da América, que abolia a escravidão, foi sancionada pela maioria dos estados em 1865, mas não foi completa até que o Mississippi o fizesse em 1995 *(113)*. O final da abolição da escravidão durou de 1822 na República Dominicana a 1888 no Brasil *(114)*.

O Canadá também tem uma história de escravidão, embora seja geralmente tido como um país de refúgio para pessoas tentando escapar da escravidão dos Estados Unidos da América. As forças coloniais britânicas e francesas escravizaram afrodescendentes e indígenas *(115)*. Estes representavam dois terços dos escravizados no Canadá por um período de 200 anos, entre os séculos XVII e XIX. A escravidão foi proibida em 1833, com a assinatura da Lei de Abolição da Escravidão na Grã-Bretanha, que tornou a escravidão ilegal em todas as colônias britânicas *(116)*.

A população afrodescendente nas Américas hoje é estimada ao redor de 200 milhões, ou aproximadamente 30 por cento da população nesta região *(117)* e por volta de um quarto na América Latina *(93)*. De acordo com a definição adotada pelos Estados Americanos durante um encontro em 2011 da OEA em Santiago, no Chile, "afrodescendente" se refere a pessoas de origem africana que vivem nas Américas e em todas as áreas da diáspora africana como

resultado da escravidão, com o exercício de seus direitos fundamentais tendo sido historicamente negado *(118)*. A Secretaria do Censo dos Estados Unidos da América estima que 34 milhões de afrodescendentes vivam nos Estados Unidos da América (13 por cento da população) *(119)*. Os dados do censo de 2016 no Canadá identificaram 1.198.540 pessoas (3 por cento da população) com estas características vivendo no país *(120)*. A porcentagem da população afrodescendente na América Latina é de aproximadamente 90 por cento na República Dominicana e de mais de 50 por cento no Brasil e na Venezuela (República Bolivariana da) *(121)*.

PERPETUAÇÃO DAS DESIGUALDADES

Esta história de exploração dos povos indígenas e afrodescendentes, assim como o racismo institucional, deixou uma larga sombra que afeta as posições socioeconômicas, culturais e políticas dessas populações e seus direitos e oportunidades de ter uma vida saudável e digna. A diversidade dos processos que tiveram início durante o período colonial é a chave para se entender a heterogeneidade das relações raciais nesta região e os papeis dos povos indígenas e afrodescendentes na política, economia e sociedade *(92, 93)*. A negação frequente de tal situação e o fornecimento desigual de serviços públicos e contínua remoção forçada dos povos de suas terras aumentaram o trauma advindo do colonialismo e, em alguns casos, continuou a prejudicar os esforços para o tratamento das desigualdades em saúde e suas causas *(92, 105, 122–124)*.

Desigualdade e pobreza contínuas entres os povos indígenas

Os povos indígenas presentes na Comissão sobre Equidade da OPAS deixaram claro que o colonialismo contribui para o aumento vertical e horizontal das iniquidades em saúde que os afetam de forma física, emocional, espiritual e cognitiva, em todas as gerações. Um relatório do banco Mundial confirma que os povos indígenas de todo o mundo correm mais risco de ser pobres e viver níveis mais profundos de pobreza do que os povos não indígenas, por períodos mais longos, devido aos efeitos perversos e contínuos do colonialismo *(125)*.

Ainda que os determinantes do modelo de saúde sejam relevantes para os povos indígenas, tipicamente ele deixa de fora determinantes da saúde importantes para estas populações, como autodeterminação, relação com a terra e o universo, espiritualidade e conceito expansivo de tempo que reconhecem as obrigações junto aos ancestrais e gerações futuras *(104, 126, 127)*. Impelidos pelo ativismo indígena, alguns países na América Latina integraram estes princípios em suas respectivas constituições *(128)*.

Na América Latina e no Caribe, os povos indígenas correm aproximadamente três vezes mais risco de viver na pobreza profunda (com menos de US$ 2,50 por dia) e na pobreza extrema (com menos de US$ 1,25 por dia) do que os não indígenas *(92)*. A tendência à pobreza também é aparente nos países ricos das Américas. Por exemplo, no Canadá, mais de 60 por cento das crianças que vivem em reservas das Primeiras Nações são pobres, em comparação com os 41 por cento de todas as crianças indígenas e os 18 por cento de todas as crianças *(129)*.

Desigualdades e pobreza contínuas entre os afrodescendentes

Comparados com outros grupos étnicos, os afrodescendentes continuam a vivenciar maiores riscos de pobreza. Em condições similares, ser afrodescendente aumenta as probabilidades de ser pobre em 75 por cento em comparação com não afrodescendentes na Colômbia em 2016 e aumenta os riscos de viver na pobreza extrema em 140 por cento. Os afrodescendentes também têm mais risco de morrer mais cedo e de viver situações piores na saúde durante toda a sua vida, ser vítimas de violência, ser presos, ter seus direitos humanos violados, receber menos educação, assim como têm menos chances de ter um bom emprego do que não afrodescendentes. Estas desigualdades e exclusões estão relacionadas com a história da escravidão e o subjugo na região, sendo o racismo insidioso e as exclusões social e econômica ainda verificados em todos os países da região *(130)*. Estas situações são descritas em todo o relatório.

As populações afrodescendentes também enfrentam menores representações nos processos de decisão institucionais e políticos e baixos níveis de participação neles. Além disso, a discriminação contra o direito ao voto ainda os atinge nos Estados Unidos da América, onde há, em alguns

estados, limites no exercício do direito ao voto por pessoas com antecedentes criminais, incluindo infrações leves, que são, na prática, direcionadas a afrodescendentes *(122, 131)*.

A acumulação das desvantagens

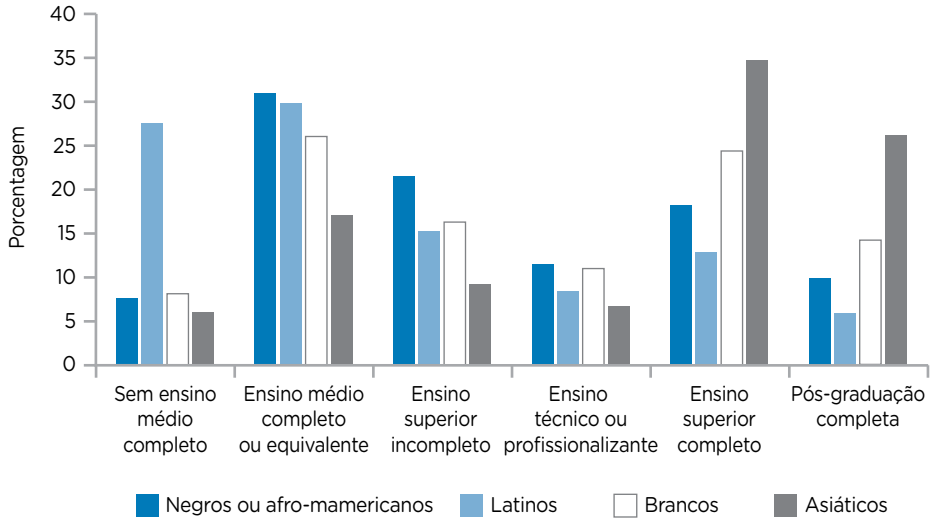
O fato de as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem afetarem sua saúde é central para este relatório. As desigualdades e a discriminação enfrentadas pelos afrodescendentes e povos indígenas têm efeitos intergeracionais nestas circunstâncias por toda a vida.

Os povos indígenas em toda a região têm significativamente menos chance de completar o ensino secundário. Há várias barreiras que impedem seu acesso à educação, que incluem a pobreza profunda, a dificuldade física no acesso às escolas, a inadequação do conteúdo e, especificamente para as meninas, a gravidez na adolescência ou a obrigação de cuidar dos membros da família. Aqueles que vivem na zona rural têm menos chance de frequentar o ensino secundário e de concluir todos os treze anos de escola. Viver em zonas rurais contribui para ampliar as desvantagens na educação dos povos indígenas. Suas chances de chegar à universidade são ainda mais limitadas *(117)*.

Já entre ps afradescendentes, os processos e consequências que estão por trás da acumulação de desvantagens educacionais podem ser ilustrados com o uso dos dados dos Estados Unidos da América. A Figura 3.18 mostra que o nível mais alto de escolaridade atingido em 2014 variou em relação à raça e etnia. Mais de um quarto dos hispânicos ou latinos viviam sob a ameaça de ter que deixar escola sem um diploma do ensino médio em comparação com o máximo de um em cada 12 nos outros grupos. Aqueles que se identificaram como negros ou afroamericanos tinham mais chances que os outros de se formar no ensino médio ou na faculdade sem obter um diploma de bacharelado ou de nível mais alto. Os asiáticos, e em menor nível os brancos, tinham mais chances de conseguir um diploma de bacharel ou de nível mais alto em comparação com os outros.

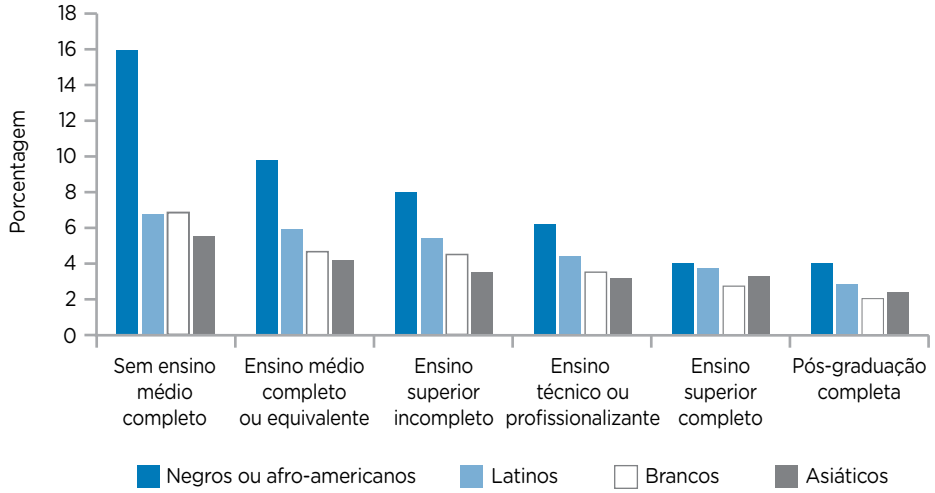
Este padrão de desvantagem educacional vivenciado em todos os grupos étnicos e raciais é amplificado no mercado de trabalho. Como se mostra na Figura 3.19, também relativo aos Estados Unidos da América, o nível de escolarização é um forte indicador do risco de estar desempregado. A cada nível de escolarização, estas chances são hierarquizadas com relação a raça e etnia. Em 2014, ser negro ou afrodescendente era associado aos riscos mais altos de cada nível, com taxas particularmente altas de

Figura 3.18.
Distribuição da escolaridade na mão de obra de acordo com raça/etnia nos Estados Unidos da América, 2014



Fonte: Secretaria de Estatísticas Trabalhistas dos Estados Unidos da América. Labor force characteristics by race and ethnicity, 2015 [Internet]; Setembro de 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2015/home.htm

Figura 3.19.
Taxas de desemprego de acordo com a escolaridade e raça/etnia nos Estados Unidos da América, 2014



Fonte: Secretaria de Estatísticas Trabalhistas dos Estados Unidos da América. Labor force characteristics by race and ethnicity, 2015 [Internet]; Setembro de 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2015/home.htm

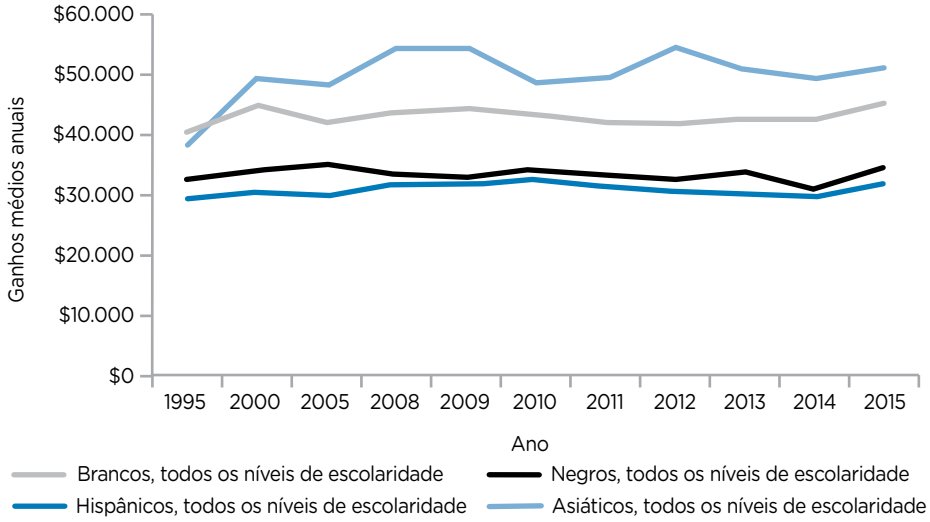
desemprego para aqueles que não tinham diploma de ensino médio ou cursos universitários.

Para os hispânicos e afrodescendentes com emprego, os ganhos ficaram de forma persistente aproximadamente US$ 10.000 abaixo de seus colegas brancos nos Estados Unidos da América, como mostra a Figura 3.20. As diferenças se relacionam principalmente às desigualdades nos salários daqueles que possuem diplomas como se mostra na Figura 3.21.

A TERRA COMO DETERMINANTE DA SAÚDE DE POVOS INDÍGENAS

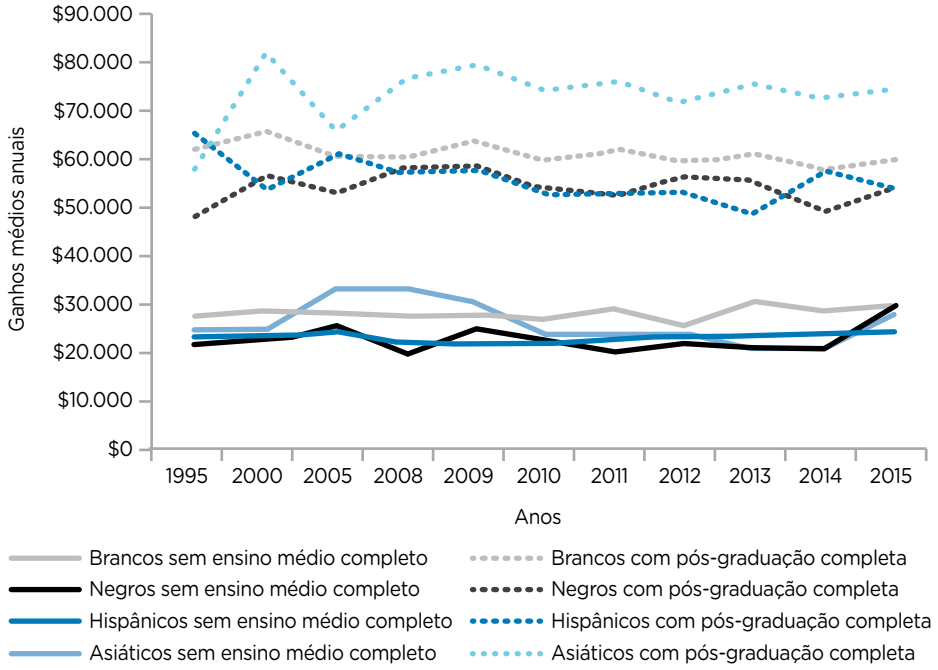
Muitos povos indígenas continuam a ter poderosas relações e simbioses com sua terra e a ecologia que

Figura 3.20.
Ganhos médios anuais de acordo com a etnia nos Estados Unidos da América, 1995–2015



Fonte: Dados da Secretaria do Censo dos Estados Unidos da América. Current population survey (CPS), annual social and economic supplement, 1996 through 2016 [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: https://www.census.gov/programs-surveys/cps.html

Figura 3.21.
Ganhos médios anuais de acordo com a escolaridade e etnia nos Estados Unidos da América, 1995–2015



Fonte: Dados da Secretaria do Censo dos Estados Unidos da América. Current population survey (CPS), annual social and economic supplement, 1996 through 2016 [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: https://www.census.gov/programs-surveys/cps.html

tradicionalmente definiu sua cultura e os criou. A terra, então, deve ser considerada um determinante da saúde e a interferência e/ou a exclusão de povos indígenas da terra, assim como a extração irresponsável de recursos e a contaminação industrial dos territórios indígenas, ameaçam a saúde e a equidade em saúde (ver também a recomendação 2).

Apesar de os povos indígenas nas Américas contarem com comunidades muito diversificadas, eles guardam entre si a semelhança da crença no fato de que é a terra que possui as pessoas, em oposição à visão ocidental de que são as pessoas que possuem a terra. À medida que muitos povos indígenas consideram os direitos à terra e aos recursos fatores determinantes da saúde, programas efetivos para combater as iniquidades na área da saúde devem levar em conta seu conhecimento e práticas de saúde, soberania e interesse pela terra *(132–134)*. Os povos indígenas consideram que o caminho que liga o colonialismo a iniquidades em saúde inclui a insegurança alimentar, o acesso inadequado a água potável e saneamento, o relacionamento com a ecologia e as práticas sustentáveis, assim como a interferência no acesso aos remédios e ao conhecimento médico tradicionais.

Insegurança hídrica e saneamento inadequado

A água é sagrada para muitos povos indígenas nas Américas e é uma das bases de sua cultura. Tradicionalmente os reinos da água, dos humanos, animais, espíritos e meio ambiente eram vistos como inter-relacionados, e o respeito à água era essencial para as ontologias e práticas indígenas. Ela era tida como uma força vital sagrada e não um produto, sendo usada para beber, tomar banho, no transporte, agricultura e cerimônias. Em muitas culturas indígenas, as mulheres são as guardiãs da água, já que a encaram como uma força que dá a vida e a mantém *(135–137)*. Quando os colonizadores chegaram, presumiram que os povos indígenas eram selvagens e que não tinham capacidade para gerenciar a terra e as água ou que não sabiam usar todo o seu potencial. Esta visão trouxe a apropriação forçada da terra, incluindo sua drenagem, irrigação de desertos, contaminação da água através do desenvolvimento não sustentável e expropriação de recursos, além da interferência na ecologia natural da água *(138)*.

O acesso desigual a água potável e a saneamento básico é um problema importante que enfrentam os povos indígenas nas Américas, particularmente

a grande parte deles que vive na zona rural ou em áreas remotas (ver também a recomendação 9). Dessa forma, um fornecimento inadequado de água é visto como uma manifestação contemporânea do colonialismo, à medida que continua forçando os povos indígenas a sair de suas terras tradicionais. A escala de insegurança hídrica entre os povos indígenas nas Américas é significativa. Por exemplo, em 2015, o Banco Mundial registrou que 80 por cento dos povos indígenas na zona rural do Estado Plurinacional da Bolívia não tinham acesso a água encanada *(92)*. A esse respeito, as condições para os povos indígenas são melhores na zona urbana, onde 12 por cento não têm acesso a água encanada — embora esse número seja um terço mais alto do que o que se refere aos não indígenas *(92)*.

No Canadá, o Secretário Parlamentar Orçamentário estima que um adicional de 3,2 bilhões de dólares canadenses é necessário para sanaear os mais de 151 locais com aviso de água contaminada em comunidades indígenas (dos quais dois terços são de longo prazo) *(139)*. Nos Estados Unidos da América, aproximadamente metade de todos os lares de nativos em terras tribais não contam com acesso confiável a água potável ou saneamento básico, em comparação com menos de 1 por cento dos demais americanos *(140)*. Esses déficits de água estão relacionados a uma saúde mais precária e a uma taxa de morbidade mais alta do que entre as populações não indígenas. As escolas às vezes também precisam ser fechadas por causa da falta de água potável *(140)*.

Insegurança alimentar

A relação próxima dos povos indígenas com a terra fomentou práticas sustentáveis e o equilíbrio ecológico *(141)*. O deslocamento forçado e a poluição ambiental interferiram nessas práticas sustentáveis, gerando uma insegurança alimentar generalizada entre os povos indígenas *(140, 141)*. As consequências da insegurança alimentar não se limitam à fome e a uma saúde mais precária entre os povos indígenas. O preâmbulo da Declaração de Atitlán (feita por povos e nações indígenas de mais de 28 países do mundo todo que se reuniram na Guatemala em abril de 2002) *(142)* aponta que:

> ...O Direito à Alimentação dos povos Indígenas é um direito coletivo baseado em nossa relação espiritual especial com a Mãe Terra, nossas terras e territórios, o meio ambiente e os recursos naturais que fornecem nossa alimentação tradicional; ressaltando que os meios de subsistência dos povos indígenas nutrem nossas culturas, língua, vida social, visão de mundo e especialmente nossa relação com a Mãe Terra; enfatizando que a negação do Direito à Alimentação aos povos indígenas não somente nos nega a sobrevivência física, mas também nossa organização social, nossas culturas, tradições, línguas, espiritualidade, soberania e identidade total; é uma negação de nossa existência indígena coletiva.

Já foi provado que a afirmação dos conhecimentos tradicionais sobre alimentação dos indígenas melhora a saúde destes povos.

IMPACTOS NA SAÚDE DO COLONIALISMO E RACISMO INSIDIOSOS

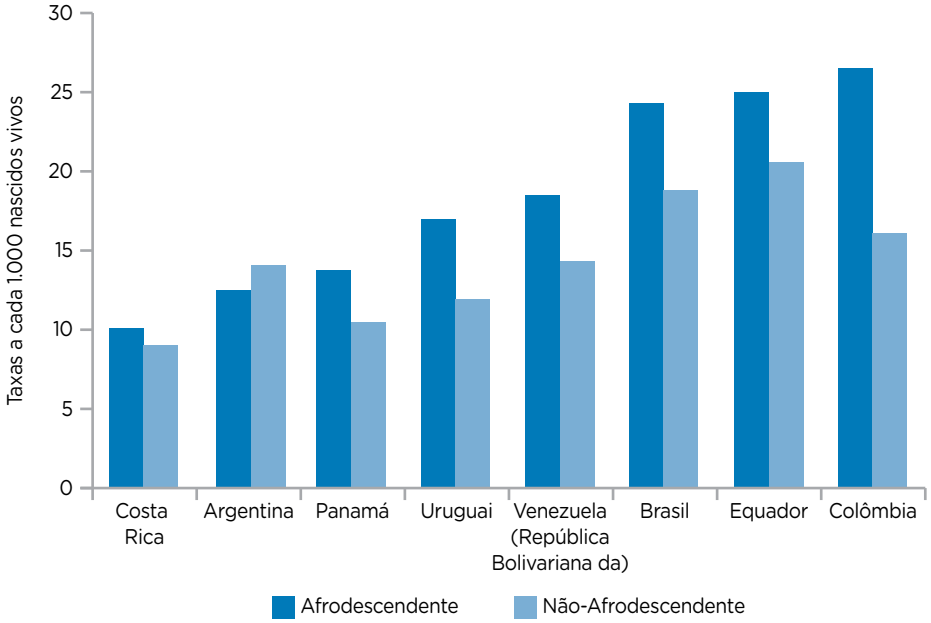
Mortalidade infantil e de menores de 5 anos

Em sete dos oito países da América Latina para os quais havia dados disponíveis, a mortalidade infantil foi maior entre as crianças afrodescendentes em 2010 (Figura 3.22).

As taxas de mortalidade infantil em 2010 eram maiores entre as crianças indígenas em 11 países da América Latina sobre os quais havia dados disponíveis. No Panamá e no Peru, por exemplo, a mortalidade infantil de crianças indígenas era três vezes mais alta do que a de crianças não indígenas *(4)*. Os dados disponíveis também mostram uma maior mortalidade materna entre as mulheres indígenas *(143)*. A Figura 3.23 mostra que as taxas de mortalidade de menores de 5 anos são bem mais altas entre os bebês e crianças indígenas.

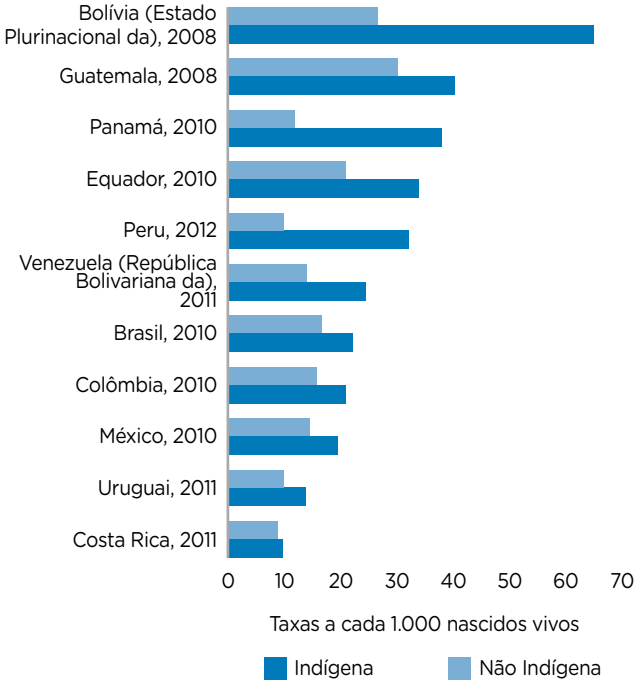
Nos Estados Unidos da América, a mortalidade de menores de 5 anos também varia entre os grupos étnicos. Em 2016, a taxa foi mais alta entre as crianças afroamericanas, com 11 mortes a cada 1.000 nascidos vivos, seguida pelos nativos americanos, os hispânicos e brancos não hispânicos, com 8, 5,2 e 4,8 mortes a cada 1.000 nascidos vivos, respectivamente *(144)*. Uma análise sistemática das evidências de vários anos nas taxas de mortalidade no Canadá entre as crianças das primeiras nações sugeriu que elas eram 2,9 vezes maiores do que as taxas de não indígenas e que a mortalidade infantil

Figura 3.22.
Taxa de mortalidade infantil de acordo com a etnia afrodescendente, 2010



Fonte: Comissão Interamericana de Direitos Humanos. The situation of people of African descent in the Americas. Washington, D.C.: OEA; 2011. Disponível (em inglês) em: http://www.oas.org/en/iachr/afro-descendants/docs/pdf/AFROS_2011_ENG.pdf

Figura 3.23.
Taxas de mortalidade de menores de 5 anos em países da América Latina com dados comparáveis, 2012 ou o mais recente possível



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama Social da América Latina 2016. Santiago: ECLAC; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/41599-social-panorama-latin-america-2016

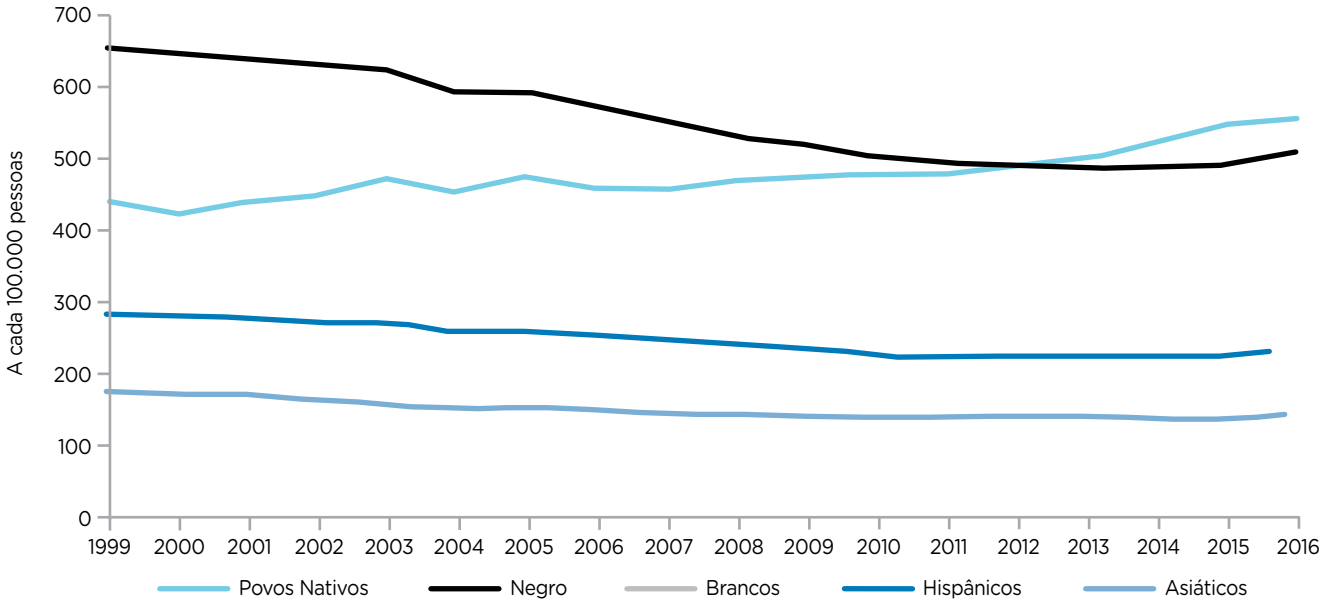
nas áreas habitadas por inuítes eram 4,6 vezes maiores do que aquelas relatadas para as áreas habitadas por não indígenas *(145)*.

Expectativa de vida

Nos Estados Unidos da América, a expectativa de vida de pessoas brancas e negras aumentou no último século *(146)*. A expectativa de vida de pessoas brancas ainda é maior do que a de negros, embora o intervalo entre elas tenha diminuído até 2001, para os homens, de uma diferença de 16 anos para 5, e para as mulheres, de 16 para 3 anos. Entretanto, há evidência de uma recente reversão na melhora das taxas de mortalidade que fundamentam a expectativa de vida. A Figura 3.24 mostra a tendência desde 1999. A mortalidade entre os brancos caiu apenas ligeiramente até 2010, depois aumentou ligeiramente até 2016. Houve grandes diminuições nas taxas de negros, hispânicos e asiáticos nos anos anteriores a 2010, mas, então, as melhorias diminuíram ou estagnaram e as taxas aumentaram entre 2014 e 2016. Em contraste com todos os outros grupos, a taxa de mortalidade dos nativos americanos aumentou a partir de 2000 e excedeu a dos negros em 2013. Em 2016, as taxas de mortalidade de negros e nativos americanos era de 43 e 56 por cento mais altas que a dos brancos, respectivamente *(147)*.

Figura 3.24.

Taxas de mortalidade ajustadas por idade e divididas de acordo com a raça e a etnia nos Estados Unidos da América, 1999–2016



Fonte: Woolf SH, Chapman DA, Buchanich JM, Bobby KJ, Zimmerman EB, Blackburn SM. Changes in midlife death rates across racial and ethnic groups in the United States: systematic analysis of vital statistics. BMJ. 2018;362:3096.

3A. AGIR PARA TRATAR DE FILOSOFIAS, CULTURAS, POLÍTICAS E PRÁTICAS ADVINDAS DO COLONIALISMO HISTÓRICO E ATUAL

Como mencionado anteriormente, para que os povos indígenas tenham uma vida é necessário levar em conta questões de autodeterminação, relações com a terra, espiritualidade e obrigações com ancestrais e gerações futuras *(104, 126, 127)*. Estimulados pelo ativismo indígena, alguns países da América Latina adicionaram esses princípios a suas constituições *(128)*.

Por exemplo, em 2008, o Equador mudou o Artigo 4 de sua Constituição como se segue. *(148)*:

> O território do Equador constitui um todo geográfico e histórico, com dimensões naturais, sociais e culturais que nos foram transmitidas por nossos antepassados e povos ancestrais. Esse território inclui o espaço marítimo e continental, ilhas adjacentes, mar territorial, o arquipélago de Galápagos, a terra, a plataforma continental, o solo sob a terra e o espaço sobre a parte continental e o território marítimo. Suas fronteiras são aquelas determinadas pelos tratados atualmente em vigor.

Ainda que o reconhecimento constitucional seja um passo adiante, a abrangência geralmente se limita à interpretação dos tribunais e tradições legais, que podem conter raízes coloniais e elementos indígenas que entram em conflito *(98, 149)*.

Os direitos dos afrodescendentes, enquanto um grupo que sofre discriminação e exclusão intergeracionais, precisam ser reconhecidos em todos os níveis da sociedade também. O déficit de reconhecimento e autorreconhecimento que persiste entre essa população geralmente significa que a legitimidade da adoção de diferentes perspectivas é questionada em muitos países. Entretanto, a maioria dos países tem mecanismos governamentais para a promoção da igualdade racial.

Na América Latina, em 1986, a Nicarágua se tornou o primeiro país a reconhecer os direitos coletivos das comunidades negras junto com o reconhecimento dos direitos das comunidades indígenas. Até a década de 90, um pequeno número de outros países seguiu o feito, inclusive o Brasil (1988), que inclui direitos sobre as terras e culturas para os quilombolas em sua reforma constitucional, e a Colômbia (1991), que reconheceu os direitos das comunidades afrodescendentes na costa pacífica do país *(150)*.

Nos Estados Unidos da América, em contraste com a legislação positiva quanto aos direitos civis e os esforços recentes em relação a ações afirmativas, no início de julho de 2018, a nova administração retirou os decretos emitidos pelo presidente Barack Obama em 2011 e 2016 que tinham como objetivo reforçar a aplicação de ações afirmativas para o apoio ao acesso de afrodescendentes à educação superior.

A Tabela 3.1 abaixo descreve as medidas e ações afirmativas para a participação de afrodescendentes na América Latina.

> Demonstraremos que somos culturas que evoluem e que mudamos a "poluição cultural" a que somos submetidos e a imagem de atraso e pobreza que nos foi atribuída.
>
> **Rigoberta Menchú,**
> **Prêmio Nobel da Paz em 1992.**

Tabela 3.1.
Medidas legislativas nacionais e seu conteúdo e alcance em alguns países da América do Sul

País	Lei e ano	Conteúdo e alcance
Bolívia (Estado Plurinacional da)	Artigo 32: "Afrobolivianos gozam dos mesmos direitos garantidos a indígenas."	Direitos constitucionais que permitem a candidatura a um cargo reservado a grupos étnicos minoritários na Câmara dos Deputados anteriormente ocupado por um afrodescendente.
Brasil	Lei nº 12.990 de junho de 2014. Quotas de acesso a cargos públicos para afrodescendentes.	Na administração pública federal, municípios, órgãos públicos e empresas de capital misto, controlados pela União, 20 por cento das vagas oferecidas em concursos públicos para a ocupação de cargos efetivos e públicos na área de administração pública federal. Apoio Unânime do Supremo Tribunal em 2018.
Colômbia	O artigo 176 da Constituição Política prevê dois postos na Câmara dos Representantes (deputados) designados às Comunidades Negras da Colômbia de acordo com a Lei 649 de 2001. A Lei 70 de 1993 reivindica um fundo especial para estudantes afrocolombianos com recursos econômicos limitados e um bom desempenho acadêmico.	Artigo 3 da Lei 649 de 2001: "Membros da Comunidade Negra que pretendam candidatar-se à Câmara dos Representantes através desta circunscrição especial devem ser membros da respectiva comunidade e terem sido aprovados anteriormente por uma organização registrada pela Diretoria de Assuntos das Comunidades Negras do Ministério do Interior." O Fundo Especial de Créditos foi regulamentado pelo Decreto 1627 de 1996. Desde então, já beneficiou aproximadamente 25.000 jovens.
Equador	Decreto nº 60 de 2009. Adota o Plano Plurinacional para Eliminar a Discriminação Racial e a Exclusão Étnica e Cultural.	Prevê ações afirmativas para o acesso a cargos públicos a afroequatorianos e outros grupos que sofrem discriminação em uma porcentagem correspondente à sua população. A incorporação de aproximadamente 30 afrodescendentes nos corpos diplomáticos do país, através de mecanismos preferenciais, é um exemplo de aplicação.
Uruguai	Lei nº 1922 de 2013. Afrodescendentes: Normas a favor de sua participação nas áreas da educação e trabalho.	Concede 8 por cento dos cargos públicos a afrodescendentes como ação afirmativa e de reparação, além de reconhecer a discriminação histórica contra os afrodescendentes.

Fontes: Murillo Martínez PE. The 2030 Agenda: The recognition of rights and empowerment of the Afro-descendant population in Latin America and the Caribbean. Affirmative action measures to promote political participation and reduce the citizenship deficit of people of African descendent in the Americas [não publicado]. Bogotá: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2018.

Exemplos de ações afirmativas

Estas ações foram implementadas principalmente no campo da educação. A experiência mostra que, quando mantidas, estas ações têm impactos positivos.

- **Quotas para formação de professores, Estado Plurinacional da Bolívia.** Em 2005, o Ministério da Educação concedeu 20 por cento das atuais quotas anuais de formação de professoras de ensino secundário para indígenas e afrobolivianos sem um exame de acesso.[1]
- **Política para a entrada de jovens afrodescendentes nas universidades, Brasil.** Estabelecido em 2003, este sistema de quotas (40 por cento) mostrou uma redução significativa na desigualdade de renda étnico-racial no período de 2004–2014.
- **Fundo de empréstimos estudantis, Colômbia.** Um fundo para empréstimos a alunos afrocolombianos com recursos econômicos limitados e bom desempenho acadêmico foi estabelecido em 1996.
- **Política de cargos públicos, Equador.** Em 2009, o Equador assegurou o acesso a cargos públicos do governo a afroequatorianos na proporção de sua população.
- **Quotas de Bolsas, República Bolivariana da Venezuela.** Em 2005, a República Bolivariana da Venezuela estabeleceu quotas de bolsas para jovens afrodescendentes em institutos profissionais e de formação.

Comissão da Verdade e Reconciliação, Canadá

A Comissão da Verdade e Reconciliação foi estabelecida no Canadá em 2008 para documentar os impactos históricos e presentes do sistema de escolas residenciais indígenas sobre os alunos indígenas e suas famílias. Seus objetivos gerais eram focar a promoção da reabilitação, educação, escuta e preparação e um relatório para todas as partes, incluindo recomendações para o governo. O relatório final foi publicado em 2016 e contém 94 advertências, incluindo o abandono da Doutrina do Descobrimento e a completa implementação da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas.[2]

Fontes: [1] Schipper CJ. Teacher training in Bolivia and the implementation of the 2010 education reform [master's thesis]. Amsterdam: Graduate School of Social Sciences, University of Amsterdam; 2014.
[2] Nações Unidas. Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas (A/RES/61/295), Artigos 3–5. Resolução adotada pela Assembleia Geral em 13 de setembro de 2007. Nova Iorque: ONU; 2007. Disponível (em inglês) em: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf

© iStock

Protesto "As Vidas Negras Importam", Baltimore, Estados Unidos da América

Exemplos de políticas, programas e práticas para tratar de filosofias, culturas, políticas e práticas advindas do colonialismo

O **Movimento dos Direitos Civis** foi um esforço de massa que teve, como a movimentação em prol de justiça social, que ocorreu principalmente entre os anos 50 e 60 com o objetivo de que afrodescendentes tivessem direitos iguais perante as leis dos Estados Unidos da América. Um século antes, a Guerra Civil tinha levado à abolição oficial da escravidão, mas os afrodescendentes continuavam a enfrentar os efeitos devastadores do racismo, especialmente no sul. Em meados do século XX, os afroamericanos, ao lado de muitas pessoas brancas, se mobilizaram e iniciaram uma luta por igualdade sem precedentes que se desenrolou por duas décadas e continua até hoje.[1]

Em 1957, o presidente Eisenhower assinou a Lei dos Direitos Civis. Ela permitia processar qualquer um que tentasse proibir alguém de votar, além de criar uma comissão para a investigação de fraudes nas votações.[2] Embora todos os americanos tivessem conquistado o direito ao voto, muitos estados do sul tornavam praticamente impossível que um afrodescendente votasse. Geralmente era preciso que eles fossem aprovados em testes de alfabetização confusos, maliciosos e extremamente difíceis.

A simbólica **Lei dos Direitos Civis de 1964** iniciou um processo de desagregação envolvendo uma luta ainda presente. O Parágrafo VI da Lei proíbe a discriminação baseada em raça, cor ou origem tanto por entidades públicas como privadas agraciadas com assistência financeira pelo governo. O objetivo era assegurar que a grande máquina do financiamento federal do bem-estar social fosse usada para reduzir a segregação e a discriminação em todas as suas formas.[3]

Fontes: [1] National Humanities Center. The Civil Rights Movement: 1919–1960s [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://nationalhumanitiescenter.org/tserve/freedom/1917beyond/essays/crmcredits.htm
[2] Carson C. Martin Luther King, Jr. and the global freedom struggle. Stanford: The Martin Luther King, Jr. Research and Education Institute; 2008.
[3] Purdum TS. An idea whose time has come: two residents, two parties, and the battle for the Civil Rights Act of 1964. Nova Iorque: Henry Holt; 2014.

3B. ASSEGURAR QUE AFRODESCENDENTES E INDÍGENAS TENHAM LIBERDADE PARA VIVER UMA VIDA DIGNA, INCLUSIVE ATRAVÉS DA AFIRMAÇÃO DE SEUS DIREITOS DISTINTOS

As Nações Unidas oficialmente reprovaram o colonialismo nos anos 60 ao adotar a Declaração sobre a Concessão da Independência aos Países e Povos Coloniais.

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (DDPI) foi adotada em 2007 (151) e a Organização dos Estados Americanos (OEA) adotou a Declaração Americana sobre os Direitos do Povos Indígenas (DADPI) em 2016 *(152)*. A DDPI e a DADPI reconhecem os direitos individuais e coletivos dos povos indígenas à equidade em saúde e às práticas/medicina tradicionais, incluindo as tradições espirituais nos direitos temáticos dos povos indígenas à autodeterminação, autodefinição e não-discriminação e a ser consultados de forma livre, informada e com antecedência sobre os assuntos que os afetem. A DDPI coloca os direitos dos povos indígenas à autodeterminação como um direito fundamental e um antecedente necessário para a restauração dos direitos à terra e aos recursos e ao gozo completo dos direitos humanos.

Em 2002, a Declaração de Atitlán propôs várias soluções para a profanação das terras indígenas, incluindo a adoção completa da DDPI e a eliminação dos poluentes orgânicos persistentes, ameaças de mudanças climáticas e a privatização da água. Outras reformas incluem os esforços positivos para a restauração e apoio aos conhecimentos, sistemas e esforços dos povos indígenas em restabelecer e usar de forma sustentável práticas ambientais e sistemas de alimentação tradicionais *(142)*.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (94) se refere aos povos indígenas seis vezes: três vezes na declaração política, duas vezes nas metas dos ODD2 sobre a fome zero (meta 2.3) e no Objetivo 4 sobre a educação (meta 4.5) e uma vez na seção de seguimento e revisão, que pede a participação dos povos indígenas. Há evidência de que o conhecimento indígena pode contribuir para salvaguardar a biodiversidade e, por extensão, a segurança hídrica e alimentar, descrita na recomendação 2 *(153)*. O valor do conhecimento indígena, incluindo o conhecimento sobre a segurança alimentar, está ganhando terreno nos esforços internacionais para se enfrentar a degradação ambiental e as mudanças climáticas.

Supervisionada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), a Convenção para a Salvaguarda do Patrimônio Cultural Imaterial (154) prevê a salvaguarda de práticas culturais e sociais indígenas. Por exemplo, reconhece as práticas dos povos do estado mexicano de Michoacán por seu cultivo alimentar, colheita, rituais (como o Dia dos Mortos) e preparo e compartilhamento alimentar extensivos *(155)*. Conforme apontado por Santilli *(155)*, as práticas e o conhecimento alimentares podem ser reconhecidos como "patrimônio cultural imaterial".

A Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou a Década Internacional de Afrodescendentes (2015–2024) com o tema "Afrodescendentes: reconhecimento, justiça e desenvolvimento". A Década tem como principal objetivo a promoção do gozo pleno dos direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos de afrodescendentes, além de sua participação plena e igualitária em todos os aspectos da sociedade. A Década é uma oportunidade para salientar as importantes contribuições feitas pelos afrodescendentes e para propor medidas concretas de igualdade e combate à discriminação de qualquer tipo *(156)*.

Outras conquistas importantes para a ação contra a discriminação de afrodescendentes nas Américas são a Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância de 2013 *(157)* e o relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos de

2011 sobre a situação dos afrodescendentes nas Américas *(118)*.

O processo de reconhecimento que a América Latina iniciou inclui as expressões formais de apologia histórica aos afrodescendentes quanto à escravidão decretada pelos governos da Costa Rica e do Peru, em resposta às demandas dos líderes afrodescendentes destes países em relação às compensações.

© iStock

Protesto contra demarcação de território Indígena, São Paulo, Brasil

Exemplos de práticas de autodeterminação, Canadá e Estados Unidos da América

Há evidências de que a autodeterminação — ter controle sobre as decisões-chaves em sua vida — pode ter um papel no tratamento dos fatores que estão por trás das desigualdades em saúde, como a pobreza. Embora não seja uma solução, a soberania de povos indígenas, manifestada no "controle genuíno das decisões sobre os negócios deste povo e do uso de seus recursos, contribui para o sucesso de algumas intervenções e falha de outras".[1] Os povos que apresentam autodeterminação traduzem sua liberdade de programas federais inflexíveis e muitas vezes inadequados em progresso social e educacional através do estabelecimento de seus próprios serviços. Alguns exemplos:

- A Nação Tohono O'odham do Arizona, Estados Unidos da América, opera um centro de alta qualidade nos cuidados de idosos.
- A Nação Potawatomi do Oklahoma, Estados Unidos da América, estabeleceu um sistema judiciário que inclui tribunais de segunda instância e restabeleceu a língua indígenas nos sistemas escolares.[2]
- Pesquisadores que investigavam as altas taxas de suicídio entre jovens nas comunidades das Primeiras Nações em British Columbia, Canadá, descobriram que 90 por cento deles ocorriam em menos de 10 por cento das comunidades das Primeiras Nações. Concluíram que as comunidades com taxas de suicídio nulas ou baixas tinham mais "continuidade cultural", reforçada pelos níveis mais altos de autogovernança, expressados no comprometimento ativo nos processos de autogovernança, controle da atenção à saúde, educação, policiamento e bem-estar infantil, e mais a presença de mulheres no governo.[3]

O Honoring Nations, nos Estados Unidos da América, é um programa de premiação que identifica e compartilha exemplos notáveis de governança de comunidades indígenas que demonstrem a importância da autogovernança, se mantenham fiéis ao princípio de que elas detêm a chave para a prosperidade social, política, cultural e econômica, e afirmam que a autogovernança tem um papel crucial na construção e no apoio de nações indígenas fortes e saudáveis. Até hoje, o Honoring Nations reconheceu 130 programas, práticas e iniciativas de governança exemplares de comunidades indígenas e organizou cinco simpósios sobre o assunto.[4]

Em junho de 2018, A OEA criou o Fundo para o Desenvolvimento da População Afrodescendente das Américas, que tem potencial para se tornar uma medida especial para as compensações históricas a afrodescendentes.[5]

Fontes: [1] Cornell S, Kalt JP. What can tribes do? Strategies and institutions in American Indian economic development. Los Angeles: American Indian Studies Center, UCLA; 1992.
[2] Cornell S, Kalt JP. American Indian self-determination: the political economy of a policy that works, HKS Faculty Research Working Paper Series RWP10–043. Cambridge: John F Kennedy School of Government, Harvard University; 2010. Disponível (em inglês) em: https://www.hks.harvard.edu/publications/american-indian-self-determination-political-economy-policy-works
[3] Chandler M, Lalonde C. Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In: Kirmayer L, Vlaaskakis G, editors. Healing traditions: the mental health of Aboriginal peoples in Canada. Vancouver: University of British Columbia Press; 2008: 221–48.
[4] Harvard Project on American Indian Development. About Honoring Nations [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: https://hpaied.org/honoring-nations
[5] Murillo Martínez PE. The 2030 Agenda: The recognition of rights and empowerment of the Afro-descendant population in Latin America and the Caribbean. Affirmative action measures to promote political participation and reduce the citizenship deficit of people of African descent in the Americas [não publicado]. Bogotá: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2018.

3C. TOMAR MEDIDAS POSITIVAS PARA ENFRENTAR O RACISMO SISTEMÁTICO

A pobreza, como indicado por Rigoberta Menchu, Prêmio Nobel da Paz, foi imposta aos povos indígenas e, como mostramos, trata-se de um racismo vivido tanto por indígenas como por afrodescendentes.

Abaixo, destacamos exemplos de políticas e programas projetados para enfrentar, ou ao menos melhorar a adversidade da vida daqueles que vivenciam os efeitos negativos combinados do racismo e da pobreza.

Exemplos de programas e políticas para tratar o racismo sistemático

Lei da Atenção Acessível (ACA), Estados Unidos da América, 2010. A mudança nas bases da atenção à saúde nos Estados Unidos da América trazida pela Lei da Atenção Acessível de 2010 ofereceu oportunidades significativas para que afroamericanos e outros grupos minoritários e pouco representados obtivessem atenção à saúde dentro do sistema Medicaid. Apesar de todos os grupos étnicos e raciais terem enfrentado reduções na taxa de não segurados entre 2013 e 2016, as quedas foram mais baixas nos grupos de pessoas brancas.

Os ganhos de cobertura foram particularmente grandes para os hispânicos, mas os asiáticos e os negros também tiveram reduções mais altas em suas taxas de não segurados do que os brancos. Entretanto, nem todos os estados passaram pela expansão do Medicaid de acordo com a ACA, o que trouxe consequências negativas para o acesso e a situação de saúde das minorias e da população pobre. O Texas e o Mississippi — estados com percentuais de população negra mais altos — estão entre os 17 estados que rejeitaram a expansão do Medicaid. De acordo com a Kaiser Foundation, 40 por cento dos adultos negros elegíveis vivem em estados que rejeitaram a expansão do Medicaid e têm duas vezes mais chances do que brancos e hispânicos de permanecer sem seguro.[1]

Princípio de Jordan. Jordan River Anderson, da Norway House Cree Nation do Canadá, passou mais de dois anos no hospital sem que houvesse necessidade porque várias instâncias do governo do Canadá discordaram do pagamento de seu tratamento domiciliar por ele se destinar às Primeiras Nações. Jordan morreu sem deixar o hospital. O nome desse princípio é uma homenagem a ele e assegura que as crianças das Primeiras Nações possam ter acesso, sem discriminação, aos serviços públicos.[2] Ele foi aprovado pela Câmara dos Deputados do Canadá em 2007, mas levou mais 11 anos e quatro decisões judiciais para que o governo começasse a implementá-lo.[3]

Programa Conozca a su Hijo, Chile. O programa CASH foi desenvolvido nos anos 80 para ajudar mães indígenas e seus filhos, que viviam abaixo da linha da pobreza. Os serviços incluem estímulos na primeira infância, educação parental e apoio, serviços de nutrição, proteção social, educação pré-escolar, serviços de intervenção na primeira infância para crianças com atraso na aprendizagem ou deficiências, e atividades participativas nas comunidades. Ele resultou em taxas mais altas de desenvolvimento linguístico em comparação com crianças que não haviam participado do programa. As crianças que participaram também apresentaram taxas de

Fontes: [1] Noonan AS, Velasco-Mondragon HE, Wagner FA. Improving the health of African Americans in the USA: an overdue opportunity for social justice. Public Health Rev. 2016;37:12.
[2] Grupo de Trabalho sobre o Princípio da Jordânia. Sem atraso, negação ou interrupção: assegurar o acesso das crianças das Primeiras Nações a serviços equitativos por meio do Princípio da Jordânia. Ottawa: Assembleia das Primeiras Nações; 2015.
[3] Tribunal Canadense de Direitos Humanos. First Nations Child and Family Caring Society of Canada and Assembly of First Nations v. Attorney General of Canada. Ottawa: Tribunal Canadense de Direitos Humanos; 2017.

(continua na página seguinte)

Exemplos de programas e políticas para lidar com o racismo sistemático *(continuação)*

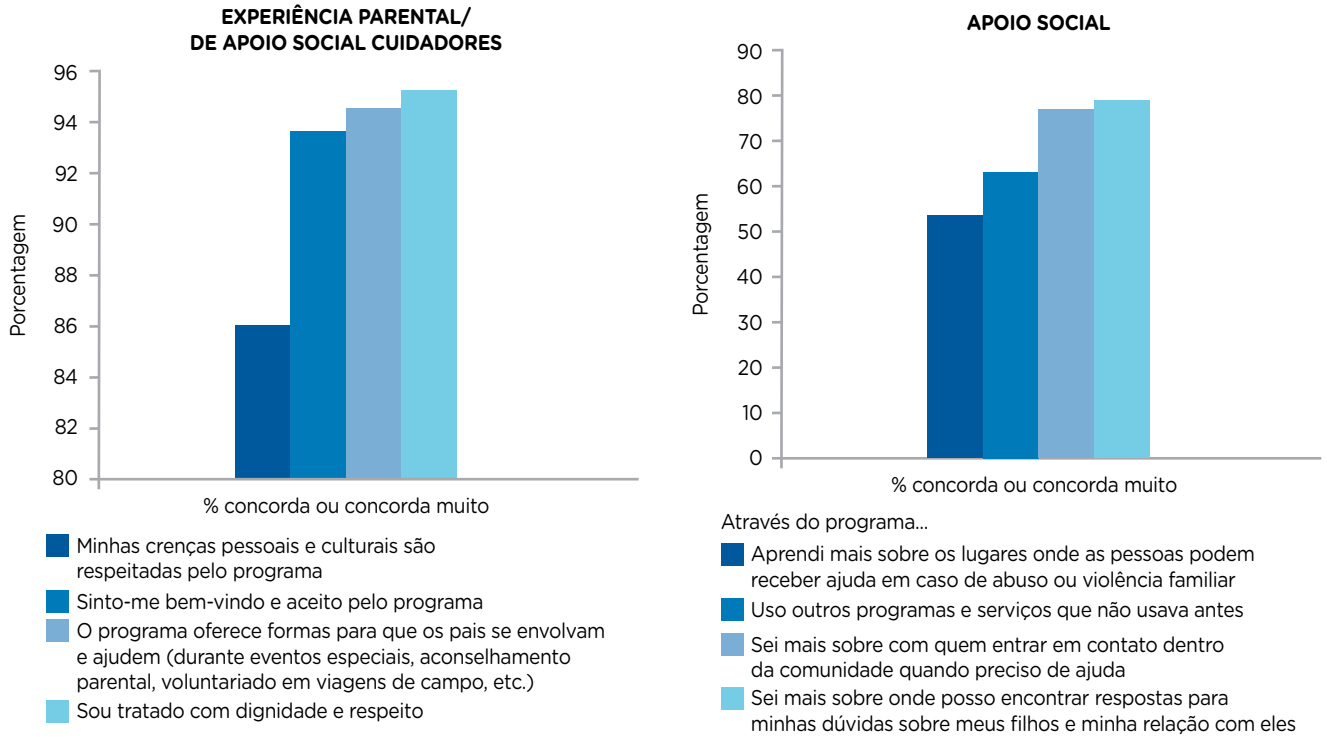
desenvolvimento cognitivo mais altas em comparação com o grupo de controle ao entrar no primeiro ano do ensino fundamental.[4]

Programa Fortalecendo as Crianças [Kalla Wawa], Estado Plurinacional da Bolívia. Este programa informal voltado aos pais e com base na comunidade foi estabelecido em 2004 para dar apoio a mulheres quechua. O programa oferece sessões de linguagem e escrita para apoiar a habilidade prática de mulheres para cuidar de seus filhos em casa. Outros componentes do programa incluem saúde, nutrição, desenvolvimento psicossocial e proteção à criança.[4]

Programa de Vantagem Aborígine em Comunidades Urbanas e do Norte (AHSUNC), Canadá. Em 1995, o governo do Canadá estabeleceu este programa para ajudar a melhorar o desenvolvimento infantil e a preparação escolar de crianças das Primeiras Nações, Inuíte e Méties, vivendo em centros urbanos e grandes comunidades na região norte do país. Os pais, os familiares e os membros das comunidades são incentivados a ter um papel no programa. Também são construídas relações com outros programas e serviços da comunidade para que as crianças tenham os melhores cuidados. A Figura 3.25 descreve seus impactos.[5]

Fontes: [4] Vegas E, Santibáñez L. The promise of early childhood development in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2012. Disponível (em inglês) em: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079922573/ECD_LAC.pdf
[5] Governo do Canadá, Public Health Agency of Canada. The impact of the Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities (AHSUNC) program on school readiness skills [Internet]; 2012. Disponível (em inglês) em: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/aboriginal-head-start/school-readiness-study-fact-sheet-en.pdf

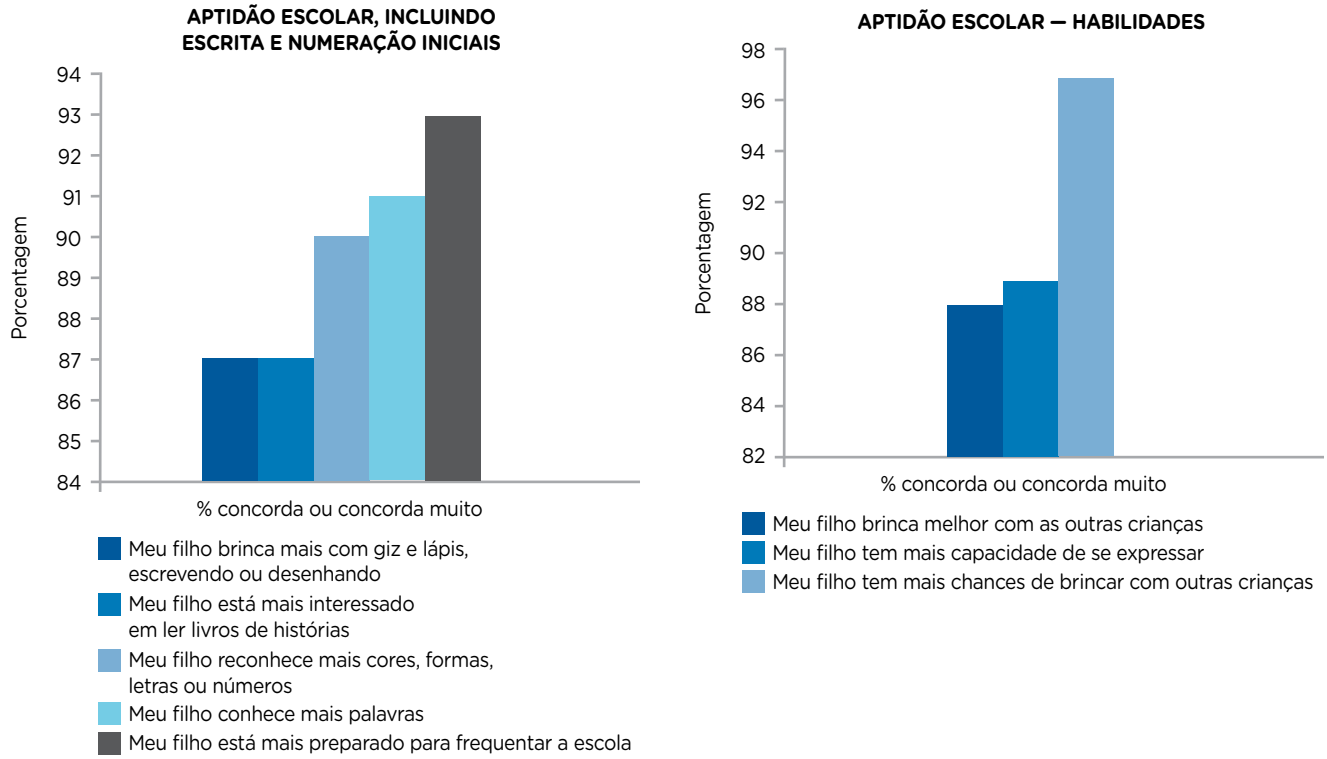
Figura 3.25.
Impacto do programa de assistência pré-escolar para pessoas de comunidades urbanas e do norte (AHSUNC) no Canadá, 2012



(continua na página seguinte)

Figura 3.25. *(continuação)*

Impacto do programa de assistência pré-escolar para pessoas de comunidades urbanas e do norte (AHSUNC) no Canadá, 2012

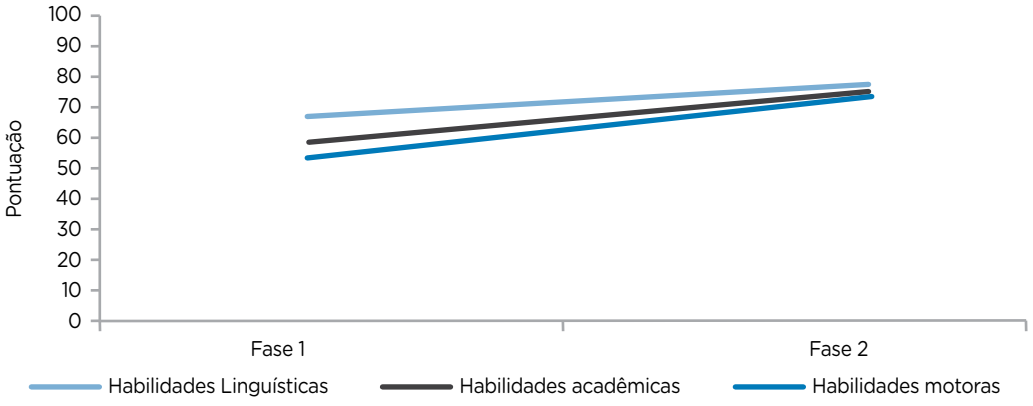


Fonte: Governo do Canadá, Agência de Saúde Pública do Canadá. The impact of the Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities (AHSUNC) program on school readiness skills [Internet]; 2012. Disponível (em inglês) em: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/aboriginal-head-start/school-readiness-study-fact-sheet-en.pdf

A Figura 3.26 mostra o impacto do programa AHSUNC nas habilidades motoras, linguísticas e acadêmicas das crianças. Todas elas mostram um impacto positivo, aumentando sua pontuação em mais de 10 pontos em cada caso.

Figura 3.26.

Impacto do programa de Vantagens Aborígines em Comunidades Urbanas e do norte (AHSUNC) no Canadá, 2012



Fonte: Governo do Canadá, Agência de Saúde Pública do Canadá. The impact of the Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities (AHSUNC) program on school readiness skills [Internet]; 2012. Disponível (em inglês) em: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/aboriginal-head-start/school-readiness-study-fact-sheet-en.pdf

Exemplos de programas educacionais para povos indígenas

Ensino Fundamental e Médio

Secretaria de educação das Primeiras Nações, Canadá. O Mi'kmaw Kina'matnewey foi estabelecido em 2004 como secretaria educacional das Primeiras Nações independente do governo federal. Com a função de consultoria e não de controle, as escolas secundárias Mi'kmaq priorizam a educação cultural e a língua M'kmaq. Entre 2012 e 2013, a taxa de formação era de mais de 87 por cento em comparação com a média nacional das Primeiras Nações de somente 35 por cento.[1]

Ensino Superior

Há um crescente incentivo para que os povos indígenas participem do ensino superior na América Latina. Diversas instituições interculturais de ensino superior de várias origens foram criadas. Elas vão desde iniciativas públicas, como a Rede de Universidades Interculturais liderada pelo governo mexicano, até institutos criados pelos próprios povos indígenas, como a Universidade Kawsay no Estado Plurinacional da Bolívia e a Universidade das Regiões Autônomas da Costa Caribenha Nicaraguense (URACCAN) e a Bluefields Indian and Caribbean University, ambas nas regiões autônomas da Nicarágua. Nove países latino-americanos têm hoje algum tipo de universidade indígena ou intercultural, oferecendo uma rede de experiências nas quais se basear no futuro.[2]

Conhecimento alimentar tradicional

Programa de horticultura tradicional, Dakotas do Norte e do Sul, Estados Unidos da América. A afirmação dos conhecimentos e práticas alimentares tradicionais dos povos indígenas pode melhorar sua saúde. Em 2009, o povo Standing Rock Sioux das Dakotas do Norte e do Sul iniciaram um programa de horticultura tradicional para combater diabetes tipo 2 e obesidade. Guiado por um conselho de anciãos, o programa envolveu a semeadura de alimentos tradicionais em 154 pomares de oito distritos deste povo, contando com eventos educacionais, mercados de agricultores, atividades de produção e conservação de alimentos e a publicação de receitas que incorporassem os alimentos tradicionais. Foi dada forte ênfase na inclusão de crianças e jovens. Os impactos positivos incluem um maior nível de atividades físicas relacionadas à horticultura, a melhoria do acesso e uso de alimentos saudáveis e o fortalecimento dos conhecimentos sobre alimentação.[3]

Programas similares existem no Canadá e em outros países das Américas.[4] A maioria deles se desenvolve nos territórios tradicionais dos povos indígenas, mas também são feitos esforços para expandir as escolhas de alimentos tradicionais de povos indígenas que vivem longe de suas terras e em áreas urbanas através do cultivo de hortas tradicionais[5], da importação de alimentos da zona rural para a zona urbana[6] e de atividades educacionais públicas.

Fontes: [1] Cape Breton University. Contemporary Mi'kmaq [Internet]; [citado em 23 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.cbu.ca/indigenous-affairs/unamaki-college/mikmaq-resource-centre/mikmaq-resource-guide/contemporary-mikmaq-kiskukewaq-mikmaq/
[2] Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama Social da América Latina 2004. Santiago: ECLAC; 2005. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/1222-social-panorama-latin-america-2004
[3] Kuhnlein HV, Erasmus B, Spigelski D, Burlingame B, editors. Indigenous peoples' food systems and wellbeing. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment; 2013. Disponível (em inglês) em: http://www.fao.org/3/i3144e/i3144e00.htm
[4] Earle L. Traditional Aboriginal diets and health. Prince George: National Aboriginal Collaborating Center on Aboriginal Health; 2013. Disponível (em inglês) em: https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/emerging/FS-TraditionalDietsHealth-Earle-EN.pdf
[5] Earle L. Tu'wusht Garden Project [Internet]; 2011 [citado em 24 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/emerging/FS-TraditionalDietsHealth-Earle-EN.pdf
[6] Ottawa Inuit Children's Center. AHS six components [Internet]; 2011 [citado em 24 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://www.ottawainuitchildrens.com/ahs-six-components/

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Declaração sobre a Concessão da Independência aos Países e Povos Coloniais, 1960 (Nações Unidas [1960])

Declaração sobre os Direitos dos Povos Indígenas (UNDRIP) (Nações Unidas [2007])

Declaração Americana sobre os Direitos dos povos Indígenas (ADRIP) (Organização dos Estados Americanos [2016])

Década Internacional de Afrodescendentes (2015–2024) (Nações Unidas [2013])

Convenção sobre os Direitos das Crianças (Nações Unidas [1990])

Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (Nações Unidas [1969])

Resoluções OPAS

Política sobre Etnia e Saúde (CSP29.R3 [2017])

Saúde dos Povos Indígenas nas Américas (CD47.R18 [2006])

4. CONDIÇÕES DE VIDA

As pessoas que vivem nas Américas querem o mais básico do dia a dia para poder ter uma vida digna e justa. Isso inclui o controle de suas atividades sexuais e reprodutivas, bons serviços de atenção à maternidade e pós-natal, um bom início de vida para suas crianças, incluindo uma boa saúde e o desenvolvimento de qualidade na primeira infância, um trabalho decente que promova e não cause danos à saúde, condições que permitam aos idosos ter vida digna e independente, dinheiro suficiente para seu sustento, um ambiente coeso e sem ameaças de violência, moradia segura e acessível com água potável e saneamento básico e acesso a atenção à saúde que lhe dê atenção e tratamento.

O acesso a essas condições também contribuirá significativamente para uma sociedade próspera, bem organizada, segura e produtiva. Entretanto, os recursos necessários para isso chegam até as pessoas de modo descriterioso, o que contribui de forma importante para as desigualdades em saúde. Sem eles, a meta de se ter uma vida digna será inalcançável.

RECOMENDAÇÃO 4.
EQUIDADE DESDE O INÍCIO: PRIMEIRA INFÂNCIA E EDUCAÇÃO

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
4A. Assegurar uma boa saúde infantil e materna e ótima nutrição	• Aumentar o acesso à contracepção moderna, incluindo jovens adolescentes em tal processo, e a un aborto seguro. • Estender os serviços de atenção pré- e pós-natal para pessoas de menor renda e sujeitas a maiores riscos. • Melhorar a adesão às orientações da OMS sobre o aleitamento materno e a nutrição materna e infantil, com foco em comunidades pobres e rurais. • Introduzir programas para melhorar a nutrição de famílias de baixa renda. • Fornecer apoio social e financeiro para famílias de baixa renda, incluindo a extensão de programas de transferência condicionada de renda.
4B. Apoiar o bom desenvolvimento na primeira infância	• Aumentar e reequilibrar o financiamento público para que haja mais investimentos na educação e no desenvolvimento primário e pré-primário. • Expandir o acesso da primeira infância a programas de qualidade e culturalmente apropriados, com foco na redução das desigualdades na participação. • Adotar e cumprir as obrigações internacionais com as crianças, incluindo medidas positivas para assegurar o gozo pleno de direitos por crianças indígenas, afrodescendentes e portadoras de deficiência.
4C. Reduzir as iniquidades na conclusão do ensino secundário	• Melhorar a participação na educação primária, assegurando que todos os jovens da região concluam um ensino secundário de boa qualidade. • Expandir os programas de transferência condicionada de renda para apoiar a permanência de crianças na educação secundária. • Assegurar que se adote uma educação sexual abrangente em todas as escolas secundárias. • Realizar reformas educacionais que melhorem a qualidade da educação secundária, assegurando aos professores habilidades e qualificações suficientes.

Há desigualdades espalhadas por todas as Américas em relação a experiência e resultados durante a gravidez, a maternidade e os primeiros anos de vida e escolaridade. Tais desigualdades podem ser encontradas tanto na comparação entre países quanto considerando-os individualmente, na saúde infantil, materna e de recém-nascidos, e no desenvolvimento cognitivo, na educação, nas condições de vivência familiar, nas experiências de paternidade e nas comunidades. Elas são o resultado da interação entre influências sociais, econômicas, ambientais, políticas, culturais e no sistema de saúde, todas interagindo com as questões de igualdade relacionadas a gênero, etnia e deficiência. As experiências e os resultados vividos por crianças se relacionam com a situação de seus pais — tanto as vantagens quanto as desvantagens são legados deixados às próximas gerações, perpetuando as desigualdades.

A redução destas desigualdades é central para a redução das desigualdades em saúde e em outros campos posteriormente em sua vida. As evidências em todo o mundo indicam que a os primeiros anos

são o período mais eficiente para se adotar uma intervenção que vise a redução das desigualdades subsequentes.

Esta seção apresenta evidências de desigualdades no acesso à contracepção e serviços de maternidade, à saúde materna e infantil, a serviços de pré-escola de boa qualidade e à educação primária e secundária. A Região das Américas fez importantes progressos nestas áreas, mas cintunua apresentando profundas desigualdades, que podem e devem ser reduzidas. Damos ênfase particular ao aumento do aleitamento materno e da nutrição infantil, cujos impactos são sentidos por toda a vida. Grandes esforços foram feitos para melhorar o acesso à educação primária de qualidade, mas as desigualdades persistem. Além disso, na educação secundária e superior, há desigualdades significativas e persistentes no acesso e permanência relacionadas à posição socioeconômica, ao local de residência (rural *versus* urbano), etnia, gênero e deficiências.

4A. ASSEGURAR UMA BOA SAÚDE INFANTIL E MATERNA E UMA NUTRIÇÃO ÓTIMA

Uma boa saúde materna é de importância vital para a saúde e o futuro dos bebês e de suas mães. Uma boa saúde materna inclui o acesso à contracepção moderna e ao aborto seguro, além do planejamento familiar. O acesso a serviços de maternidade e obstetrícia de qualidade fazem a diferença e dão apoio à cobertura de saúde física e mental das mães durante e depois da gravidez.

Uma boa nutrição antes e depois do nascimento é de importância vital para a saúde das mães e dos bebês. A saúde, a educação e outros aspectos da vida dos bebês se relacionam de forma próxima com os níveis de nutrição. Nesta e em todas as áreas descritas, há desigualdades persistentes e significativas em todas as Américas.

ACESSO À CONTRACEPÇÃO

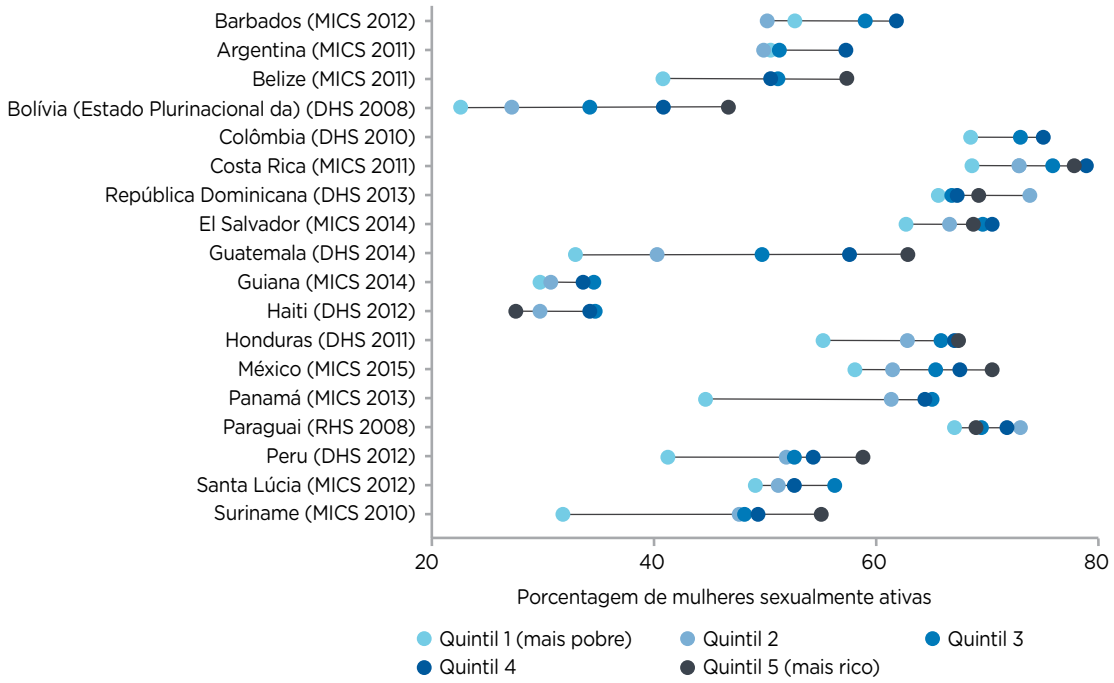
A promoção e a proteção da saúde sexual e reprodutiva inclui a garantia do acesso à informação, à educação e aos serviços de saúde apropriados, incluindo formas de contracepção seguras, eficientes, acessíveis e culturalmente aceitas. Os resultados indesejados incluem doenças sexualmente transmissíveis, HIV, gravidez não planejada, abortos perigosos, todos fatores que têm repercussão por toda a vida. Ainda que tenham sido feitas melhorias na Região, as desigualdades continuam existindo entre os países e dentro deles.

O crescimento do uso de métodos modernos de contracepção reduziu as gravidezes não planejadas, contribuindo para redução da mortalidade infantil e materna. A postergação da gravidez e do parto levou a melhores resultados nos campos da educação e economia em relação a meninas e mulheres, o que, por sua vez, reduz a gravidez na adolescência *(158)*.

Gravidezes múltiplas e famílias maiores trazem mais sérios riscos de saúde para as mães e as crianças. As mulheres podem mitigar estes riscos adotando métodos de contracepção modernos a fim de efetivamente controlar a fertilidade e gerenciar o tamanho das famílias. A educação aumenta a tendência das mulheres a ter uma família menor. Para aquelas mulheres que já têm filhos, reduzir seu número e adiar a gravidez até um período posterior à adolescência são fatores associados a uma maior participação nos sistemas educacionais, melhores resultados neste campo,

Figura 4.1.

Porcentagem de mulheres sexualmente ativas que usavam métodos contraceptivos de acordo com o quintil de renda em 18 países das Américas



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): software para a exploração e comparação das iniquidades em saúde nos países, Edição com base de dados integrada. Versão 2.1. Genebra: OMS; 2018. Disponível (em inglês em): https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/index1.html

Nota: DHS = pesquisas demográficas e de saúde; RHS = pesquisas em saúde reprodutiva; MICS = pesquisa por agrupamento de indicadores múltiplos.

além de mais elevadas taxas de emprego de mulheres e renda mais alta.

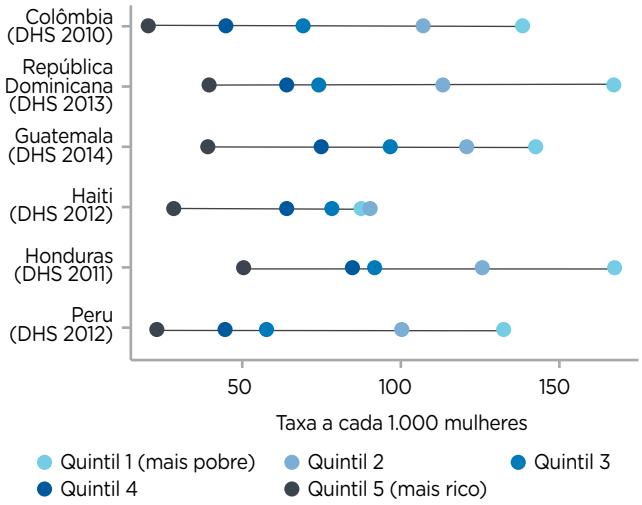
Um uso mais acentuado de métodos de contracepção modernos na região não foi alcançado de forma igualitária entre os países ou em cada um deles, com a permanência de profundas desigualdades. A Figura 4.1 mostra desigualdades nos níveis do uso de contracepção moderna (com um nível mais alto de necessidade indicado por um nível mais baixo de uso) em 13 países da América Latina e do Caribe, em sua relação com a renda. Na maioria dos países dentro desta região, as mulheres com renda mais baixa faziam uso consideravelmente menor da contracepção moderna. Entretanto, em alguns países — Colômbia, Costa Rica e República Dominicana, por exemplo — os níveis gerais de uso são altos e as desigualdades, relativamente baixas, mostrando as possibilidades. O acesso a métodos modernos de contracepção também é substancialmente mais baixo entre mulheres indígenas e afrodescendentes, especialmente aquelas que vivem em áreas rurais em comparação com outras mulheres.

MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A maternidade na adolescência — geralmente definida como anterior aos 19 anos — está associada à saúde mais precária e outros resultados adversos para as mães e os bebês. As mães adolescentes têm menos chance de permanecer nas instituições de ensino do que suas colegas — e apresentam 3 anos menos de escolarização do que as adolescentes que não eram mães na América Latina e no Caribe em 2015 *(29, 159)*. A educação, por si, pode reduzir as chances de fertilidade na adolescência. As mulheres que têm filhos nesta fase também têm menos chance de conseguir emprego e maior probabilidade de ter renda baixa. As desigualdades em fertilidade durante a adolescência por quintil de riqueza de família são maiores na América Latina e no Caribe, como mostra a Figura 4.2.

Há também taxas mais altas de maternidade na adolescência entre indígenas do que entre não indígenas, comprometendo o desenvolvimento potencial e os direitos de jovens indígenas

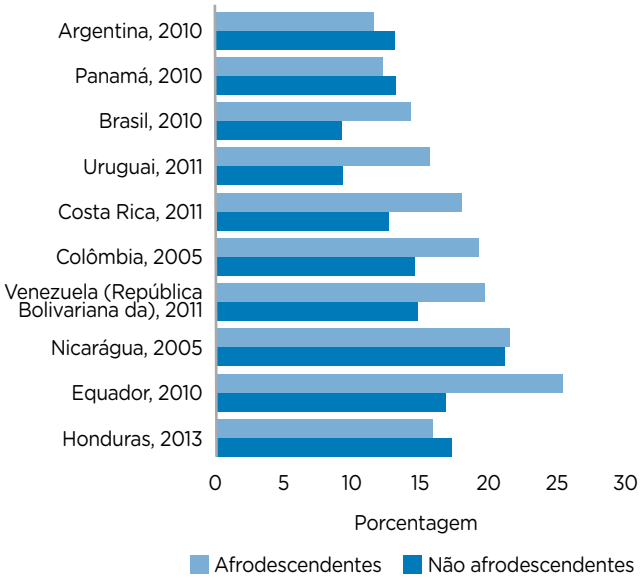
Figura 4.2.
Taxa de fertilidade adolescente de acordo com o quintil de renda em alguns países nas Américas, 2014 ou o ano mais recente possível



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): software para a exploração e comparação das iniquidades em saúde nos países, Edição com base de dados integrada. Versão 2.1. Genebra: OMS; 2018. Disponível (em inglês em): https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/index1.html

Nota: DHS = pesquisas demográficas e de saúde.

Figura 4.3.
Porcentagem das adolescentes que se tornaram mães de acordo com a identidade afrodescendente em alguns países da América Latina, vários anos: 2005–2013



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

e de seus filhos. Por exemplo, em 2014, aproximadamente 25 por cento das jovens com idade entre 15 e 19 anos no Brasil que se identificavam como indígenas eram mães, em comparação com aproximadamente 9 por cento das mulheres não indígenas *(29)*; no Panamá, 30 por cento das adolescentes indígenas eram mães, em comparação com 13 por cento das mulheres não indígenas *(4)*.

A Figura 4.3 mostra que na maioria dos países na América Latina para os quais havia dados disponíveis as taxas de maternidade na adolescência eram mais altas entre adolescentes afrodescendentes do que entre não afrodescendentes.

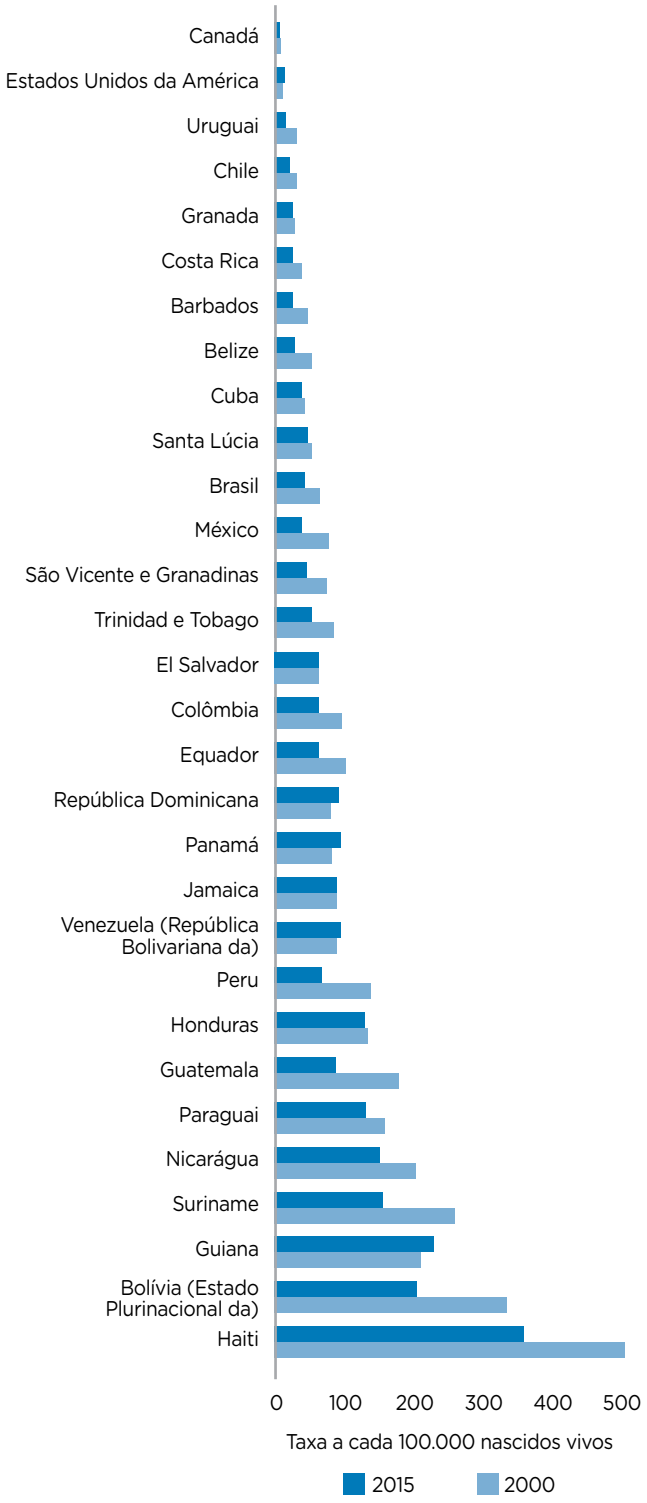
SAÚDE MATERNA E ATENÇÃO PÓS-NATAL

Um indicador importante, tanto das condições sociais e econômicas quanto da eficiência do sistema de saúde, é a taxa de mortalidade materna. É um fator crítico na melhora das condições femininas e tem influência direta nos esforços para o aumento da expectativa de vida das mulheres.

Nos últimos 20 anos, a região fez avanços significativos na melhora da saúde materna. As taxas de mortalidade materna caíram em 32 por cento desde 2000, principalmente devido às reduções na América Latina, enquanto permaneceram em um nível relativamente baixo na América do Norte (Canadá e Estados Unidos da América) *(1)*. Entretanto, variações substanciais entre países continuam existindo (Figura 4.4), oscilando entre 4,8 mortes de mulheres no parto a cada 100.000 nascidos vivos no Canadá para mais de 220 a cada 100.000 na Guiana e no Haiti *(160)*.

As evidências mostram que as mulheres de populações mais pobres e marginalizadas correm maiores riscos de engravidar do que as mulheres em situação melhor. Estudos realizados no Brasil, Equador, no México e no Peru, entre outros, relacionaram a pré-eclâmpsia, eclâmpsia, e distúrbios de hipertensão e a morbidade relacionada a eles com uma posição socioeconômica mais baixa, miscigenação (incluindo afrodescendentes) e residência em zonas rurais *(159, 160)*.

Figura 4.4.
Taxas de mortalidade materna na Região das Américas, 2000 e 2015



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Health Equity Monitor. atualização de 2018 [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/gho/health_equity/en/

De maneira significativa, a região não alcançou o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5, que se referia à melhora na saúde materna através da redução da mortalidade materna em 75 por cento entre 1990 e 2015 (meta 5.A) e o acesso universal à saúde reprodutiva em 2015 (meta 5.B).

Acesso a atenção à saúde de qualidade no período pré e pós-natal

A melhora nas condições socioeconômicas, nutrição e níveis educacionais melhorarão os resultados das gestações. Além disso, assegurar o acesso a qualidade do serviço antes e durante o nascimento contribui para mortalidade materna e neonatal mais baixas. Nas Américas, os níveis de cobertura em relação a este serviço são relativamente altos em comparação com outras regiões do mundo, mas há desigualdades substanciais entre os países da América Latina e do Caribe. Por exemplo, na Argentina, a taxa de gestantes que compareceram a quatro ou mais consultas pré-natal foi de aproximadamente 90 por cento em 2016, em contraste com o Suriname, com aproximadamente 60 por cento *(159)*.

Há também desigualdades dentro dos países, em relação à renda doméstica, educação, identidade étnica e residência urbana *versus* rural. Por exemplo, em termos de etnia, na Costa Rica, em 2013, 87 por cento das mulheres afrodescendentes, em contraste com 92 por cento das mulheres não afrodescendentes receberam atenção pré-natal. No Uruguai, em 2011, 78 por cento das mulheres afrodescendentes em contraste com 90 por cento das mulheres não afrodescendentes receberam atenção pré-natal *(4)*.

A atenção pós-natal é importante para o apoio à saúde das mães e crianças e funciona como um condutor de aconselhamento essencial. Na maioria dos países da América Latina e do Caribe, a cobertura da atenção pós-natal dentro de dois dias após o parto é baixa (entre 20 e 30 por cento de nascimentos), em alguns países, como a Colômbia e El Salvador, ficando abaixo de 10 por cento em 2014, enquanto a cobertura mais alta era a do Peru (acima de 80 por cento) *(22)*. Dentro dos países, a cobertura aumenta conforme cresce a renda familiar. Por exemplo, no Estado Plurinacional da Bolívia e em Honduras, a cobertura era de 80 por cento ou mais no quintil mais rico em 2014, enquanto no quintil mais pobre ficava entre 50 e 60 por cento em 2011 *(160)*. As melhorias na cobertura e na qualidade da atenção pós-natal, especialmente

Jovens escolhendo grãos de café, El Salvador

em relação àqueles com posição socioeconômica mais baixa, resultariam em melhorias significativas na saúde materna e infantil.

Mortalidade infantil e de menores de 5 anos

A chance de sobrevivência de um bebê depois de seu nascimento depende tanto das condições sociais em que nasce quanto da resposta do sistema de saúde. As causas mais frequentes da mortalidade de menores de 5 anos continuam a ser doenças infecciosas e avitaminoses — influenza e pneumonia, infecções intestinais, desnutrição e anemia nutricional *(69)* — todas sendo altamente passíveis de previsão; Entre 2003 e 2017, a mortalidade infantil caiu 42 por cento na América Latina e no Caribe e permaneceu abaixo dos 10 por cento a cada 1.000 nos Estados Unidos da América e dos 5 a cada 1.000 no Canadá *(2)*. Entretanto, conforme descrito na Seção 2, as desigualdades na mortalidade infantil e de menores de 5 anos dentro e entre os países persistem. Em todos os países em que havia dados disponíveis, a mortalidade era pelo menos 70 por cento mais alta no quintil mais pobre do que no mais rico. As desigualdades relativas são particularmente acentuadas na Bolívia (Estado Plurinacional da), na Colômbia e na Nicarágua, onde as taxas do quintil mais pobre foram de três a quatro vezes mais altas do que as do quintil mais rico *(22, 159)*.

Como se mostra na Seção 3, as taxas de mortalidade de menores de 5 anos relacionadas à identidade indígena são muito maiores do que as de seus descendentes. Também nos Estados Unidos da América, a mortalidade de menores de 5 anos varia entre os grupos étnicos. Em 2016, a taxa mais alta estava entre as crianças afroamericanas, com 11 mortes a cada 1.000 nascidos vivos, seguida pelos nativos americanos, hispânicos e brancos não hispânicos, com 8, 5,2 e 4,8 mortes a cada 1.000 respectivamente *(160)*. As taxas de mortalidade no Canadá entre as crianças das Primeiras Nações são de aproximadamente três vezes a dos não indígenas *(161)*.

A Figura 4.5 mostra que a cobertura dos programas de seguridade social para os mais pobres está associada à taxa de mortalidade de menores de 5 anos na América Latina e no Caribe. Além do acesso a atenção pré e pós-natal e serviços nos primeiros anos de vida, o provimento de seguridade social adequada ajuda a reduzir as taxas de mortalidade de menores de 5 anos *(162)*.

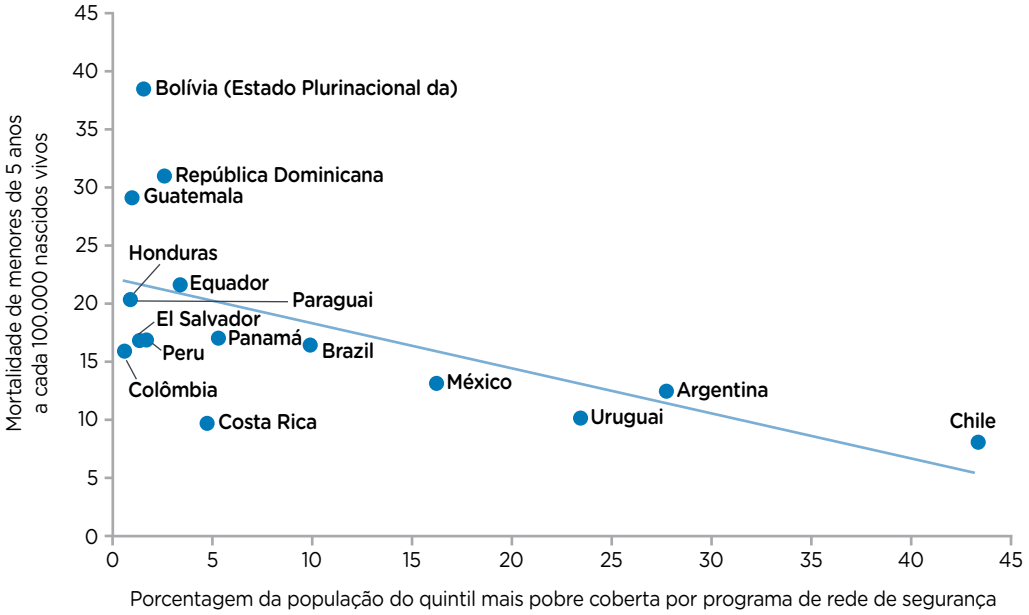
NUTRIÇÃO

Aleitamento Materno

O aleitamento materno promove uma boa nutrição infantil e traz claros benefícios de curto prazo

Figura 4.5.

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de acordo com a porcentagem do quintil mais pobre coberto por um programa de rede de segurança em alguns países da América Latina e do Caribe, 2017 ou o ano mais recente possível



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Exemplos de programas e políticas para melhorar a saúde materna e infantil

***Plan Nacer*, Argentina.** Este programa, ainda em andamento e que teve início em 2004, foi implementado nas províncias mais pobres. Ele aumentou o engajamento precoce de gestantes, assim como o número de exames pré-natal e melhorou os serviços de atenção à saúde. O número de crianças nascidas com baixo peso diminuiu em 23 por cento para os beneficiários do plano, e a mortalidade neonatal melhorou em 74 por cento. Seguindo-se ao Plan Nacer, a Argentina lançou um programa chamado SUMAR em 2012 para aumentar a cobertura para 5,7 milhões de crianças e adolescentes e 2,8 milhões de mulheres entre 20 e 64 anos, incluindo 230.000 gestantes.[1,2]

Se estou bem, minha família também, México. Este programa de saúde educacional voltado às mulheres das zonas rurais foi fornecido a 39.000 mulheres durante o início dos anos 2000, por um período de três anos, no estado de Oaxaca. O programa resultou em melhora na nutrição, na saúde sexual e no empoderamento feminino.[3]

Crescendo Juntos, Peru. Em 2012, os serviços de primeira infância foram introduzidos para cobrir a saúde, a nutrição, o estímulo à criança e proteção, com vistas a ajudar as mães a desenvolver hábitos saudáveis na criação de seus filhos. Resultados preliminares sugerem um forte progresso em algumas esferas relacionadas com o aprendizado precoce e as interações familiares em áreas em que o programa foi implementado.[4]

Fontes: [1] Vegas E, Santibáñez L. The promise of early childhood development in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2012. Disponível (em inglês) em: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079922573/ECD_LAC.pdf
[2] Banco Mundial. Argentina: Plan Nacer improves birth outcomes and decreases neonatal mortality among beneficiaries [Internet]; 18 de setembro de 2013 [citado em 25 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2013/09/18/argentina-plan-nacer-birth-outcomes-decreases-neonatal-mortality-beneficiaries
[3] Venguer T, Pick S. Fishbein M. Health education and agency: a comprehensive program for young women in the Mixteca region of Mexico. Psychol Health Med. 2007;12(4):389–406.
[4] Wilcox S, Altobelli CL, Cabrejos-Pita J. USAID final project evaluation report — "Health in the hand of women: a test of teaching methods" project in Peru: 2010–2014. Washington, D.C.: USAID; 2014.

(continua na página seguinte)

Exemplos de programas e políticas voltados para a melhora da saúde materna e infantil
(continuação)

Parceria Enfermeiro-Família (NFP), Estados Unidos da América. Este programa foi implementado nos Estados Unidos da América pela primeira vez em 1977 para promover um ambiente doméstico seguro, estimular a atenção à saúde de forma competente e melhorar a infraestrutura das famílias por meio de sua conexão com serviços sociais e de saúde. O programa organiza visitas de enfermeiros durante os primeiros dois anos de primeiro filho de mães de baixa renda. Três testes de controle aleatórios da NFP feitos em diferentes décadas, documentaram muitos resultados positivos de longo prazo, incluindo menos lesões infantis, menos gravidezes indesejadas e taxas mais altas de empregabilidade materna. Também houve uma redução de 48 por cento no abuso infantil e na negligência entre as famílias que receberam visitas, em comparação com aquelas que não foram visitadas.[5]

Programa de visita domiciliar precoce, Chile. Os objetivos deste programa eram prestar apoio a cada criança nascida e à família através de serviços universais e fornecer apoio especial àquelas vulneráveis e à família. O programa foi inicialmente implementado em 159 pequenas regiões em 2017 e posteriormente expandido a todas as regiões em 2008. O programa reunia um sistema de benefícios integrados de intervenções e serviços sociais, a fim de fornecer apoio tanto à criança quanto à família. O programa teve resultados positivos para o vínculo materno-infantil e para o desenvolvimento físico, assim como teve impactos significativos na saúde e no bem-estar dos chilenos de baixa renda. Como resultado do programa, domicílios 60 por cento mais pobres tiveram acesso a creches e pré-escolas, assim como as famílias vulneráveis e com necessidades especiais.[1]

Centros para a Promoção e Vigilância Comunitária [CPVC], Peru. O Ministério da Saúde apoiou a criação do CPVC, que teve início em 2012 como uma iniciativa de atenção a crianças bem pequenas que se tornou mais abrangente e se estendeu a mães, crianças menores de 3 anos e seus pais em áreas com densidade populacional baixa. As sessões de ensino no local realizadas por incentivadores da saúde compartilham conhecimentos sobre práticas de cuidado parental (por exemplo, preparo de refeições balanceadas) com pais de crianças menores de 3 anos. Os incentivadores registram informações sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças em cada visita (como peso e altura). Além disso, juntamente com o pessoal de saúde, os líderes da comunidade e as famílias revisam e avaliam as informações de vigilância comunitária a fim de gerar opiniões sobre o trabalho e preparar ações específicas para a intervenção. Os resultados do primeiro ano indicaram que o programa CPVC teve impacto positivo e significativo nas medidas de desenvolvimento infantil, nas taxas gerais e em áreas como habilidades motoras, linguagem e audição, assim como reduziu a desnutrição infantil crônica e aguda.[4]

Fontes: [5] Annie E. Casey Foundation. Kids count [Internet]; [citado em 22 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://datacenter.kidscount.org/

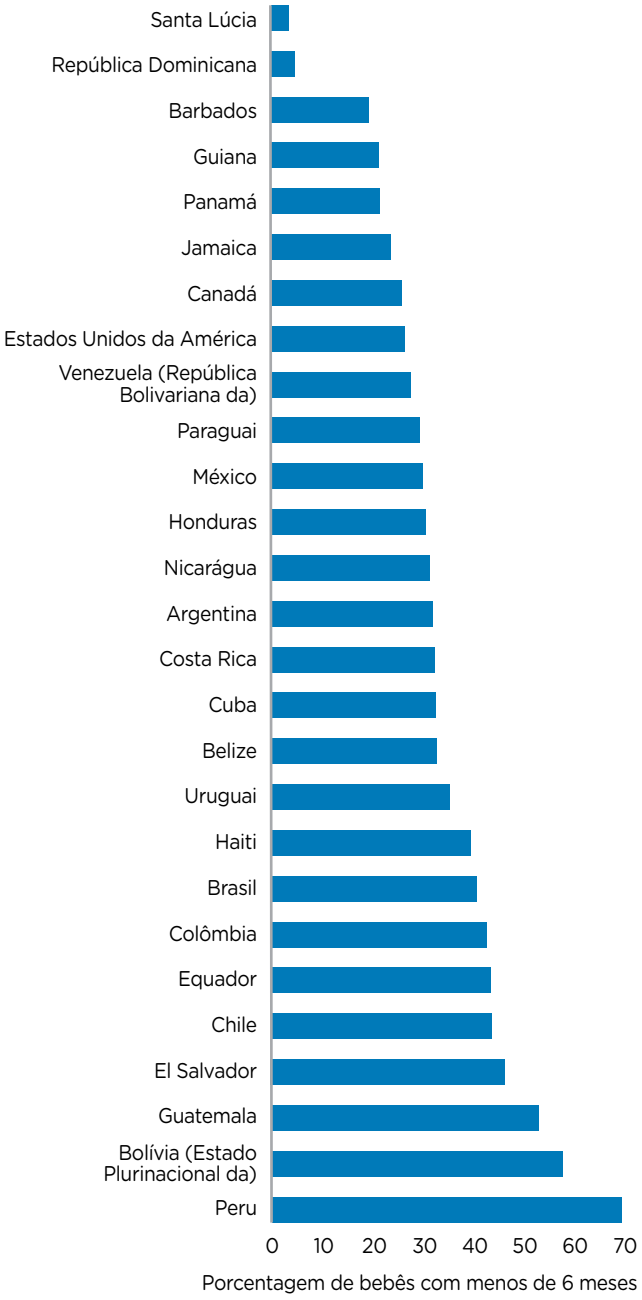
para a sobrevivência da criança graças à redução da morbidade e da mortalidade por doenças infecciosas. Há fortes evidências que ligam aleitamento materno e resultado de longo prazo positivos, como o desenvolvimento cognitivo durante a infância e a permanência na escola durante a infância e a adolescência *(163)*. O aleitamento ao nascer é recomendado pela OMS como o alimento mais completo para o recém-nascido e o leite materno como alimento exclusivo é recomendado até os seis meses de idade *(164)*.

De modo global, há progressos na busca de recomendação do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. Entretanto, a proporção de mulheres que o adotam na América Latina e no Caribe (33 por cento) é mais baixo do que a média mundial de 43 por cento *(76, 159)*. As proporções também variam consideravelmente entre os países da região. Por exemplo, no Peru, aproximadamente 70 por cento das mães adotam exclusivamente o aleitamento materno enquanto em Santa Lúcia e na República Dominicana só aproximadamente 10 por cento o fazem (Figura 4.6) *(1)*.

Na maioria dos países para os quais havia dados comparáveis, o início precoce do aleitamento é muito mais comum nas zonas rurais do que nas urbanas *(165, 166)*.

Em toda a região, há uma prevalência mais alta de aleitamento materno entre as populações

Figura 4.6.
Porcentagem de bebês com menos de 6 meses alimentados exclusivamente com leite materno na Região das Américas, 2015 ou o ano mais recente possível



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

indígenas do que entre as populações não indígenas. Entretanto, no Canadá, durante 2015–2016, a taxa de início do aleitamento materno das comunidades das Primeiras Nações na região atlântica foi mais baixa do que a média nacional *(167, 168)*.

Nos Estados Unidos da América, as taxas de aleitamento materno diferem entre os grupos étnicos. As crianças afro-americanas recebem leite materno por períodos substancialmente mais curtos do que as crianças brancas, enquanto as hispânicas são amamentadas por períodos significativamente mais longos do que as crianças brancas *(167)*.

Nutrição infantil

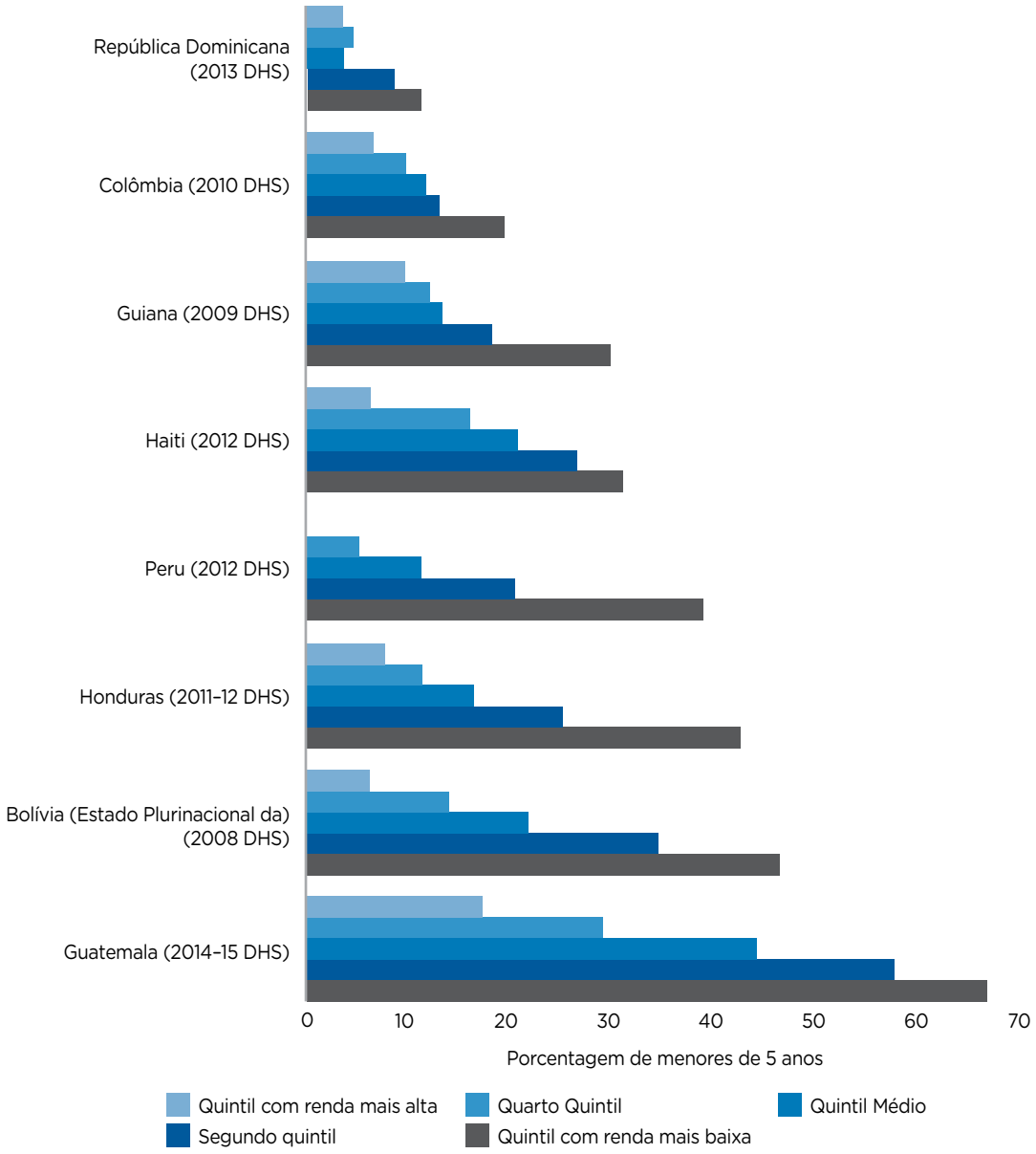
Uma nutrição pobre de mães e crianças aumenta os índices de anemia, subpeso e baixa estatura na infância. Ela também é associada a uma mortalidade e morbidade infantil mais altas, afeta o desenvolvimento cognitivo em a primeira infância e durante outros estágios da vida e molda a permanência escolar *(168, 169)*.

A baixa estatura infantil devido a uma nutrição deficitária é recorrente em muitas partes da América Latina e do Caribe, refletindo uma falha em relação às necessidades básicas dietéticas e de saúde, como resultado de condições deficitárias sociais, econômicas e ambientais. Há claras desigualdades entre os países. As crianças cuja mãe não possui escolaridade têm até 50 por cento mais probabilidade de apresentar baixa estatura em comparação com crianças cuja mãe apresenta níveis mais altos de escolaridade *(170)*. Há um gradiente claro nos quintis de renda quanto à baixa estatura, como mostra a Figura 4.7 *(170)*.

Na América Latina e no Caribe, as taxas de prevalência de baixa estatura em crianças são mais altas entre indígenas do que entre não indígenas. Por exemplo, na Guatemala, onde os níveis de baixa estatura são altos quando comparados com os de outros países, 58 por cento das crianças indígenas a apresentam, em comparação com 34 por cento das crianças não indígenas. De acordo com as informações de sete países da América Latina e do Caribe, em 2010, a taxa de desnutrição crônica era mais de duas vezes mais alta entre indígenas menores de 5 anos do que entre indígenas menores de 5 anos. *(4)*.

Figura 4.7.

Taxas de baixa estatura entre menores de 5 anos, de acordo com a renda, em alguns países da América Latina e do Caribe com dados disponíveis, 2015 ou ano mais recente possível



Fonte: Dados da Agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional. DHS STATcompiler [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://dhsprogram.com/data/STATcompiler.cfm

Nota: DHS = pesquisas demográficas e de saúde.

Exemplos de políticas e programas para melhorar a nutrição materna, infantil e de menores de 5 anos

Os programas voltados à primeira infância em toda a região que oferecem suplementos nutricionais melhoraram o bem-estar físico e o crescimento, assim como certos resultados de saúde mental e cognitiva. Estes resultados tiveram efeitos positivos consideráveis na equidade em saúde.

Saúde materna e infantil e Nutrição (PROMIN), Argentina. Os projetos de Saúde materna e infantil e Nutrição foram implementados entre 1993 e 2003 na Argentina. Eles forneceram um pacote básico de serviços a fim de promover a atenção à saúde reprodutiva da mulher e à infantil. Suplementos alimentares foram fornecidos a gestantes e lactantes subnutridas e a crianças com menos de 6 anos de idade.[1]

Suplementação nutricional, Colômbia, México e Nicarágua. As mulheres que tinham recebido suplementos nutricionais nesses países durante a infância aumentaram seu êxito escolar em uma série completa e mostravam uma crescente tendência a completar a educação primária e parte da secundária.[2]

Leite fortificado, México. O leite fortificado com ferro e outros micronutrientes foi distribuído a famílias pobres no México durante 2002. O fornecimento de suplementos alimentares a crianças ajudou a reduzir a desnutrição e o subpeso, assim como a prevalência da anemia no grupo de intervenção caiu em 29 por cento.[2]

Projeto de Recuperação Nutricional, El Salvador. Este projeto tinha como objetivo o fornecimento de alimentos fortificados a crianças de 6 meses a 9 anos com desnutrição em 14 áreas prioritárias. Ele ajudou a reduzir a anemia, malformações congênitas e a mortalidade e morbidade infantis entre 2008 e 2014.[3]

Instituto da Nutrição da América Central (INCAP), Guatemala. Entre 1969 e 1977, o Instituto da Nutrição da América Central realizou uma série de intervenções nutricionais comunitárias na Guatemala. O programa forneceu a crianças nas zonas rurais um suplemento nutricional e serviços preventivos em saúde, como imunizações e eliminação de parasitas. Um impacto positivo foi registrado nos rendimentos escolares e nas habilidades cognitivas dos participantes de 25 anos depois de concluída sua participação.[2]

Programas nutricionais da primeira infância, Jamaica. Foram fornecidos suplementos nutricionais e implementados programas para melhorar as interações entre mães e filhos. Os benefícios a longo prazo dessa intervenção em relação aos rendimentos escolar e cognitivo das crianças participantes foram medidos 18 anos depois do término de sua participação, com benefícios cognitivos significativos e impactos positivos no rendimento escolar. Os resultados também mostraram que as crianças com problema de crescimento que receberam estímulo psicossocial tiveram benefícios cognitivos e educacionais significativos entre 17 e 18 anos de 1986 a 2008.[2]

Programas de visitas domiciliares, Jamaica. Outro estudo na Jamaica concluiu que os programas de visitas domiciliares que tinham como objeto as mães de crianças subnutridas reduziram seus níveis de depressão.[2]

Programa Bolsa Alimentação, Brasil. Este programa foi projetado para reduzir as deficiências nutricionais e a mortalidade infantil entre as famílias pobres no Brasil. O programa beneficiou aproximadamente 2 milhões de famílias em todo o Brasil desde 1993.[4]

Fontes: [1] Banco Mundial. Argentina — Maternal & child health & nutrition (PROMIN). Washington, D.C.: Banco Mundial; 2001. Disponível (em inglês) em: http://documents.worldbank.org/curated/en/882981475072644856/Argentina-Maternal-Child-Hlth-Nutrition-PROMIN
[2] Vegas E, Santibáñez L. The promise of early childhood development in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2012. Disponível (em inglês) em: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079922573/ECD_LAC.pdf
[3] Programa Mundial de Alimentos. Country brief El Salvador [Internet]; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.wfp.org/content/country-brief-el-salvador
[4] Organização Mundial da Saúde. Bolsa Alimentação programme, Brasil [Internet]; 2014. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/phconditions/pphc_example.pdf

4B. APOIAR O BOM DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

As experiências de qualidade na primeira infância têm efeitos profundamente positivos nas crianças, tanto no curto quanto no longo prazo. Um ambiente familiar acolhedor, condições de vida saudáveis, nutrição suficiente, interação social e estímulo cognitivo colocaram as crianças no caminho certo para uma vida saudável e produtiva. Infelizmente, experiências adversas na infância também podem ter impactos negativos na saúde que durem por toda a vida, assim como uma ampla gama de outros resultados. Afortunadamente, as políticas e intervenções durante a primeira infância podem ser particularmente eficientes na redução dessas desigualdades e, por sua vez, melhorar os resultados sociais, econômicos e de saúde por toda a vida.

ADVERSIDADE E POBREZA INFANTIL

A pobreza na infância é uma das formas mais marcantes e por meio das quais as desigualdades passam de uma geração para outra, e a experiência da pobreza na infância implica uma tendência forte, ainda que não inevitável, de redução das oportunidades de experiências positivas na infância.

Na América Latina e no Caribe, 43 por cento das crianças vivem em famílias que recebem menos de 60 por cento da renda média. Os Estados Unidos da América têm taxas de pobreza infantil 21 por cento mais altas do que a média de 37 países da OCDE *(171)*. Nos Estados Unidos da América, as taxas de crianças que vivem na pobreza são maiores entre as famílias de afro-americanos e nativos americanos, seguidas pelas crianças hispânicas. No Canadá, em 2015, aproximadamente 1,2 milhão (17 por cento) das crianças canadenses viviam em uma família de baixa renda *(172)*.

Em todas as Américas, a persistente pobreza infantil, junto com investimentos insuficientes em serviços universais e de qualidade para os primeiros anos de vida, ajuda a explicar o progresso limitado na equidade e nos resultados educacionais e em saúde das crianças *(173)*. Entretanto, há uma gama de políticas e intervenções para reduzir a pobreza infantil que mostraram impactos positivos no desenvolvimento infantil, alguns deles descritos abaixo *(174)*.

ATENÇÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA E CURSO PRÉ-PRIMÁRIO

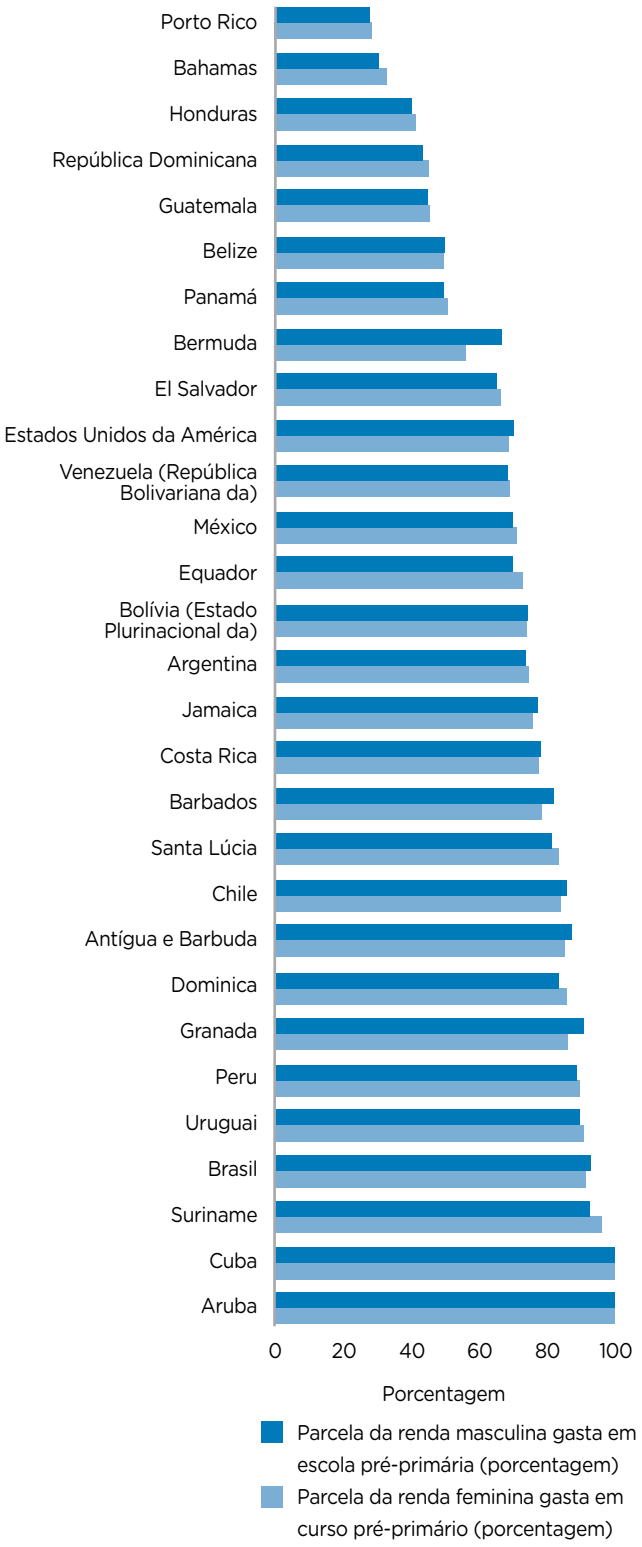
A atenção à saúde infantil de qualidade traz benefícios quanto à desvantagem infantil, particularmente, e pode oferecer grandes contribuições na redução das desigualdades nos resultados educacionais e outras, inclusive na saúde, por toda a vida. O efeito da pré-escola nas notas de avaliação entre os 8 e 9 anos é duas vezes mais acentuado entre os alunos que descendem de famílias pobres quando comparadas com as de alunos de origem mais abastada, na América Latina e no Caribe e para crianças no Canadá e nos Estados Unidos da América *(175)*.

Houve aumento nas matrículas do pré-primário na região entre 1999 e 2012. Contudo, em 2011, as matrículas ainda permaneciam abaixo dos 50 por cento em muitos países, como mostra a Figura 4.8 *(1)*. Há profundas diferenças dentro da região, e muitos países estão longe de atingir os objetivos do Marco de Ação de Dakar — um compromisso coletivo de governos para assegurar que objetivos e metas obrigatórios de "educação para todos" sejam alcançados e mantidos *(176)*.

Há desigualdades claras dentro dos países. As taxas de matrícula são mais altas em zonas urbanas do que em zonas rurais na maioria dos países na América Latina. Por exemplo, no Brasil, as taxas de crianças na pré-escola chegaram a 81 por cento em zonas urbanas, comparadas aos 69 por cento nas zonas rurais, enquanto na Colômbia as taxas foram de 68 por cento e 43 por cento, respectivamente, em 2014 *(4)*.

Figura 4.8.

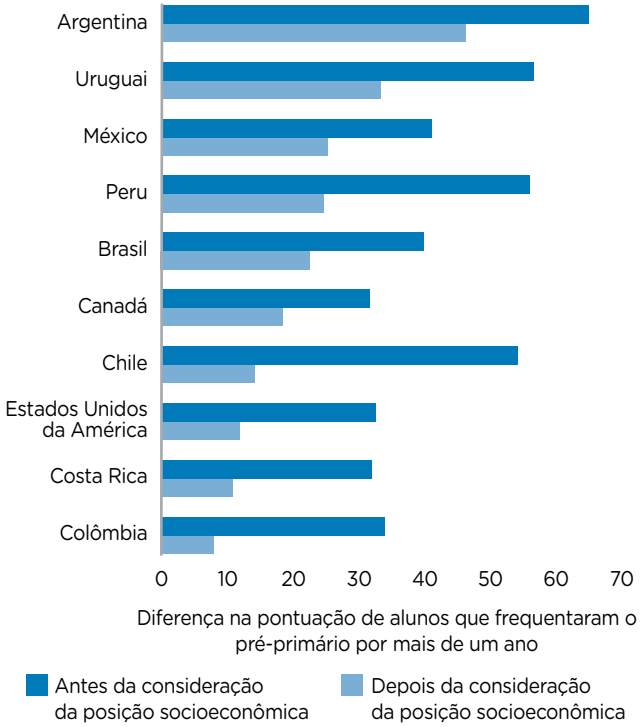
Parcela da renda investida em curso pré-primário de acordo com o sexo na Região das Américas, 2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Figura 4.9.

Diferença no desempenho em matemática aos quinze anos, de acordo com a frequência em curso pré-primário por um ano ou mais, nos países da América que participaram do PISA, 2012



Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Programa para a Avaliação Internacional de Alunos, base de dados PISA — Tabela II.a.12. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/pisa/data/

Há taxas mais baixas de matrícula entre as crianças indígenas do que entre as não-indígenas e, na maioria dos países da América Latina e do Caribe, há taxas ligeiramente mais baixas entre as meninas do que entre os meninos matriculados no curso pré-primário. *(29)*.

A Figura 4.9 mostra as diferenças nas notas de matemática de testes padronizados feitos aos 15 anos por alunos que relataram ter feito o pré-primário por um ano ou mais e outros que não o fizeram, após considerar-se a posição socioeconômica. Esta é importante, porque, na maioria dos países, as crianças de família mais pobre têm menos chance do que seus colegas mais ricos de frequentar a pré-escola, sendo as mais pobres, entretanto, as que mais se beneficiariam desa ação *(177)*.

Exemplos de políticas e programas para melhorar as experiências da primeira infância

As evidências mostram que programas de atenção à criança e desenvolvimento na primeira infância podem ter efeitos positivos e reduzir desigualdades em uma gama de fatores importantes, permanentes e presentes em toda a comunidade. Quando as crianças recebem serviços de desenvolvimento infantil ricos e positivos através de programas especialmente capacitados em relação a elas e seus cuidadores, é provável que seu desenvolvimento melhore e as persistentes desigualdades socioeconômicas e em saúde tendam a se reduzir.

Programa de Pais e Filhos Mamãe Gansa, Canadá. Este programa de intervenção na primeira infância foi projetado para produzir um impacto positivo na linguagem e no comportamento social das crianças. Ele foi desenvolvido com o objetivo de apoiar famílias que, de outra forma, não são capazes de oferecer a suas crianças experiências ricas na aprendizagem linguística. As mães que participaram do grupo do programa relataram mudanças positivas significativas em sua experiência parental com o passar do tempo, além de mudanças positivas significativas no modo de se relacionar com os filhos, quando comparadas àquelas que não participaram da intervenção.[1]

Programas Nacionais de Pré-escola, Argentina. Estes programas, desenvolvidos a partir de 1991, são associados a um aumento médio na probabilidade de a criança frequentar o pré-primário de aproximadamente 7,5 por cento. A frequência da pré-escola entre 3 e 5 anos aumentou o desempenho linguístico e matemático entre 5 e 6 por cento, com resultados similares para meninos e meninas. O resultado de haver frequentado a pré-escola nas notas de avaliações do terceiro ano foi duas vezes mais alto entre alunos de famílias pobres, quando comparados a alunos de famílias não pobres; houve também implicações particularmente importantes na equidade posterior em sua vida. A participação na pré-escola também afetou de forma positiva as habilidades comportamentais dos alunos, inclusive a atenção, o esforço, a participação em sala e a disciplina. Os ganhos percebidos foram mais altos com alunos em cidades de maior desvantagem do que com outros.[2]

Programa Nacional de Pré-escola, Uruguai. Uma expansão da educação pré-escolar pública se deu no Uruguai entre 1995 e 2004, direcionada particularmente a grupos de renda mais baixa. O programa trabalhou com mais de 4.000 crianças entre 0 e 3 anos de idade e vindas de famílias pobres.[2] Para acolher as crianças e as famílias, o programa pôs à disposição das comunidades carentes por todo o país centros para promoção das habilidades parentais e estimular um relacionamento ativo entre as famílias. Depois da expansão da cobertura pré-escolar, 94 por cento das crianças do quintil mais pobre e 99 por cento do quintil mais rico frequentavam a escola. Os resultados também mostraram grandes efeitos em crianças cujas mães tinham escolaridade mais baixa e em crianças de famílias de renda mais baixa que viviam fora da capital.[2]

Projeto Integrado de Desenvolvimento Infantil, Estado Plurinacional da Bolívia. Implementado entre 1993 e 2000, este programa ofereceu atenção integral à criança e forneceu serviços de educação e nutrição para crianças moradoras em zonas urbanas pobres. Uma avaliação concluiu que o programa teve sucesso em atingir as crianças mais pobres nos bairros com mais desvantagens. Também produziu impactos positivos entre as crianças que dele participaram em termos de habilidades motoras finas e grossas, habilidades psicossociais e aquisição de linguagem, em comparação com crianças que não participaram ou só o fizeram apenas por dois meses. Os impactos foram considerados cumulativos, em grande parte associados a uma exposição prolongada no programa, particularmente aqueles que participaram por mais de sete meses. Uma avaliação mostrou impactos mais positivos em crianças de famílias mais ricas.[2]

Lares Comunitários de Bem-Estar Familiar, Colômbia. Realizado entre 1984 e 1986, este programa buscou ajudar gestantes, mães e crianças que viviam na pobreza. Ele abrangeu aproximadamente 1 milhão de meninos e meninas com menos de 7 anos e ofereceu educação parental combinada com serviços voltados para a criança, além de educação e apoio aos pais, estímulos na primeira infância, serviços de alimentação, atenção à

Fontes: [1] Scharfe E. Benefits of mother goose: influence of a community-based program on parent-child attachment relationships in typical families. Child Welfare. 2011;90(5):9–26.
[2] Vegas E, Santibáñez L. The promise of early childhood development in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2012. Disponível (em inglês) em: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079922573/ECD_LAC.pdf

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas para melhorar as experiências da primeira infância *(continuação)*

saúde preventiva e educação em saúde, acompanhamento de altura e peso e centros diurnos de cuidados que ofereciam atenção à criança e educação pré-primária. Uma avaliação do programa feita em 2004 concluiu que houve um efeito estatisticamente significativo: as crianças que fizeram parte do programa tinham mais chances de ir à escola e ter sucesso ao atingir a idade de 13 a 17 anos. O programa também teve efeitos positivos no ganho de altura das crianças, principalmente por causa de melhora na nutrição.[2]

Programa Head Start, Estados Unidos da América. Este programa foi introduzido em 1965 com a finalidade de fornecer às crianças em desvantagem, de idade entre 3 e 5 anos, serviços de suporte abrangentes, incluindo as áreas de educação, desenvolvimento, saúde e nutrição na primeira infância. O programa também ofereceu serviços educacionais para os pais dessas crianças. Ente 2001 e 2007, o Head Start atendeu mais de 900.000 crianças por ano. Vários estudos encontraram efeitos positivos de longo prazo em crianças participantes, como documentado pelas notas de avaliação, altas taxas de conclusão, maior probabilidade de os alunos obterem diplomas de ensino médio, frequência na educação universitária e menor probabilidade de serem presos. Algumas pesquisas concluíram que os efeitos positivos diminuíam quando os participantes atingiam idade entre 7 e 11 anos.[3]

Programa Early Head Start, Estados Unidos da América. O programa EHS é voltado para crianças de até 3 anos de idade, bem como gestantes e lactantes. Uma avaliação mostrou que crianças participantes de 3 anos de idade se saíram melhor do que crianças do grupo de controle quanto ao desenvolvimento cognitivo e linguístico e que os participantes mostraram níveis mais baixos de comportamento agressivo, conforme relatado pelos pais. Além disso os pais do EHS davam um suporte emocional maior e mais estímulos a seus filhos, liam para eles com mais frequência e batiam neles menos frequentemente do que os pais no grupo de controle. A avaliação concluiu que não houve impacto no desenvolvimento linguístico e cognitivo dos participantes de programas domiciliares, mas que as abordagens baseadas nos centros, em combinação com as domiciliares, resultaram em efeitos positivos.[4]

Programa da primeira infância, El Salvador. Em 2014, foi relatado que 25 por cento das crianças entre 36 e 59 meses frequentaram programas educacionais voltados à primeira infância que realizaram quatro ou mais atividades que estimularam a aprendizagem e aumentaram a disposição escolar.[5]

Escola pré-primária, Chile. A participação em escolas pré-primárias melhorou as notas em testes de estudantes provenientes de ambientes mais pobres, o dobrou as obtidas pelos estudantes de famílias de renda mais alta.[6]

Programa de Assistência Social [Chile Solidário], Chile. Implementado a partir de 2002, este programa tinha como objetivo chegar até as famílias mais pobres, por isso desenvolveu uma abordagem que combinou ajuda em dinheiro e apoio psicossocial. O Chile Solidário fornece um "sistema" de proteção social: uma transferência de dinheiro junto com programas sociais desenvolvidos especialmente para atender as necessidades de famílias que viviam na pobreza extrema. Ele ajudou a aumentar a taxa de frequência da pré-escola e a matrícula escolar para crianças entre 6 e 14 anos.[2]

Fontes: [3] Head Start. Child trends: Head Start [Internet]; 2018 [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.childtrends.org/indicators/head-start
[4] Departamento dos E.U.A. de Saúde e Serviços Humanos. Early Head Start Research and Evaluation Project (EHSRE), 1996–2010 [Internet]; [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.acf.hhs.gov/opre/research/project/early-head-start-research-and-evaluation-project-ehsre-1996-2010
[5] Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama Social da América Latina 2016. Santiago: CEPAL; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/41599-social-panorama-latin-america-2016
[6] Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Regional report about education for all in Latin America and the Caribbean. Santiago: Escritório Regional da UNESCO para a América Latina e o Caribe; 2016. Disponível (em inglês) em: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/regional-report-mexico-ingles_01.pdf

4C. REDUZIR AS INIQUIDADES NA CONCLUSÃO DO ENSINO SECUNDÁRIO

Em toda a Região das Américas foi feito muito progresso até se conseguir um acesso universal a uma educação primária de qualidade. Os níveis de participação e frequência na educação secundária, entretanto, não apresentam os mesmos investimentos, foco ou melhorias, por persistência de profundas desigualdades bastante relacionadas à situação socioeconômica, níveis de escolaridade dos pais, identidade étnica, gênero, deficiências e residência em zona rural.

EDUCAÇÃO PRIMÁRIA

Na maioria dos países, as disparidades quanto a gênero na conclusão da educação primária diminuíram entre 1999 e 2012 *(178)*. Por todas as Américas, em 2016, as taxas de matrícula na educação primária de meninos e meninas era bastante igual e, na maioria das vezes, alta (Figura 4.10).

Em toda a região, as crianças que convivem com alguma forma de deficiência encontram mais barreiras e desafios no acesso à educação, tornando mais difícil que suas taxas de frequência sejam as mesmas de pessoas sem qualquer forma de deficiência. No Caribe, onde havia dados disponíveis, em 2010, a frequência escolar de crianças com deficiência era mais baixa do que a de crianças sem problema dessa ordem. Os países com as maiores diferenças eram Granada (25 por cento), Guiana (22 por cento) e Jamaica (22 por cento) *(179)*.

EDUCAÇÃO SECUNDÁRIA

A educação secundária não teve os mesmos níveis de investimento, foco ou melhorias que a educação primária na América Latina e no Caribe e profundas desigualdades na participação e na frequência persistem. Em muitos países, um número significativo de adolescentes que vivem na pobreza abandona a escola antes de concluí-la.

Não ter concluído a educação secundária tem implicações contínuas na saúde e em outros aspectos sociais e econômicos. As desigualdades na educação de nível secundário podem estabelecer trajetórias de baixos rendimentos por toda uma vida e pelas gerações seguintes. É de importância vital para a equidade em saúde e a equidade social e econômica que as taxas de participação na educação secundária sejam elevadas e as desigualdade, reduzidas.

Há muitas barreiras que impedem o acesso à educação de crianças e adolescentes indígenas que vivem nas zonas rurais e em maiores desvantagens. Estas incluem ter de servir como mão de obra, a dificuldade física no acesso às escolas, a gravidez na adolescência e, particularmente para as meninas, ter de cuidar dos membros da família.

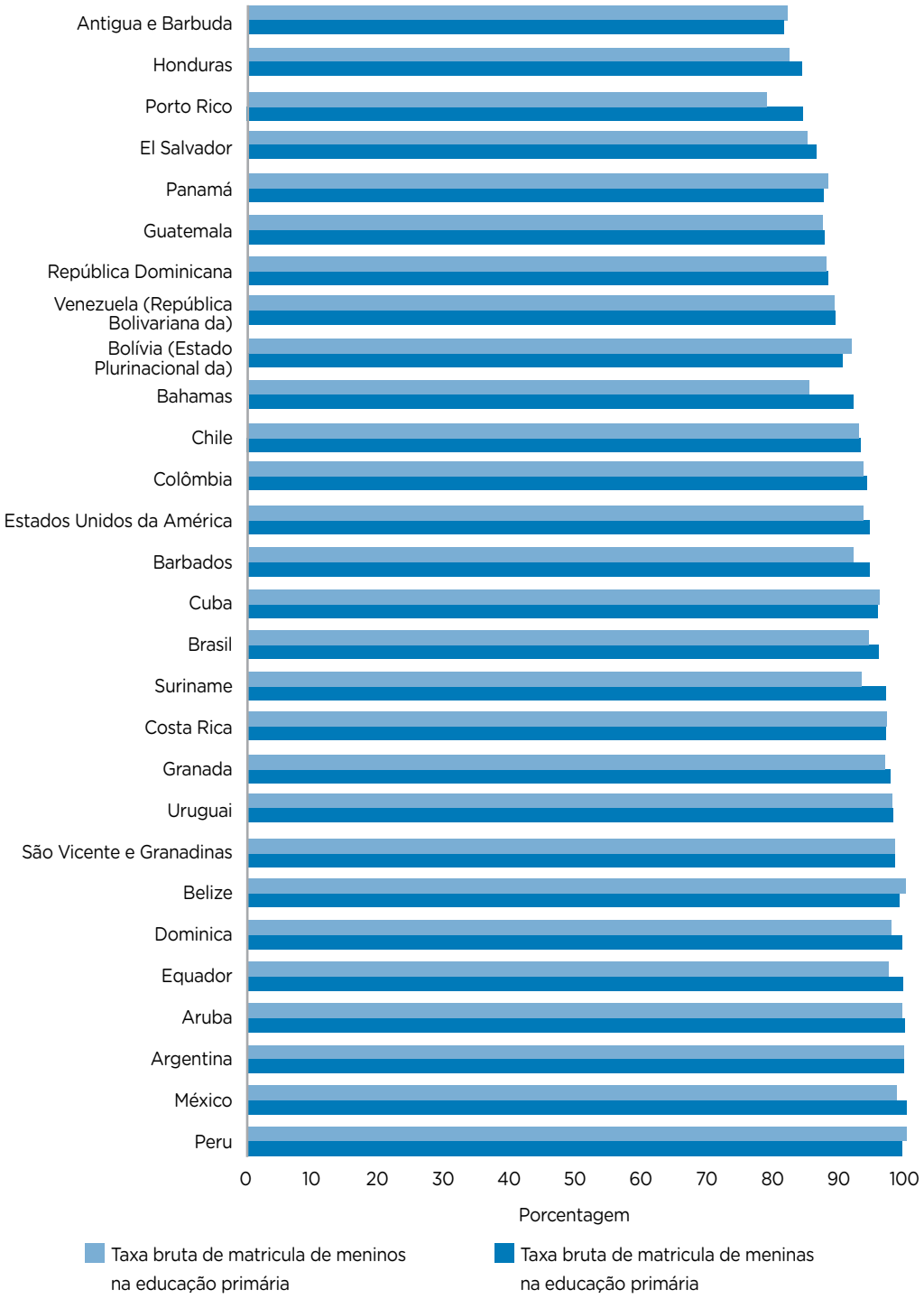
A Figura 4.11 mostra claros gradientes de renda em relação a adultos que concluíram a educação secundária em alguns países para os quais havia dados disponíveis. Uma maior proporção dos decis de maior renda (medidos por renda familiar) concluíram a educação secundária, quando comparados com os decis mais baixos em cada um dos países mostrados. Na maioria deles, os homens tinham mais chance de ser parte de família de renda alta, e alguns países apresentaram taxas muito baixas na participação de homens e mulheres de renda mais baixa.

De acordo com um relatório publicado pela CEPAL, somente nove países da América Latina e do Caribe, representando menos de um terço de sua população, garantem o direito à educação com relação a gênero *(179)*. Isso coloca essa região atrás de todo o mundo, já que 43 por cento dos países protegem o direito à educação com relação a gênero *(179)*.

A Figura 4.12 mostra que há barreiras significativas vividas por adolescentes indígenas na América

Jovens jogando futebol, Favela Morro da Mineira, São Paulo, Brasil

Figura 4.10.
Taxa de matrícula de meninos e meninas na educação primária na Região das Américas, 2016

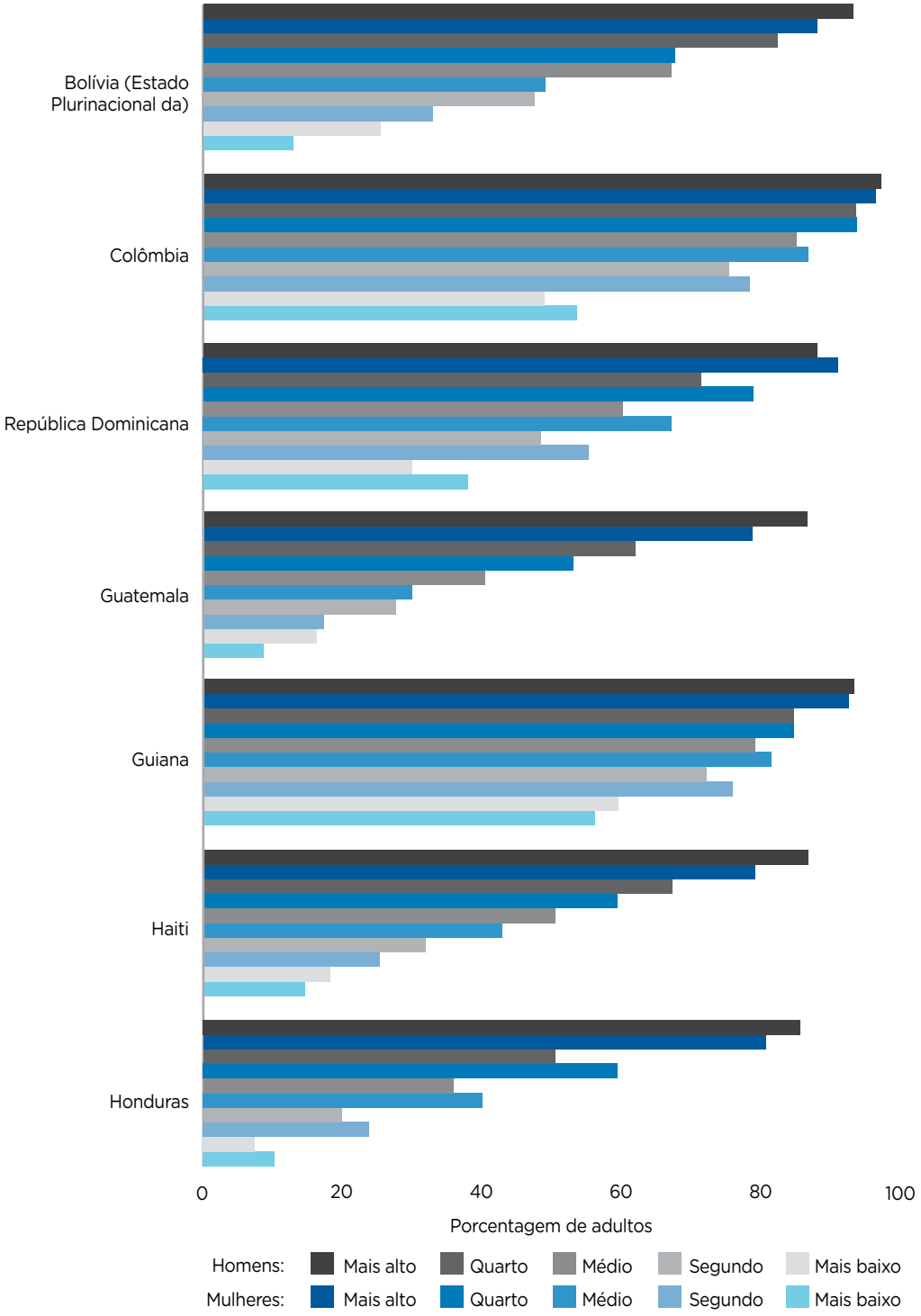


Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Latina e no Caribe quanto à frequência na educação secundária, estando as taxas de ausência mais altas entre as meninas indígenas das áreas rurais. As taxas de participação na educação secundária em relação a crianças com deficiência são mais baixas do que entre o resto da população. Entre as pessoas com deficiência no Canadá em 2012, 20 por cento tinham escolaridade abaixo do ensino médio, comparados com os 11 dos não portadores de deficiência *(180)*.

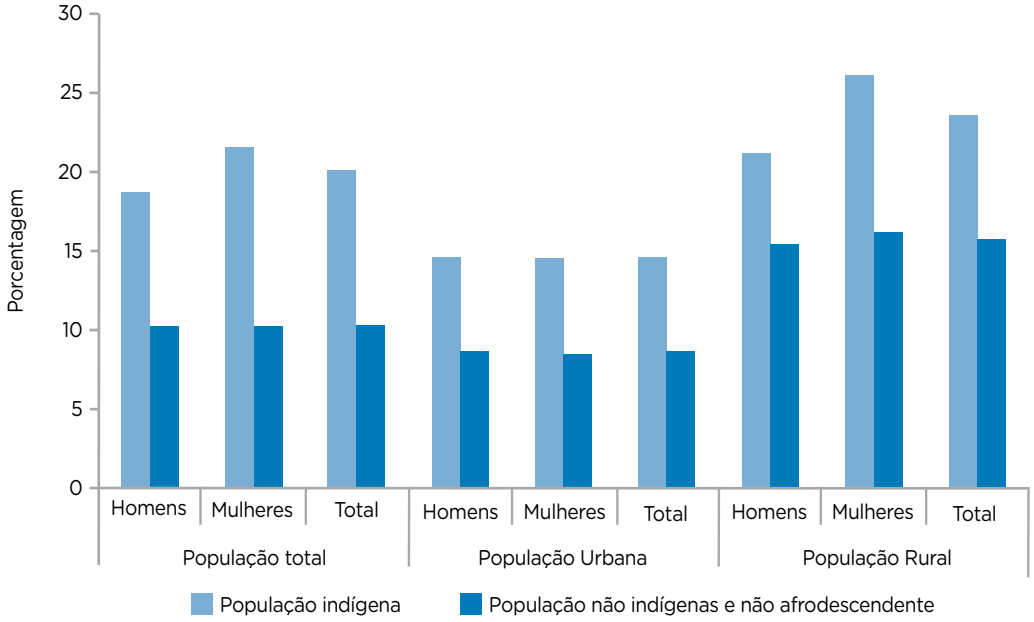
Figura 4.11.

Porcentagem de adultos com educação secundária ou maior escolaridade por quintis de renda em alguns países da América Latina e do Caribe, 2014 ou o mais recente possível



Fonte: Dados da Agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional. DHS STATcompiler [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://dhsprogram.com/data/STATcompiler.cfm

Figura 4.12.
Adolescentes entre 12 e 17 anos que não frequentam o curso secundário, de acordo com o sexo, etnia e local de residência, na América Latina e no Caribe, 2014



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

A Figura 4.13 mostra que as taxas de conclusão da educação secundária a respeito das pessoas com deficiência no Caribe são mais baixas do que as correspondentes a pessoas sem deficiência, ainda que as taxas tenham melhorado entre 2000 e 2010.

A Figura 4.14 mostra os países em que a constituição garante o direito à educação para crianças com deficiência. No Canadá e nos Estados Unidos da América, não há garantia constitucional, enquanto em muitos outros países ela varia da intenção de proibir a discriminação até a real garantia constitucional do direito à educação.

GASTOS GOVERNAMENTAIS COM EDUCAÇÃO

Os gastos com educação abrangem o financiamento de todos os diferentes níveis do sistema de educação, desde a pré-escola a universidades, e incluem todos os serviços de apoio à educação e pesquisa e desenvolvimento *(178)*.

Há grandes diferenças nos níveis gerais de gastos com a educação entre os países das Américas, conforme medidas em porcentagem do PIB. No nível mais alto, em 2017, Granada gastou 10,3 por cento do seu PIB com educação, enquanto no mais alto Bermuda gastou apenas 1,5 por cento (Figura 4.15). Como já esperado, os países que investem menos do que a média em educação têm resultados piores nessa área, enquanto aqueles que investem mais têm resultados melhores *(175)*.

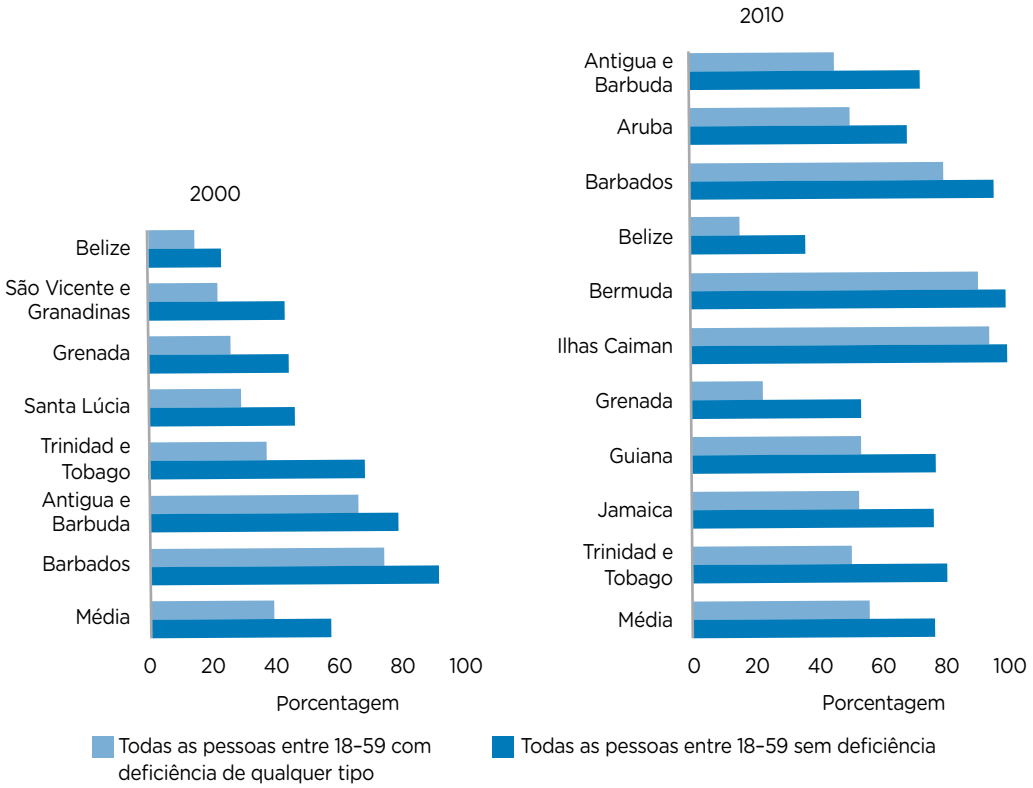
Em todos os países, a relação entre o gasto por aluno entre a educação pré-primária e a universitária é dominada pela última (Figura 4.16). Isso se dá apesar de menos alunos participarem do último nível, da importância dos serviços pré-primários para a melhora nos resultados da educação, na renda e na saúde por toda a vida e do investimento em educação pré-primária ter um caráter de apoio à melhora da equidade *(1)*.

EDUCAÇÃO UNIVERSITÁRIA

Em todas as Américas, há claras desigualdades na participação na educação depois do nível secundário. A educação universitária oferece mais oportunidades de avanços, aumenta as chances de conseguir empregos altamente qualificados e com maiores salários, *status* e empoderamento, além de estar amplamente relacionada a melhores resultados em saúde. As principais razões para a não participação

Figura 4.13.

Proporção de pessoas entre 18 e 59 anos que concluíram a educação secundária, de acordo com a deficiência, nos países do Caribe, 2000 e 2010



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

na educação universitária são a pobreza material, ter que começar a trabalhar mais cedo (incluisive em atividades de subsistência), cuidar de membros da família, a existência de grandes distâncias entre os llocais de aprendizagem e de residência e un nivel de educação primária ou secundária de qualidade inferior. O acesso à educação universitária ainda é um desafio na região para as pessoas que vivem em zonas rurais, indígenas e afrodescendentes, assim como para os portadores de deficiência. A desvantagem é particularmente acentuada no caso de indígenas, especialmente no Brasil, Colômbia, Nicarágua e Panamá, onde menos de 5 por cento têm 13 ou mais anos de educação *(4, 178)*. No Uruguai, a matrícula escolar na faixa etária de 18–24 anos entre afrodescendentes é de menos da metade da taxa dos jovens de outra origem que não afro-descendente.

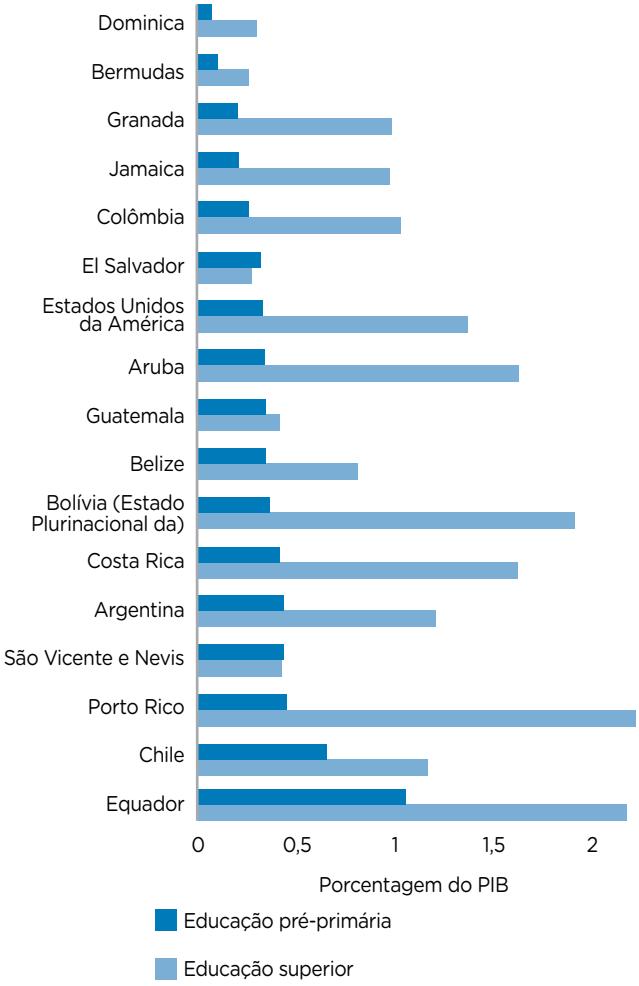
Figura 4.14.
Constituições que garantem o direito à educação para crianças portadoras de deficiência na Região das Américas, 2015

Fonte: WORLD Policy Analysis Center. Does the constitution guarantee the right to education for children with disabilities? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitution-guaranteethe-right-to-education-for-children-with-disabilities

Figura 4.15.
Gasto governamental com educação, nos países das Américas com dados comparáveis, 2017 ou o ano mais recente possível

Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Figura 4.16.
Gasto governamental com educação pré-primária ou superior, em alguns países das Américas, 2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Exemplos de políticas e programas de apoio à participação na educação

Há uma ampla gama de políticas e programas em todas as Américas em apoio a uma maior participação na educação. Quando eficientes, elas ajudam a reduzir as desigualdades em relação a diferentes resultados, inclusive na área de saúde, por toda a vida. De maneira particular, os programas que tinham como alvo as comunidades rurais e os bairros pobres das zonas urbanas tiveram impactos positivos considerados cumulativos. Impactos ainda maiores foram associados com pessoas expostas aos programas por períodos mais longos.[1]

Bolsa Escola, Brasil. Iniciado em meados nos anos 90, este programa forneceu transferências em dinheiro para famílias de baixa renda com crianças em idade escolar, com a condição de que as crianças estivessem matriculadas em uma escola e frequentassem um número mínimo de dias por mês. O principal objetivo dos programas é aumentar a participação educacional das crianças. Várias avaliações foram realizadas e mostraram que o programa aumenta a matrícula e reduz as taxas de evasão.[2]

Prospera, México. Este programa de transferência condicionada de renda, anteriormente chamado Oportunidades e também Progresa, exigia que as crianças participassem nas escolas e que as mães participassem de exames pré- e pós-natal. Estabelecido em 1997, forneceu alimentação às famílias em pobreza absoluta. Também ofereceu transferências de renda maiores a alunas a fim de melhorar a equidade de gênero na educação entre a população mais pobre. As avaliações mostraram melhorias na participação na educação secundária.[2]

***Vouchers* Escolares, Chile.** O Chile ofereceu vales escolares para o acesso a escolas privadas para 50 por cento das crianças mais pobres e viu aumentos na matrícula, particularmente por parte das crianças cujas mães tinham concluído a educação secundária. Isso enfatiza a importância da educação secundária de meninas nas gerações subsequentes, assim como na presente.[3]

Plano Abrangente de Desenvolvimento Infantil, Estado Plurinacional da Bolívia. Este plano foi realizado entre 1993 e 2000 a fim de expandir a cobertura e melhorar a qualidade do desenvolvimento infantil. Teve efeitos positivos nas notas de testes dos alunos mais pobres filhos de mães com os níveis mais baixos de frequência escolar.[2]

Atenção à Crise, Nicarágua. Este programa de transferência condicionada de renda fornece a famílias em áreas de seca renda condicionada à frequência escolar e exames médicos das crianças. Foi realizado entre 2005 e 2006. O programa reduziu os atrasos no desenvolvimento cognitivo e social na participação de crianças.[2]

Famílias em Ação, Colômbia. Este programa, que foi realizado entre 1997 e 2006, melhorou o acesso à atenção e à educação infantis de qualidade, assim aumentando a probabilidade de emprego das mães em 31 por cento.[2]

Fontes: [1] Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Latin America and the Caribbean Education for All 2015 regional review. Santiago: Escritório Regional da UNESCO para a América Latina e o Caribe; 2015. Disponível (em inglês) em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232701
[2] Vegas E, Santibáñez L. The promise of early childhood development in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2012. Disponível (em inglês) em: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079922573/ECD_LAC.pdf
[3] Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. School choice and school vouchers. An OECD perspective. Paris: OCDE; 2017. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/education/School-choice-and-school-vouchers-an-OECD-perspective.pdf

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Convenção sobre os Direitos da Criança. O Artigo 28 define que toda criança tem o direito à educação, que a educação primária deve ser gratuita e que diferentes formas de educação secundária devem estar disponíveis para todas as crianças (Nações Unidas [1990]).

Compromisso de Dakar. Na Fórum Mundial sobre a Educação para Todos, realizado em Dakar, Senegal, em 2000, a comunidade internacional firmou um compromisso com a expansão e a melhoria da atenção e da educação infantis abrangentes, especialmente para as crianças mais vulneráveis e em maior desvantagem (UNESCO [2000]).

Resoluções OPAS

Estratégia e Plano de Ação para Saúde Integral na Infância (CSP28.R20 [2012])

Plano de Ação para a Saúde do Jovem e Adolescente (CD49.R14 [2009])

Estratégia Regional para a Melhoria da Saúde do Jovem e Adolescente (CD48.R5 [2008])

Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes (CD53.R13 [2014])

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhorar da nutrição e promover a agricultura sustentável

Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as idades

Objetivo 4. Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas

Objetivo 8. Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente a todos

Crianças na escola primária, Higuey, República Dominicana

RECOMENDAÇÃO 5.
TRABALHO DECENTE

Em toda a Região das Américas, há profundas desigualdades na renda, taxas de emprego e condições de trabalho entre os 16 e os 65 anos, etapa da vida em que as pessoas estão trabalhando, constituindo família e dando atenção aos parentes mais velhos. Estas desigualdades relacionadas ao trabalho têm profundas implicações nas desigualdades em saúde em toda a região, uma vez que as associações entre trabalho e saúde são fortes.

Algumas dessas desigualdades são o resultado de outras vividas durante os primeiros anos de vida e na educação, conforme descrito na Seção 4, e algumas são geradas durante este período da vida

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
5A. Melhorar o acesso a trabalhos e condições decentes, incluindo as pessoas nos setores informal e doméstico	• Os governos devem regulamentar o cumprimento das convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a garantia de trabalhos decentes pelos empregadores • Os governos devem formalize o trabalho informal e assegurar que estes trabalhos cumpram os padrões da OIT para trabalhos decentes, especialmente com relação à sua convenção 189 sobre trabalhadores domésticos *(181)* e SDG 8.7 *(94)* • Desenvolver e implementar uma legislação que requeira padrões mínimos de segurança e assegure que sejam cumpridos • Desenvolver e implementar padrões de estresse de trabalho, horas trabalhadas, férias e práticas de gerenciamento • Permitir e apoiar o desenvolvimento de sindicatos — incluindo no setor informal • Reduzir o trabalho infantil através da proteção e da garantia dos direitos das crianças • Desenvolver e implementar políticas de salário mínimo para reduzir a pobreza no trabalho
5B. Apoiar as pessoas desempregadas através de programas de mercado de trabalho ativos e sistemas de proteção social	• Reduzir as taxas de jovens desempregados, sem formação ou qualificações, especialmente entre as mulheres afrodescendentes e indígenas • Instituir programas de Mercado de trabalho ativo • Para países com cobertura de proteção social ao desemprego limitada, aumentar o tempo de apoio disponível e assegurar a cobertura de trabalhadores autônomos
5C. Reduzir as desigualdades de gênero no acesso ao trabalho, salários e aposentadoria	• Fortalecer a legislação e a regulamentação para assegurar a equidade de gênero no trabalho • Alcançar o ODS 5 sobre a equidade de gênero e empoderamento de todas as mulheres e meninas • Desenvolver sistemas eficientes de monitoramento da equidade de gênero no trabalho • Apoiar mudanças culturais sobre equidade de gênero, incluindo a responsabilização dos empregadores por diferenças de gênero nas taxas de emprego, salários e aposentadoria

profissional. O trabalho afeta o *status* social das pessoas, suas habilidades para ter uma vida digna e, de forma profunda, sua saúde física e mental. As desigualdades no acesso a um trabalho de qualidade se relacionam de forma íntima com a saúde.

Esta seção se centra nas desigualdades nas Américas que se relacionam com o desemprego e o acesso a trabalho, salário e progressão de carreira dignos. A renda, a pobreza e a proteção social são discutidas em maiores detalhes na recomendação 7.

5A. MELHORAR O ACESSO A TRABALHOS E CONDIÇÕES DECENTES, INCLUINDO AS PESSOAS NOS SETORES INFORMAL E DOMÉSTICO

Há muitos componentes importantes no "trabalho decente". Já foram descritos em várias análises como ser parte da mão de obra, receber salários suficientes e apropriados, não estar exposto a perigos e ter um ambiente de trabalho psicossocial positivo *(182, 183)*.

Em resumo da Organização Internacional do Trabalho *(184)*:

> O trabalho decente é a soma das aspirações que as pessoas têm quanto a sua vida profissional. Ele envolve oportunidades produtivas e que ofereçam salários justos, segurança no local de trabalho e proteção social para suas famílias, melhores perspectivas de desenvolvimento pessoal e integração social, liberdade para que as pessoas expressem suas preocupações e organizem e participem das decisões que afetam sua vida, assim como a igualdade de oportunidade e tratamento para todos: os homens e mulheres.

As seções a seguir mostram como o objetivo do trabalho seguro pode ser prejudicado pelo trabalho informal, trabalho doméstico, falta de segurança no trabalho e condições psicossociais de trabalho adversas. Cada uma delas pode trazer danos à saúde e contribuir para as desigualdades em saúde.

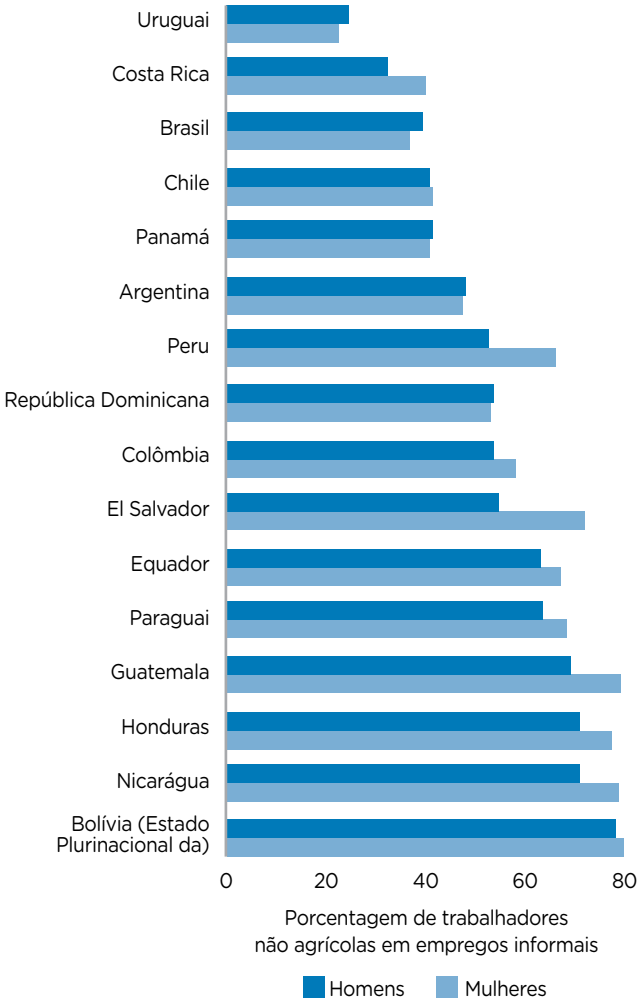
TRABALHO INFORMAL, TRABALHADORES DOMÉSTICOS E OUTROS GRUPOS DE TRABALHADORES EM RISCO

O trabalho informal inclui os trabalhos sem contrato, sem segurança ou garantia de emprego ou renda, sem proteção social da parte dos empregadores, como licenças e férias, e sem proteções legais. A falta de cobertura de proteção social, que está associada ao emprego informal, foi relacionada com saúde física e mental mais precárias *(185)*. O trabalho informal apresenta riscos à saúde física e mental e à equidade em saúde.

Há altas taxas de trabalho informal na América Latina e no Caribe, particularmente entre as mulheres. Em muitos países, mais de 50 por cento das pessoas que trabalham em setores não

Trabalhadores, a maioria mulheres e meninas, extraindo manualmente minerais das bacias de Sal, Maras, Peru

Figura 4.17.
Emprego informal, de acordo com o sexo, em alguns países da América Latina e do Caribe, 2017 ou ano mais recente



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

agrícolas não têm um contrato de trabalho formal. Os números são, na maioria das vezes, mais altos entre as mulheres do que entre os homens (Figura 4.17).

Embora a quantidade de pessoas que trabalham em setores informais na América Latina e Caribe tenha diminuído desde 2004, os números ainda são altos, sobretudo no caso das mulheres, e houve novos aumentos em alguns países (Figuras 4.18 A e B).

A proporção de contratos de trabalho formais nas América é tipicamente mais baixa entre os jovens do que entre os adultos *(1, 186)*.

O trabalho doméstico é, na maioria das vezes, desvalorizado e encarado como um indicador de *status* baixo, sendo parcamente remunerado e principalmente realizado por mulheres e meninas. Muitos destes trabalhadores são imigrantes ou afrodescendentes advindos de comunidades em desvantagem *(4, 187)*. Os imigrantes também são frequentemente dependentes dos tipos de trabalho mais perigosos e inseguros e não têm proteção formal. Em 2013, a América do Norte (Canadá e Estados Unidos da América), enquanto uma ampla sub-região, apresentou a taxa mais alta do mundo de trabalhadores imigrantes, uma vez que estes tendem a mudar-se para nações mais ricas quando podem *(187)*. Em 2015, aproximadamente 25 por cento da população em idade de trabalho total do Canadá era composta por imigrantes, enquanto nos Estados Unidos da América o número era de aproximadamente 20 por cento. Partes do Caribe também apresentaram altas taxas *(188)*.

SEGURANÇA NO TRABALHO

Um ambiente de trabalho seguro e livre de perigos é um elemento importante do trabalho decente. A segurança no trabalho é um ponto crítico para a saúde dos trabalhadores e sua habilidade em continuar a ganhar um salário decente e sustentar suas famílias. Os perigos físicos, químicos e biológicos implicam ameaças em potencial para a saúde no local de trabalho.

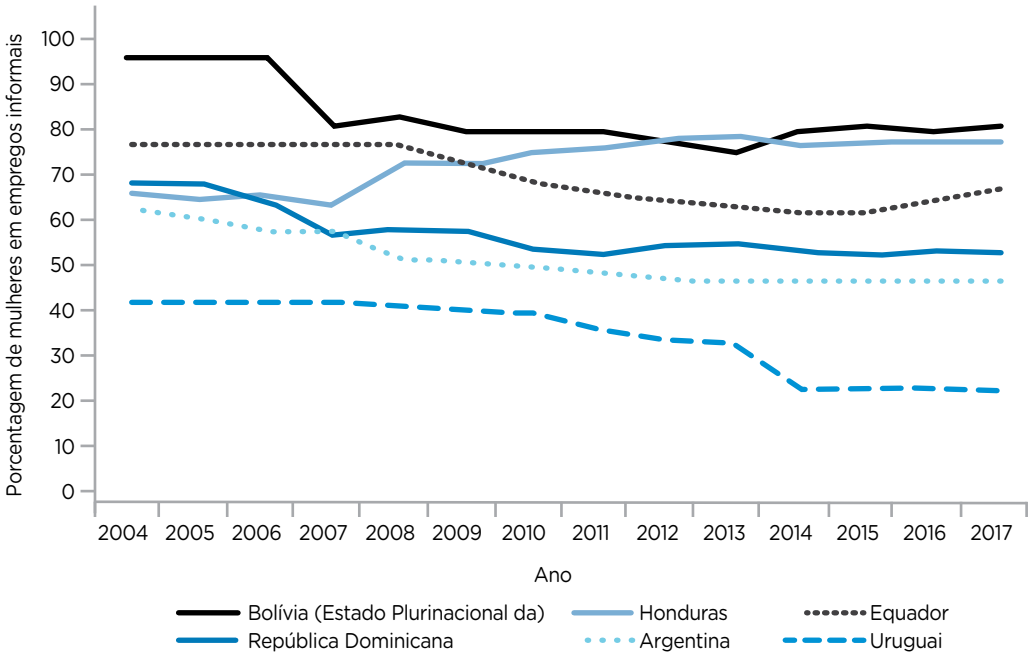
Em alguns países da região, há níveis relativamente altos de lesões de trabalho fatais, como mostrado na Figura 4.19 *(189)*. Os números reais podem ser ainda maiores, considerando a possibilidade de omissões nos relatórios e monitoramento ineficiente em alguns países.

Há por volta de 374 milhões de acidentes e doenças não fatais relacionados ao trabalho em todo o mundo a cada ano, muitos dos quais resultam em afastamento do trabalho. O custo humano desta adversidade diária é muito significativo. O ônus econômico de uma segurança ocupacional e práticas de saúde precárias é estimado em 3,94 por cento do produto interno bruto a cada ano, de acordo com a OIT *(190)*.

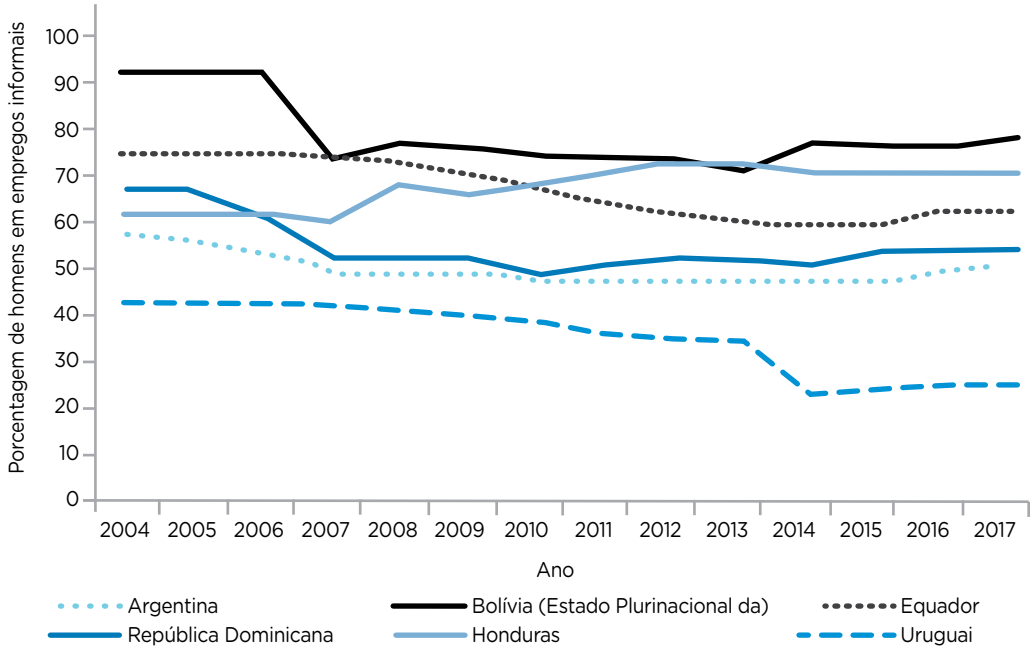
No Canadá, houve 905 fatalidades relacionadas ao trabalho em 2016 *(191)*. Nos Estados Unidos da América, em 2017, mais de 5.000 trabalhadores

Figura 4.18.
Emprego informal, de acordo com o sexo, nos países da América Latina com dados comparáveis disponíveis, 2004–2007

A) Mulheres



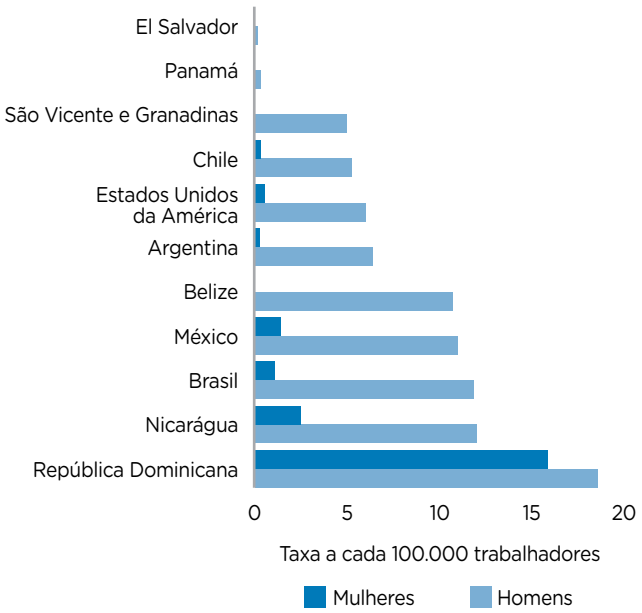
B) Homens



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

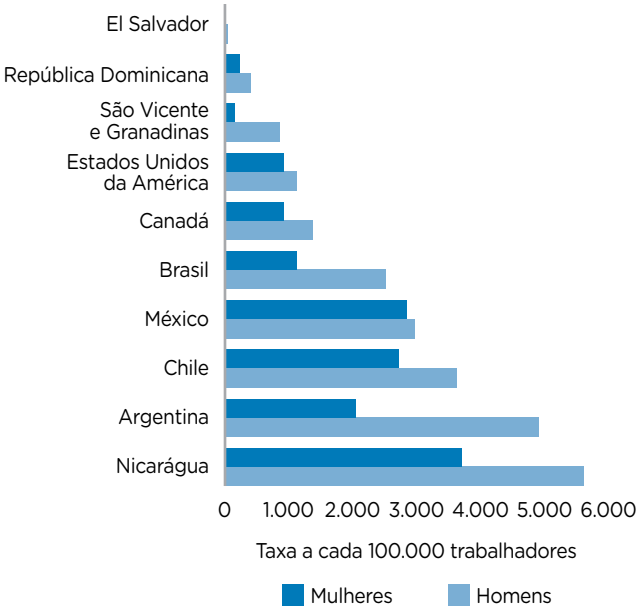
Nota: O emprego informal inclui todos os empregos não registrados e/ou em empresas pequenas não constituídas. Estão inclusos: vendedores ambulantes autônomos, motoristas de taxi e pessoas que trabalham em casa. As atividades agrícolas e serviços voluntários não estão incluídos.

Figura 4.19.
Taxa de acidentes trabalhistas fatais em alguns países das Américas, 2017 ou o mais recente possível



Fonte: Organização Internacional do Trabalho. ILOSTAT: key indicators of the labour market [Internet]; [dados consultados em setembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home/home?_adf.ctrlstate=g43s30d0n_4&_afrLoop=1927002885072191#

Figura 4.20.
Taxas de acidentes trabalhistas não fatais em alguns países das Américas, 2017 ou ano mais recente possível



Fonte: Organização Internacional do Trabalho. ILOSTAT: key indicators of the labour market [Internet]; [dados consultados em setembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home/home?_adf.ctrlstate=g43s30d0n_4&_afrLoop=1927002885072191#

morreram, sendo que os mais velhos tiveram uma taxa de fatalidade mais alta que as outras faixas etárias *(192)*.

As taxas de lesões laborais não fatais apontadas variam de forma marcada entre os países selecionados da região (Figura 4.20). As taxas relativas aos homens são mais altas do que referentes às mulheres, já que há entre os homens mais probabilidade de trabalhar nas indústrias com mais elevados níveis de risco, como mineração, agricultura e pescaria, e em profissões mais perigosas e que exigem mais deles fisicamente.

ESTRESSE PSICOSSOCIAL NO TRABALHO

Condições precárias no trabalho podem resultar em resultados sociais, físicos e psicológicos negativos, como estresse, depressão ou exaustão relacionada ao trabalho, assim como em outros problemas na saúde física e mental. As condições de trabalho que apresentam riscos psicossociais incluem um fluxo de trabalho excessivo, falta de envolvimento nas decisões que afetam o trabalhador, organização e gerência precárias no trabalho, incluindo tarefas repetitivas, nível baixo de controle sobre as tarefas e altos níveis de cobrança, insegurança, assédio psicológico e sexual, violência e falta de apoio por parte da administração ou dos colegas *(183, 193)*.

Muitos estudos analisaram as relações entre o estresse psicossocial no trabalho e resultados precários na saúde, com base em teorias de desequilíbrio nas tarefas pedidas e no nível de controle que os trabalhadores têm sobre estas tarefas ou de desequilíbrios no esforço feito e no reconhecimento e valorização desse esforço *(183, 194)*. Uma análise sistemática recente dos estudos empíricos feitos na América Latina avaliou a associação entre o estresse psicossocial no trabalho e a saúde usando o modelo de desequilíbrio entre esforço e recompensa (ERI). Ele concluiu que as evidências de diversos países apontavam também para a associação entre um desequilíbrio entre esforço e recompensa e o estresse psicossocial, o que leva a uma saúde precária, com doenças cardiovasculares e o agravamento da saúde mental *(195)*.

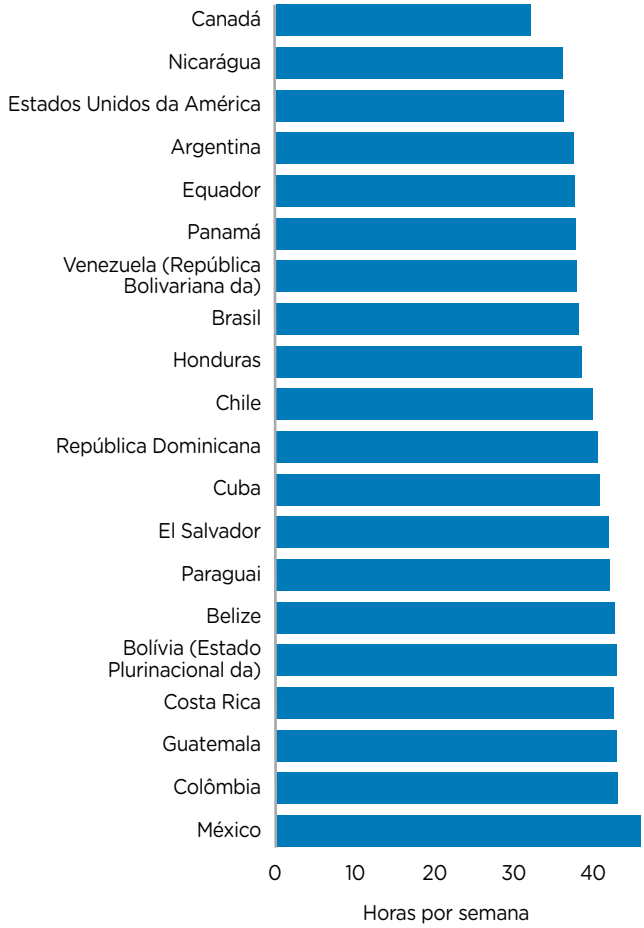
Estudos que usaram amostras nacionalmente representativas dos adultos trabalhadores do Chile, com base no modelo de desequilíbrio entre esforço e recompensa, mostraram que a exposição a riscos psicossociais no trabalho está associada a um consumo perigoso de álcool e sintomas depressivos *(196)*. Outros estudos concluíram que o desequilíbrio entre esforço e recompensa está associado a maiores riscos de transtornos depressivos *(197)*.

A partir das evidências disponíveis, fica claro que o estresse psicossocial aumenta com o emprego de baixa qualidade e baixo *status*, contribuindo muito para aumentar as desigualdades em toda a região. As obrigações dos empregadores quanto a assegurar empregos com melhores qualidades transetoriais, com apoio de proteções regulamentárias e legais mais fortes, ajudariam a melhorar os resultados em saúde e a equidade em saúde. Boas práticas de gerenciamento no local de trabalho podem assegurar que as tarefas dos empregados, assim como a qualidade do gerenciamento e sua supervisão, promovam um bom ambiente de trabalho que, ao invés de prejudicar, melhore a saúde.

Trabalhar um número excessivo de horas (mais de 8 horas ao dia) pode aumentar o estresse psicossocial e prejudicar a saúde física e mental e o bem-estar. Além disso, também pode prejudicar o equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal, que inclui tempo entre pais e filhos e participação em eventos da escola e da comunidade.

Em muitos países das Américas, os empregados trabalham mais de 40 horas por semana (Figura 4.21). Entretanto, estes números são a média e há probabilidade de que alguns tipos de trabalho e setor requeiram ainda mais tempo. Para alguns, em especial as mulheres, os dias de trabalho se estendem na dupla jornada de criar a família e ter um emprego, como se discutiu na seção 5C.

Figura 4.21.
Média de horas semanais trabalhadas por trabalhador em alguns países das Américas, 2017 ou o mais recente possível



Fonte: Organização Internacional do Trabalho. ILOSTAT: key indicators of the labour market [Internet]; [dados consultados em setembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home/home?_adf.ctrlstate=g43s30d0n_4&_afrLoop=1927002885072191#

SINDICALIZAÇÃO

A formação de sindicatos foi associada a várias melhorias importantes na qualidade e em outras condições de trabalho e a sindicalização está associada a salários mais altos *(198)*. OS empregados sindicalizados também podem ter mais probabilidade de receber outros benefícios. Por exemplo, um estudo de 2011 no Chile mostrou que aproximadamente três quartos das mulheres sindicalizadas tinham algum tipo de plano de saúde em comparação com menos da metade das mulheres não sindicalizadas *(199)*. Evidências internacionais sugerem que a sindicalização e a ação coletiva contribuem para o empoderamento e redistribuição de renda, sendo ambos relevantes para a saúde populacional e equidade em saúde *(200)*. As pessoas que fazem parte de um sindicato têm mais chance de terem licenças e férias, planos de aposentadoria e acesso à atenção em saúde (2001).

TRABALHO INFANTIL

O trabalho durante a infância é prejudicial à saúde das crianças, impede que tenham acesso

Jovem vendedor de abacaxi em La Romana, República Dominicana

ensino integral e frequentemente resulta na sua separação da criança tanto dos familiares quanto da comunidade *(202)*. Além disso, as crianças que trabalham correm maior risco de ter que enfrentar as formas de trabalho mais perigosas e prejudiciais à saúde.

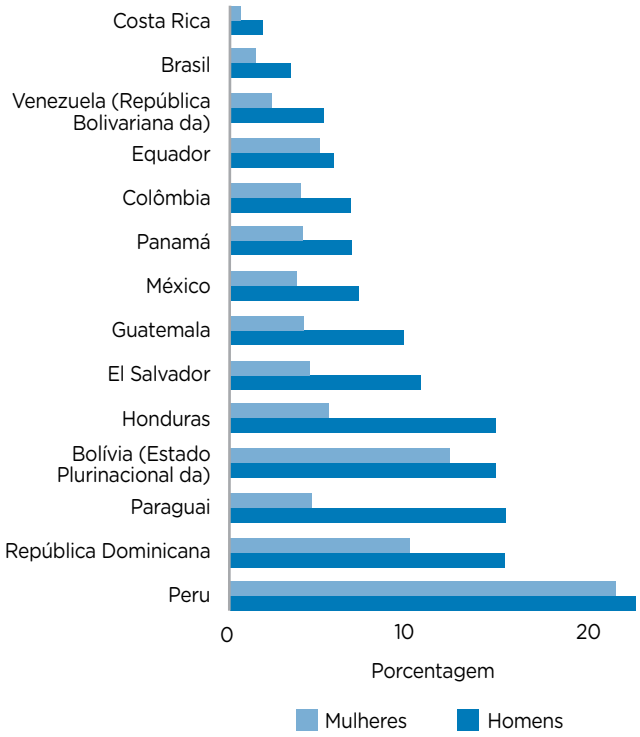
Os meninos têm mais probabilidade de trabalhar fora de casa do que as meninas, além de realizar na maioria das vezes trabalhos mais perigosos, enquanto as meninas têm mais chances do que os meninos de realizar tarefas domésticas.

As Américas têm a terceira maior taxa de trabalho infantil do mundo. Em 2017, havia 10,7 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos no mercado de trabalho.

Isso representa uma prevalência de 5,3 por cento, que, ainda que alta, é consideravelmente mais baixa que a de 2008. Entretanto, de forma alarmante, as taxas estraram em estagnação desde então *(203)*. Há maiores porcentagens de meninos do que meninas empregados (Figura 4.22), enquanto as meninas realizam mais trabalhos domésticos não remunerados.

O trabalho infantil afeta de maneira desproporcional as crianças indígenas e afrodescendentes. Por exemplo, no Estado Plurinacional da Bolívia, quase

Figura 4.22.
Porcentagem de crianças empregadas com idade entre 7 e 14 anos, de acordo com o sexo, em alguns países da América Latina e do Caribe, 2016 ou ano mais recente possível



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

metade de todos os meninos que trabalham são indígenas, e muitos deles realizam atividades perigosas. No Brasil, em 2014, por volta de 60 por cento das crianças que trabalhavam de idade entre 5 e 13 anos eram afrodescendentes.

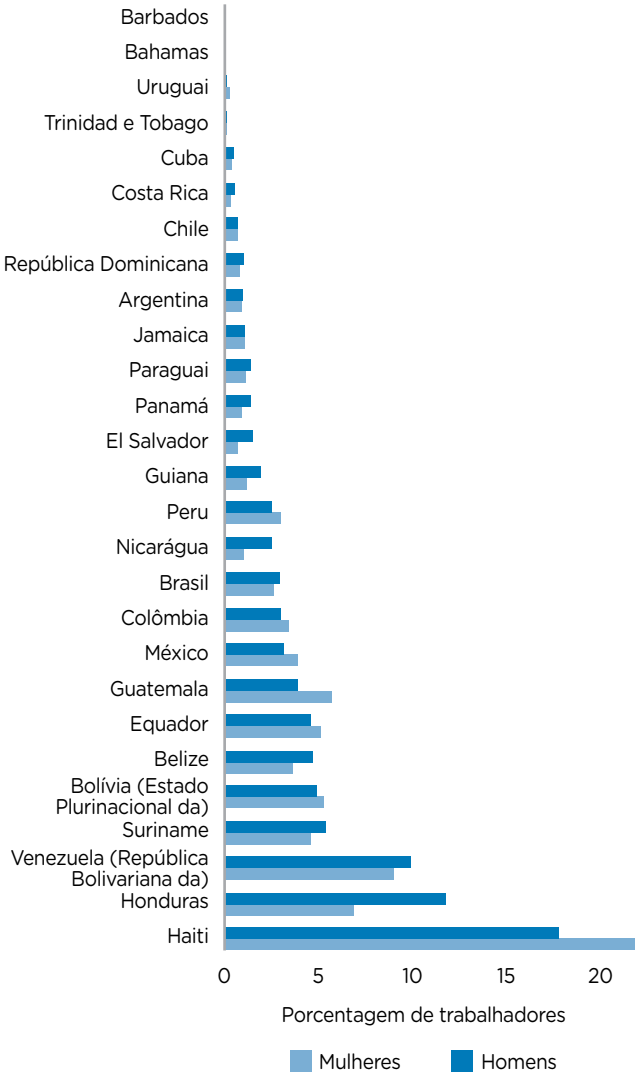
A Figura 4.23 mostra que enquanto muitos países da região de fato baniram o trabalho infantil para menores de 12 anos, ainda há muitos outros, inclusive o Canadá e os Estados Unidos da América, que legalmente permitem algumas formas de trabalho de crianças com menos de 12 anos. Em todos os casos, dados os níveis relativamente baixos de crianças trabalhadoras, as proteções não postas em prática de forma eficiente.

Figura 4.23.
Nível de proteção de crianças até 12 anos contra o trabalho na Região das Américas, 2012

Fonte: World Policy Analysis Center. What work protections do children have when legal loopholes are considered? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://worldpolicycenter.org/policies/what-work-protections-do-children-have-when-legalloopholes-are-considered/what-work-protections-do-12-year-olds-have-when-legal-loopholes-are-considered

Nota: A figura refere-se a casos em que a legislação permite que as crianças trabalhem quando mais novas em circunstâncias especiais.

Figura 4.24.
Trabalhadores na pobreza (abaixo de US$ 1,90 PPC), de acordo com o sexo, na América Latina e no Caribe, 2016



Fonte: Organização Internacional do Trabalho. ILOSTAT: key indicators of the labour market [Internet]; [dados consultados em setembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home/home?_adf.ctrlstate=g43s30d0n_4&_afrLoop=1927002885072191#

Nota: PPP: paridade do poder de compra.

POBREZA NO TRABALHO

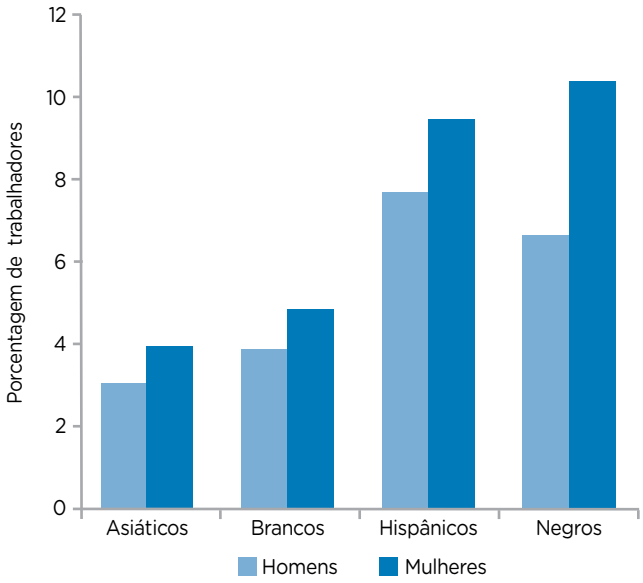
Muitas pessoas nas Américas ganham salários que são insuficientes para tirá-las da pobreza, incluindo no Canadá e nos Estados Unidos da América.

Há uma grande variação em toda a América Latina e o Caribe nos níveis de pobreza entre as pessoas com emprego. Em uma ponta do espectro, na Costa Rica, menos de 1 por cento deles foram registrados como vivendo na pobreza, enquanto na outra estão os números do Haiti, que mostram 22 por cento das mulheres empregadas e 18 por cento dos homens empregados vivendo na pobreza em 2016 (Figura 4.24) *(189)*.

Nos Estados Unidos da América em 2016, 7,6 milhões de indivíduos estavam entre a população pobre trabalhadora (ou seja, que passa ao menos 27 semanas na mão de obra — trabalhando ou procurando trabalho — mas cujas rendas ainda ficam abaixo do nível de pobreza) *(204)*. Os negros e os hispânicos tinham duas vezes mais chances do que os brancos e asiáticos de estar entre os pobres trabalhadores. Em relação a todos os grupos étnicos, a taxa é mais para mulheres do que para homens (Figura 4.25).

Em 2014, aproximadamente 476.000 canadenses (três por cento) viviam em uma família em que o principal provedor de renda entrava na definição de pobre trabalhador. Enquanto a proporção de canadenses que viviam em famílias de pobres trabalhadores diminui nos últimos anos, a taxa foi mantida entre três e quatro por cento desde 2007 *(205)*.

Figura 4.25.
Taxas de trabalhadores pobres de acordo com a etnia e o sexo, nos Estados Unidos da América, 2016



Fonte: Semega JL, Fontenot KR, Kollar MA. U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-259. Income and poverty in the United States: 2016. Washington, D.C.: U.S. Imprensa Oficial; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2017/demo/P60-259.pdf

Apenas alguns países da região, em 2014, garantiram o direito a salários iguais por trabalhos iguais para todas as etnias, conforme mostrado pela Figura 4.26.

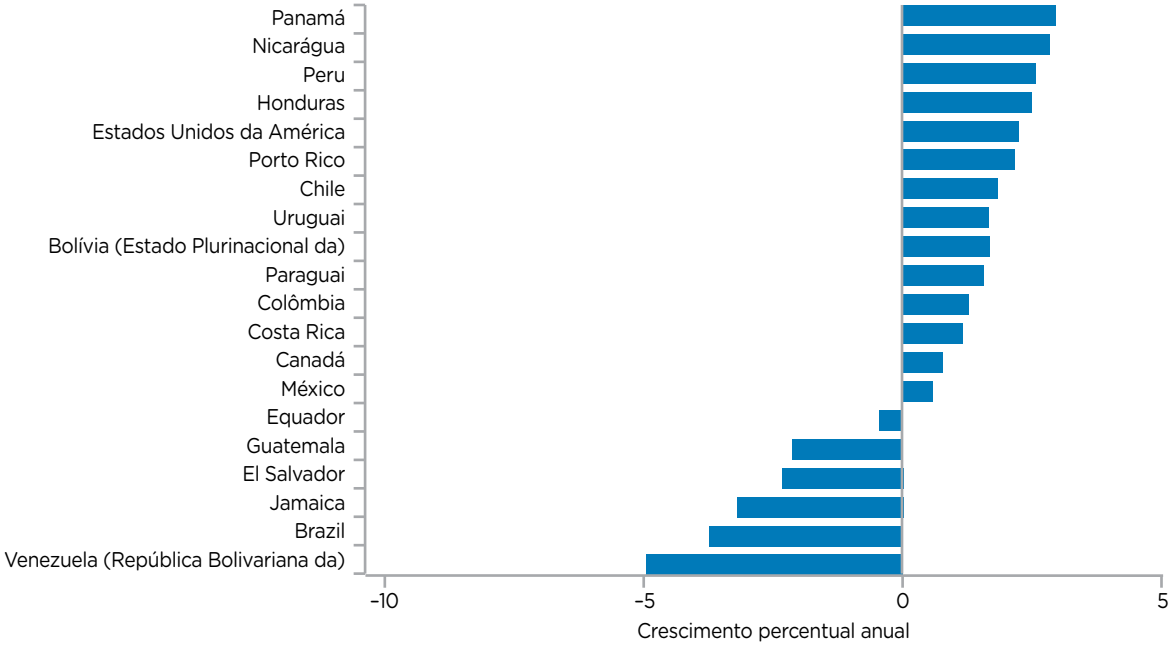
Em alguns países da América, os salários reais caíram em 2015 (Figura 4.27). Nestes países, o número de pobres trabalhadores provavelmente aumentou. Em outros países, enquanto os salários

Figura 4.26.
A constituição garantia, em relação à etnia, o direito ao pagamento igualitário pelo mesmo trabalho (até 2012)?

Fonte: World Policy Analysis Center. Does the constitution guarantee the right to equal pay for equal work based on ethnicity? [Internet]; 2018 [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitution-guarantee-the-right-to-equal-pay-for-equal-work-based-onethnicity

Nota: Garantia geral significa que o direito ao pagamento igualitário pelo mesmo trabalho é garantido a todos os cidadãos, mas sem especificidade quanto à etnia; Garantido significa que a constituição, com autoridade, protege, em relação à etnia, o direito ao pagamento igualitário pelo mesmo trabalho

Figura 4.27.
Ganho médio mensal real dos trabalhadores, crescimento anual, na Região das Américas, 2015 ou o mais recente possível



Fonte: Organização Internacional do Trabalho. ILOSTAT: key indicators of the labour market [Internet]; [dados consultados em setembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home/home?_adf.ctrl-state=g43s30d0n_4&_afrLoop=1927002885072191#

cresceram, não o fizeram de acordo com a inflação, o que também significa o crescimento da pobreza no trabalho.

SALÁRIO MÍNIMO

Mostrou-se que um salário mínimo obrigatório é importante para assegurar salários adequados para trabalhadores com baixos rendimentos e, assim, reduzir as desigualdades em saúde. Na América Latina, há evidências de que o salário mínimo opera como uma referência para os salários de trabalhadores não especializados. Entretanto, nem todos os países tem um salário mínimo, incluindo, de maneira mais importante, para aqueles com trabalho informal *(206)*. As campanhas realizadas em alguns países da região aumentaram o cumprimento da legislação do salário mínimo e beneficiaram as mulheres, o que teve um impacto positivo sobre as jovens com pouca ou nenhuma escolarização.

Recentemente, o setor doméstico passou por melhorias significativas na remuneração como resultado de novos padrões internacionais, assim como adotou a legislação nacional a fim de reconhecer e regulamentar o serviço doméstico como um emprego *(207)*.

Um estudo recente sugere que as prioridades políticas nas Américas mudaram de um foco nos acidentes para uma abordagem que abranja também questões psicossociais e outros perigos do ambiente de trabalho *(208)*.

Isto aumentou o foco no estresse, na violência, nos comportamentos perigosos e no assédio no ambiente de trabalho. Há, entretanto, variações no foco, como mostrado na Tabela 4.1. Enquanto o Brasil e Porto rico não têm legislações sobre os riscos psicossociais no trabalho, um grande número de países latino-americanos apresentam leis específicas sobre o assédio no local de trabalho *(183)*.

Tabela 4.1.
Legislação sobre a qualidade do ambiente de trabalho na América Latina

País	Tópico	Regulamentação	Ano
Argentina	Violência no trabalho	Lei nº 13168	2003
Brasil	Assédio no trabalho	Lei nº 2.120	2001
	Assédio no trabalho	Lei nº 12.561	2006
Chile	Assédio no trabalho	Lei nº 20607	2012
	Avaliação de riscos psicossociais	Resolução 218	2013
Colômbia	Assédio no trabalho	1010–2006	2006
	Riscos psicossociais	Resolução 2646	2008
México	Assédio no trabalho	Artigos da Suprema Corte	2012
	Riscos psicossociais	Regras obrigatórias de saúde ocupacional	2013
	Riscos psicossociais	Normas mexicanas oficiais (em andamento)	2015
Peru	Riscos psicossociais	Lei nº 29783. Decreto 005–2012-TR	2012
Porto Rico	Assédio no trabalho	Legislação proposta	2014
Uruguai	Violência no trabalho	Lei nº 18561	2009
Venezuela (República Bolivariana da)	Riscos psicossociais Assédio no trabalho	Lei orgânica LOPCYMAT.[1] Artigo 56.5	2005

Fonte: Gómez V, Juárez-García A. Working conditions and effort-reward imbalance in Latin America. In: Siegrist J, Wahrendorf M, editores. Work stress and health in a globalized economy: the model of effort-reward. Cham: Springer; 2016:235–71.

Nota: 1. Lei Orgânica de Prevenção, Condições e Ambiente de Trabalho.

Exemplos de políticas e programas para melhorar o acesso a trabalhos decentes

Reduzindo o trabalho infantil [*Prospera*, anteriormente *Oportunidades*], México. O *Prospera* é um grande programa de transferência condicionada de renda que teve início em 1997. Ele beneficiou 6 milhões de famílias (25 por cento da população) e contribuiu para a redução do trabalho infantil fora de casa, particularmente para os meninos. Estudos de áreas rurais mostraram uma redução de 14 por cento no tempo de trabalho infantil fora de casa, juntamente com um aumento no tempo dedicado a tarefas escolares. Um resultado similar foi verificado nas áreas urbanas, com uma redução de aproximadamente 13 por cento no tempo de trabalho infantil fora de casa no segundo ano do recebimento do benefício.[1]

Política de salário mínimo, Estados Unidos da América. Desde sua primeira instituição, em 1938, para proteger os trabalhadores da pobreza no trabalho, o salário mínimo federal nos Estados Unidos da América estabeleceu um piso salarial. Ainda que nem todo trabalhador seja elegível, ele fornece um piso para os rendimentos dos trabalhadores com piores salários. Entretanto, apesar de alguns aumentos recentes nos salários mínimos estaduais, eles caíram de forma geral por todo o país.[2]

Políticas de salário mínimo, América Latina. Há uma legislação para o salário mínimo na maioria dos países da América Latina, mas seu impacto é pequeno. Um estudo indica que ter uma política de salário mínimo não aumenta necessariamente os salários de todos os tipos de empregados, mas tem um impacto geral nos salários baixos, mesmo no setor informal.[3]

O salário mínimo no México estagnou e não alcança um nível suficiente para cobrir os custos da alimentação básica. Encontra-se baixo demais para atender as necessidades materiais, sociais e culturais de uma família e para pagar a educação das crianças, sendo que todos estes aspectos são cobertos pela Constituição de 2014. O salário mínimo no México aumentou muito mais devagar do que em outros lugares da região, apesar das evidências de impactos negativos significantes para a equidade.[4]

Fontes: [1] Banco Mundial. A model from Mexico for the world [Internet]; 19 de novembro de 2014 [citado em 7 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.worldbank.org/en/news/feature/2014/11/19/un-modelo-de-mexico-para-el-mundo
[2] Amadeo K. Minimum wage with its purpose, pros, cons, and history. The Balance [Internet]; 11 de março de 2019. Disponível (em inglês) em: https://www.thebalance.com/us-minimum-wage-what-it-is-history-and-who-must-comply-3306209
[3] Kristensen N, Cunningham W. Do minimum wages in Latin America and the Caribbean matter? Evidence from 19 countries. Policy Research Working Paper No. 3870. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2006. Disponível (em inglês) em: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/8337
[4] Moreno-Brid JC, Garry S, Krozer A. Minimum wages and inequality in Mexico: a Latin American perspective. Revista de Economia Mundial. 2016;43:113–30.

5B. APOIAR AS PESSOAS DESEMPREGADAS POR MEIO DE PROGRAMAS DE MERCADO DE TRABALHO ATIVOS E SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL

O desemprego e a insegurança no trabalho são nocivos à saúde *(209)*. Os efeitos pioram paralelamente ao tempo de desemprego. Os impactos na saúde podem ter consequências diretas do desemprego, inclusive com o aumento dos riscos de ansiedade e depressão, comportamentos de risco em saúde e doenças cardiovasculares. Há também múltiplos impactos negativos na saúde causados por rendimentos mais baixos e perda de *status (210)*.

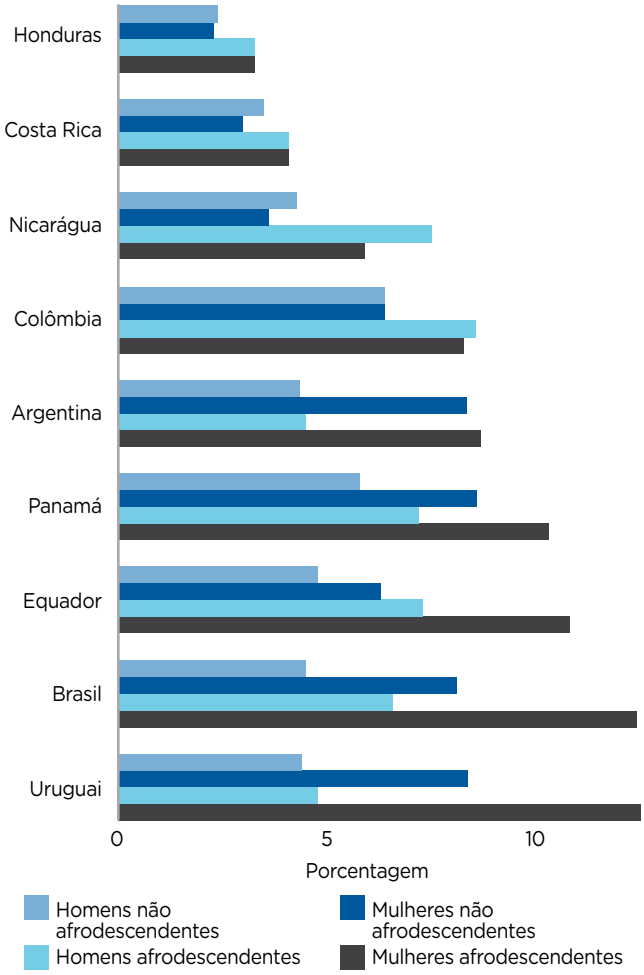
A taxa de desemprego entre a população é um dos indicadores-chave da extensão da exclusão do mercado de trabalho, e as taxas são altas em muitos países das Américas, embora a fidedignidade dos dados seja um problema. Há desigualdades persistentes nas taxas de desemprego e de empregos de baixa qualidade, relacionados a posição socioeconômica, gênero, etnia e outras deficiências.

Em nove países da América Latina para os quais há dados disponíveis, as taxas de desemprego de pessoas com 15 anos ou mais são maiores entre os afrodescendentes, particularmente as mulheres, do que entre outros grupos étnicos do mesmo gênero, como mostra a Figura 4.28 *(29)*.

Nos Estados Unidos da América, as taxas de desemprego em 2015 eram duas vezes mais altas em relação a afroamericanos e hispânicos do que a brancos e asiáticos *(146)*, como se discutiu na recomendação 3. A mensagem encontrada nesses números é que a qualificação educacional é a via para o emprego, mesmo para aqueles com graves deficiências (ver Figura 4.29).

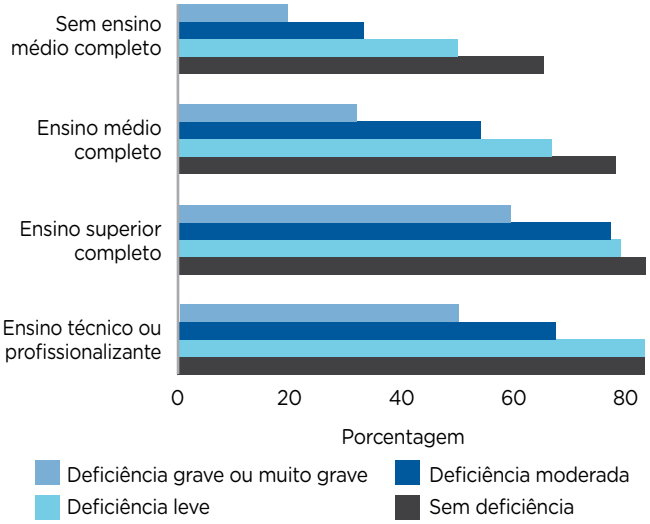
As deficiências também afetam o risco de desemprego. No Canadá, as taxas de emprego em relação a pessoas com deficiência são mais baixas do que as referentes a pessoas sem deficiências (Figura 4.29). No Caribe, as deficiências também têm um claro impacto na atividade econômica, como mostrado na Figura 4.30. De maneira similar, na Costa Rica e nos Estados Unidos da América, onde havia dados disponíveis, as pessoas com deficiência enfrentavam taxas mais altas de desemprego do que as pessoas que não as possuíam *(211)*.

Figura 4.28.
Taxa de desemprego de pessoas com ao menos 15 anos de acordo com o gênero e a etnia em alguns países da América Latina, últimos anos disponíveis, 2005–2013



Fonte: Adaptado da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

Figura 4.29.
Taxa de emprego padronizada por idade de acordo com o nível de escolarização e deficiência severa no Canadá, 2011



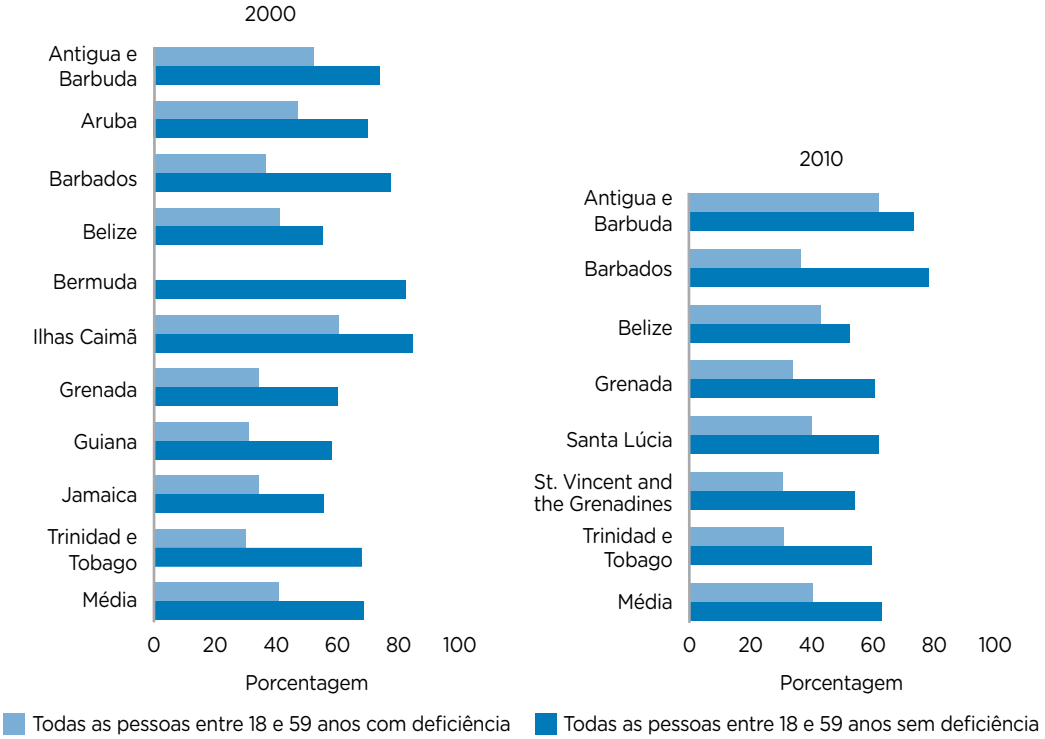
Fonte: Adaptado das Estatísticas do Canadá. A profile of persons with disabilities among Canadians aged 15 years or older. Ottawa: Estatísicas do Canadá; 2012. Disponível (em inglês) em: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2015001-eng.htm

JOVENS SEM EMPREGO, EDUCAÇÃO OU QUALIFICAÇÃO

Um grupo de particular preocupação são os jovens que não estão no mercado de trabalho nem estudando ou procurando se qualificar. A não participação no mercado de trabalho ou na educação exerce impactos sobre a equidade que duram por toda a vida dos jovens — nas perspectivas de emprego, renda, status e saúde. Há claras desigualdades que se baseiam em gênero e etnia.

As diferenças entre jovens mulheres e homens são assombrosas. Em quase metade de todos os países das Américas, as porcentagens de mulheres jovens nesta situação são duas vezes maiores que as taxas encontradas entre seus colegas masculinos. Entre as mulheres jovens, a falta de serviço de atenção às crianças é um fator significativo que impede aquelas que têm filhos de participar da educação e do trabalho, o que, por sua vez, limita suas chances de ganhar sua própria renda neste e em outros estágios de sua vida *(6)*.

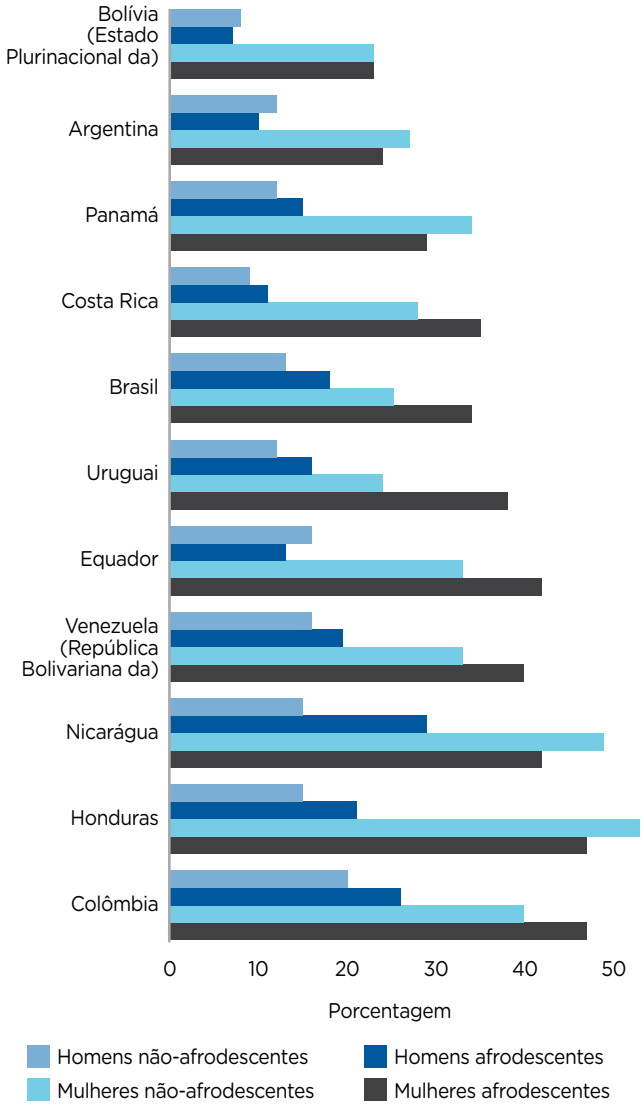
Figura 4.30.
Atividade econômica de pessoas entre 18 e 59 anos, de acordo com a deficiência, em alguns países do Caribe, 2000 e 2010



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama social da América Latina 2016. Santiago: CEPAL; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/41599-social-panorama-latin-america-2016, com base nos censos populacionais e de moradia nacionais de 2000 e 2010.

Figura 4.31.

Jovens entre 15 e 29 anos sem emprego ou escolaridade, de acordo com a identidade afrodescendente e o gênero, nos países da América Latina com dados comparáveis, 2012 ou o mais recente possível



Fonte: Adaptado da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama Social da América Latina 2016. Santiago: CEPAL; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/41599-social-panorama-latin-america-2016, com base no processo especial de microbase de dados de censos com o suo do REDATAM 7.

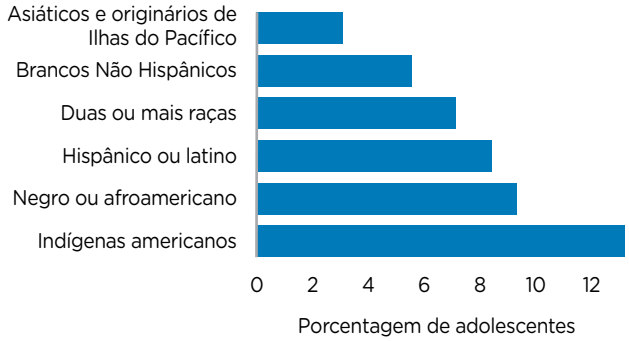
Nota: A população não afrodescendente não inclui as pessoas que se identificam como indígenas ou cujo status étnico/racial seja desconhecido.

Na maioria dos países da região, as mulheres jovens afrodescendentes são o grupo com mais riscos de não não se empregar nem estudar, como mostrado na Figura 4.31. Em muitos países, as taxas de mulheres afrodescendentes é o dobro das taxas dos homens.

A Figura 4.32 mostra desigualdades similares entre as linhas étnicas na escolarização e na participação na mão de obra entre as pessoas nos Estados Unidos da América, com as taxas mais altas e sem a participação de nativos americanos e pelos afroamericanos.

Figura 4.32.

Pessoas entre 16 e 19 anos não matriculadas em escola (integral ou meio período) e sem emprego (integral ou meio-período), de acordo com a raça e a etnia, nos Estados Unidos da América, 2016



Fonte: Secretaria de Referência Populacional, análise de dados da Secretaria do Censo dos E.U.A., Pesquisa Americana de Comunidades 2008-2016. Disponível (em inglês) em: https://www.prb.org/u-s-census-and-the-acs/

Exemplos de políticas e programas para prestar apoio a desempregados e reduzir os riscos de desigualdades

Para os países com proteção social limitada (discutida mais profundamente na recomendação 7), é de vital importância aumentar o período pelo qual o apoio é disponibilizado e assegurar a cobertura dos autônomos. Um aumento deste tipo na proteção terá impactos significativos na equidade em saúde e assegurará que menos pessoas fiquem sem amparo.

O fornecimento de treinamento e formação e experiência de trabalho durante os períodos de desemprego podem reduzir sua duração, prestar apoio ao status social das pessoas e reduzir os danos à saúde advindos do desemprego.

Programas de mercado de trabalho ativo (ALMP). Programas financiados pelo governo para ajudar as pessoas a encontrarem emprego foram implementados nos Estados Unidos da América nos anos 60 e 70 e na América Latina e no Caribe em nos anos 90. Concluiu-se que os ALMP são mais eficientes entre as pessoas que estão há mais tempo desempregadas.[1]

Há vários programas significativos em toda a região a fim de ajudar pessoas desempregadas a encontrar trabalho e oferecer apoios financeiros.[2]

PROEmpleo, Peru. Estabelecido em 1996, este programa tem como alvo empregadores e desempregados, dando prioridade a aqueles com baixa escolaridade. Ele apóia um ajustamento melhor nos empregos e nas informações relacionadas às qualidades necessárias para uma área em particular. O programa fornece assistência na procura de empregos através de atividades de aconselhamento. Em 2006, 23.642 pessoas encontraram um emprego, o que corresponde a 28 por cento de quem procurava trabalho e estava registrado no programa e a 68 por cento das vagas postadas.[3]

Empleo en Acción, Colômbia. Este é um programa público de empregos implementado entre 2002 e 2004 para mitigar os efeitos da crise econômica dos anos 90. O programa tinha como objetivo criar empregos temporários para pessoas pouco qualificadas em setores de infraestrutura pública em áreas de baixa renda do país. O programa financiou os custos salariais e materiais necessários. As pessoas recrutadas eram adultos desempregados e de baixa renda. A duração máxima da participação foi de cinco meses em relação a trabalhadores de meio período. Um total de 3.724 projetos foram fundados através deste programa.[3]

Chile Joven. Desde 1991, este programa chileno foca a população jovem, com pouca escolarização e de baixa renda. Os programas forneceram qualificações em setores subqualificados, habilidades socioemocionais e qualificações no próprio trabalho. O programa também forneceu serviços de ajuda na procura de empregos. As avaliações mostram que os programas tiveram impactos positivos na perspectiva de emprego e em sua qualidade (medidas pelo salário, seguridade social e/ou formalidade) e no emprego de mulheres e jovens. Os resultados destes programas na América Latina são um pouco melhores do que os impactos de projetos de qualificação similares nos Estados Unidos da América e na Europa.[4]

Agência de Emprego e Qualificação de Recursos, Jamaica (HEART). Formada em 1982, tem como foco primário o estímulo do crescimento econômico e a criação de empregos através do desenvolvimento de uma mão de obra qualificada, produtiva e competitiva. Opera 27 locais de qualificação e educação técnica e vocacional,

Fontes: [1] Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Statistical yearbook of Latin America and the Caribbean 2011. Santiago: CEPAL; 2011. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/926-anuario-estadistico-america-latina-caribe-2011-statistical-yearbook-latin-america
[2] Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe; Banco Central de Desenvolvimento da América Latina. Latin American economic outlook 2017: youth, skills and entrepreneurship. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/40722-latin-american-economic-outlook-2017-youth-skills-and-entrepreneurship
[3] Organização Internacional do Trabalho. What works: active labour market policies in Latin America and the Caribbean. Genebra: ILO; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/global/research/publications/WCMS_492373/lang--en/index.htm
[4] Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Chile Joven, job training programs in Latin America [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: https://unevoc.unesco.org/go.php?q=Promising+practices+Archives&id=6

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas para prestar apoio a desempregados e reduzir os riscos de desigualdades *(continuação)*

fornecendo qualificação para todos os jamaicanos, ainda que o foco vise pessoas que recentemente concluíram o ensino secundário e aquelas que têm um emprego, mas precisam de qualificação.[5]

O **Seguro Desemprego do Canadá (EI)** é um programa central para o sistema de proteção social do país. Seu principal objetivo é dar apoio às pessoas que querem trabalhar, mas que não conseguem encontrar um emprego.[6] Desde a grande reforma do programa em 1996, o EI já deu suporte financeiro e criou medidas para a política de mercado de trabalho ativo.[7] Há um programa especial para indígenas. Há um programa específico para povos indígenas.

Lei de Oportunidades e Inovação da Mão de Obra (WIOA), Estados Unidos da América. a WIOA foi introduzida em 2014. Com base nas evidências daquilo que realmente funciona nos programas de qualificação, a WIOA alinha a qualificação com as habilidades necessárias, põe empregadores em contato com trabalhadores qualificados e promove o uso de encaminhamento de carreira e parcerias entre os setores para aumentar o emprego em profissões e áreas de acordo com a demanda. A WIOA presta serviços a 20 milhões de americanos por ano. O programa também dá apoio a qualificações locais e empregos de transição, além de promover a qualificação no trabalho.[8]

O programa de **Qualificação e Educação Vocacional e Técnica (TVET), Barbados**, prepara alunos, pessoas que procuram emprego, aqueles que já o têm e autônomos para o trabalho.[9]

Fontes: [5] HEART Trust/NTA. Training & Human Resource Development. About [Internet]; [citado em 27 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.heart-nta.org/about/
[6] Brisson M. Employment insurance and active labour market policies in Canada. Ottawa: University of Ottawa, Graduate School of Public and International Affairs; 2015. Disponível (em inglês) em: https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/32604/1/BRISSON,%20Michael%2020155.pdf
[7] Council of Economic Advisers Issue Brief. Active labor market policies: theory and evidence for what works [Internet]; December 2016 [citado em 26 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/page/files/20161220_active_labor_market_policies_issue_brief_cea.pdf
[8] Departamento de Trabalho dos E.U.A., Administração de Emprego e Capacitação. The Workforce Innovation and Opportunity Act. Highlights of WIOA reforms to the public workforce system [Internet]; 22 de julho de 2014 [citado em 26 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://wdr.doleta.gov/directives/attach/TEN/WIOA_Factsheet_Acc.pdf
[9] TVET Council Barbados. About TVET Council [Internet]; [citado em 27 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https:/www.tvetcouncil.com.bb/About/WhatisTVET.aspx

5C. REDUZIR AS DESIGUALDADES DE GÊNERO NO ACESSO AO TRABALHO, SALÁRIOS E APOSENTADORIA

Há desigualdades de gênero persistentes relacionadas ao acesso e à qualidade do emprego e aos níveis salariais em toda a Região das Américas, conforme anteriormente discutido. Estas desigualdades têm, impactos múltiplos e cumulativos sobre a iniquidade, inclusive em relação à saúde, renda e posição social durante toda a vida, além de haver probabilidade de que passem para as gerações subsequentes.

De forma geral, as mulheres convivem com taxas mais altas de desemprego, emprego informal e salários discriminatórios do que os homens. A Figura 4.33 mostra as taxas de desemprego com respeito ao sexo. Na maioria dos países, a taxa de desemprego de mulheres é mais alta do que a taxa dos homens.

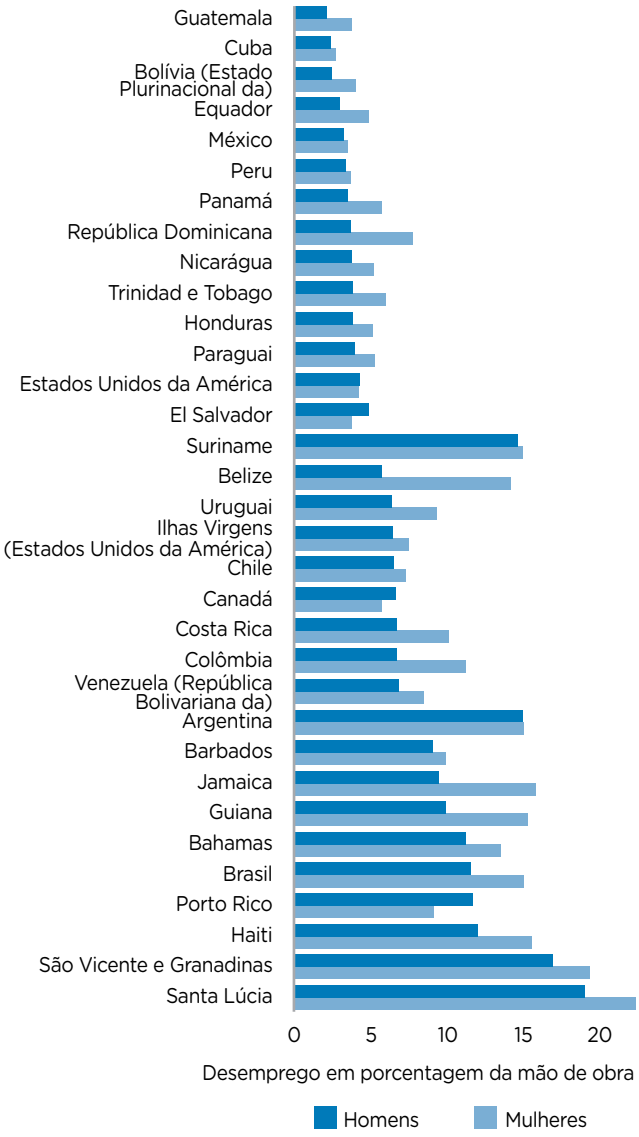
A OIT estimou que se houvesse uma redução de 25 por cento na diferença de empregos quanto ao gênero em 2025, haveria um aumento do BIP da América Latina em 4 por cento e no Canadá e nos Estados Unidos da América em 2 por cento *(212)*.

Algumas desigualdades nos empregos quanto ao gênero estão relacionadas ao fato de as mulheres serem responsáveis por uma proporção mais alta de trabalhos não pagos remunerados comparadas aos homens. As consequências disto, incluindo as altas taxas de desemprego e emprego informal, discriminação salarial e falta de acesso à proteção social e aposentadoria, impactam a saúde física e mental da mulher em toda sua vida.

Há evidências de que o baixo controle entre as mulheres sobre o trabalho doméstico não remunerado está associado a riscos mais altos de exaustão, precarização da saúde autoavaliada, transtornos de humor ou afetivos e doenças coronárias *(213–216)*.

Quando as mulheres estão empregadas, há desigualdades significativas nos níveis salariais comparados com o dos homens, mesmo para mulheres com o mesmo nível de qualificações e ocupando cargos de mesmo nível. A Figura 4.34 mostra a diferença salarial com base no gênero em países selecionados nas Américas do Norte,

Figura 4.33.
Taxa de desemprego, de acordo com o sexo, na Região das Américas, 2017



Fonte: Organização Internacional do Trabalho. ILOSTAT: key indicators of the labour market [Internet]; [dados consultados em setembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home/home?_adf.ctrl-state=g43s30d0n_4&_afrLoop=1927002885072191#

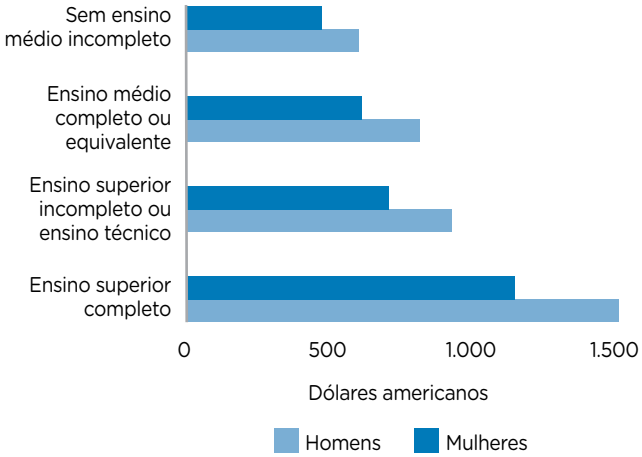
Funcionária inspecionando equipamento de fabricação

Figura 4.34.
Hiato salarial por gênero em alguns países nas Américas, 2015

Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/sdd/labour-stats/

Nota: O hiato salarial por gênero é definido como a diferença entre o ganho médio dos homens e das mulheres em comparação com o ganho médio dos homens.

Figura 4.35.
Ganhos semanais médios de remuneração de período integral e salários de acordo com a escolaridade e o sexo, Estados Unidos da América, 2018



Fonte: Secretaria de Estatísticas Trabalhistas dos Estados. BLS. Dados de pagamentos mensais e por hora da Pesquisa Atual Populacional. Tabela 5. Quartiles and selected deciles of usual weekly earnings of full-time wage and salary workers by selected characteristics, fourth quarter 2018 averages, not seasonally adjusted [Internet]; [citado em 22 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.bls.gov/news.release/wkyeng.t05.htm

Central e do Sul. Entre os países mostrados, a Costa Rica apresenta a menor diferença, indicando as possibilidades para a redução desta diferença entre homens e mulheres. A Figura 4.35 mostra que nos Estados Unidos da América, as mulheres ganham menos que os homens em todos os níveis de escolarização.

Figura 4.36.
A constituição garante, em relação ao gênero, o direito ao pagamento igualitário pelo mesmo trabalho (até 2014)?

Fonte: World Policy Analysis Center. Does the constitution guarantee the right to equal pay for equal work? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitution-guarantee-the-right-to-equalpay-for-equal-work/does-the-constitution-guarantee-the-right-to-equal-pay-for-equal-work-based-on-gender

Apesar dos altos níveis de desigualdade salarial e aposentadoria relacionados ao gênero, vários países em todas as Américas contam com garantias constitucionais do direito a salários iguais para trabalhos iguais com base no gênero (Figura 4.36). De forma clara, são necessários mais mecanismos e aplicações regulamentares nesses países, enquanto aqueles que não têm tais garantias precisam fortalecer os direitos a salários igualitários.

Exemplos de programas e políticas para reduzir as desigualdades de gênero no acesso ao trabalho, salário e aposentadoria

Secretaria das Mulheres, Estados Unidos da América. Estabelecida em 1920, a Secretaria das Mulheres desenvolve políticas e pesquisas de condutas e padrões para garantir o interesse das mulheres trabalhadoras, para defender a igualdade e seguridade social para elas e para suas famílias, e para promover ambientes de trabalho de qualidade. Esta é a única agência federal criada a fim de representar as necessidades salariais das mulheres nas políticas públicas.[1] Recentemente, a Secretaria das Mulheres trabalhou para empoderar todas as mulheres trabalhadoras a fim de atingir a segurança econômica mediante seu preparo para empregos com maiores salários, promoção da igualdade, promoção da flexibilidade do local de trabalho, suporte a mulheres mais velhas na reintegração à mão de obra e no apoio a mulheres em situações vulneráveis.[2]

Plano Federal para Igualdade de Gênero, Canadá. Reconhece as diferentes vivências interseccionais de mulheres no Canadá relacionadas ao gênero, assim como à idade, raça, classe, origem, etnia, orientação sexual, deficiências mentais e físicas, região, língua e religião. O Plano Federal reconhece que a igualdade somente pode ser alcançada pela valorização desta diversidade.[3] Os objetivos do Plano Federal incluem[4]:

1. Implementar análises de gênero em todos os departamentos e agências.
2. Melhorar a autonomia econômica e o bem-estar das mulheres.
3. Melhorar o bem-estar físico e psicológico das mulheres.
4. Reduzir a violência na sociedade, particularmente a violência contra mulheres e crianças.
5. Promover a igualdade de gênero em todos os aspectos da vida cultural do Canadá.
6. Incorporar as perspectivas de mulheres na governança.
7. Promover e apoiar a igualdade de gênero global.
8. Fomentar a igualdade de gênero entre funcionários de departamentos e agências federais.

Fontes: [1] Departamento de Trabalho dos E.U.A. Women's Bureau. Washington, D.C.: U.S. Departamento de Trabalho dos E.U.A; 1990.
[2] Departamento de Trabalho dos E.U.A. Women's Bureau: our history [Internet]; [citado em 26 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.dol.gov/wb/info_about_wb/interwb.htm
[3] Estatísticas do Canadá; Status of Women Canada. Setting the stage for the next century: the federal plan for gender equality. Ottawa: Estatísticas do Canadá; 1995. Disponível (em inglês) em: http://www.cwhn.ca/en/node/21852
[4] Governo do Canadá. Action plan on gender-based analysis (2016–2020) [Internet]; [citado em 28 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://cfc-swc.gc.ca/gba-acs/plan-action-2016-en.html

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

A **Convenção da OIT 189** estabelece uma idade mínima para os trabalhos domésticos, garante o direito à liberdade de associação e de todas as formas de abuso, assédio e violência, além de contar com disposições especiais relacionadas a trabalhadores imigrantes (Organização Internacional do Trabalho [2011])

Resoluções OPAS

Plano de Ação sobre a Saúde dos Trabalhadores 2015–2025 (CD54.R6 [2015])

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 4. Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas

Objetivo 8. Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente a todos

Objetivo 9. Construir Infraestruturas resilientes, promover a industrialização sustentável e inclusiva e fomentar a inovação

Objetivo 10. Reduzir a desigualdade dentro e entre os países

RECOMENDAÇÃO 6.
VIDA DIGNA PARA IDOSOS

A Região das Américas tem a população idosa com maior crescimento em todo o mundo. Estima-se que até 2050, aproximadamente 25 por cento da população na América Latina e no Caribe terá 60 anos ou mais, enquanto no Canadá e nos Estados Unidos da América, o número será de 29 e 32 por cento, respectivamente *(217)*. Esta seção mostra que há profundas desigualdades em todas as Américas quanto à saúde e vivência das pessoas, suas condições de vida e situação econômicas durante a terceira idade. Esta seção também faz um esboço de como as políticas e intervenções podem ajudar a diminuir essa diferença.

Entre a população idosa, há desigualdades nos grupos definidos por circunstâncias socioeconômicas, gênero, identidade étnica e deficiências, em termos de renda e riqueza, condições de vida, níveis de interação social e atividade física. O resultado é a iniquidade na duração da vida, na saúde física e mental e no bem-estar. Essas desigualdades remediáveis — iniquidades — são geradas pelas desigualdades em vivências em momentos anteriores de sua vida (conforme descrito nas recomendações 4 e recomendação 5), assim como por condições vividas durante um período posterior.

Cumprir o direito a uma vida digna na terceira idade é central para a redução das desigualdades

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
6A. Criar condições para o envelhecimento ativo e engajado, com a sociedade valorizando as contribuições dos idosos	• O governo local e a sociedade civil devem criar condições nas comunidades para encorajar as atividades física e mental e reduzir o isolamento social • Desenvolver parcerias entre setores que facilitem os sistemas: de moradia, ambiental e de transporte, como “cidades amigas dos idosos”, que atendam as necessidades sociais, econômicas, de saúde e mobilidade dos idosos
6B. Aumentar o fornecimento de aposentadorias através de subsídios governamentais, particularmente para aqueles que se encontram em situação de maior risco de não ter renda posteriormente na vida	• Desenvolver e aumentar as aposentadorias subsidiadas pelo estado a fim de assegurar a cobertura das pessoas fora dos sistemas de contribuição • Desenvolver padrões mínimos de renda para idosos e, para aqueles que estão abaixo do piso, fornecer apoio através de pensão e outros mecanismos de proteção social • Assegurar que as pensões e sistemas de proteção social tenham foco particular entre mulheres, afrodescendentes e indígenas
6C. Aumentar o foco dos sistemas de atenção à saúde na prevenção e promoção de um envelhecimento saudável e ativo	• Desenvolver parcerias com diversos setores, incluindo o sistema de atenção à saúde e a sociedade civil, para apoiar prevenções e melhorias na saúde • Assegurar a continuidade apropriada da atenção entre hospitais e comunidades • Apoiar famílias para que elas cuidem dos parentes idosos, incluindo a obtenção de licenças familiares

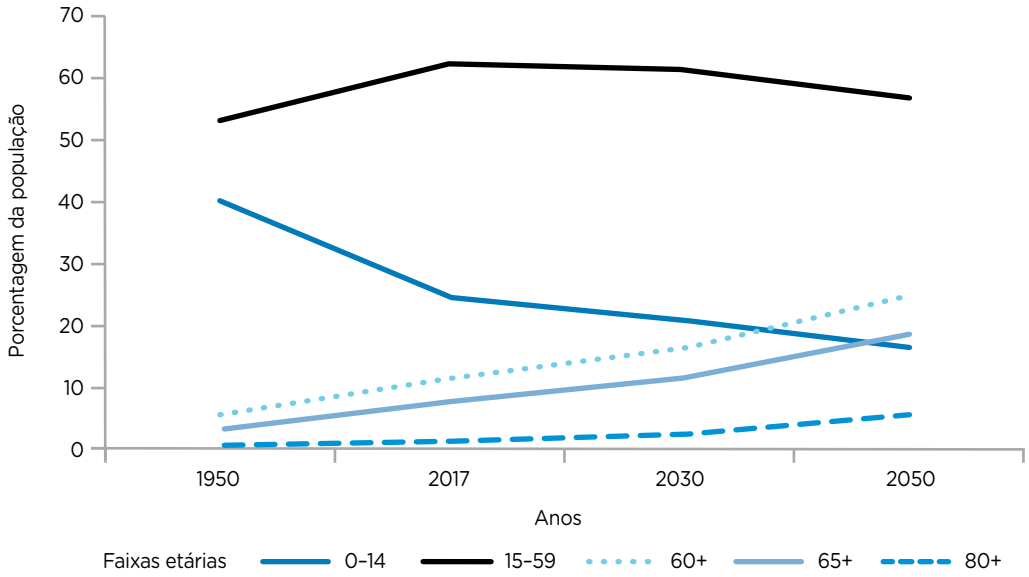
Residentes sentados em um banco na Plaza de Armas, Arequipa, Peru

em saúde nesta região, e há muito o que fazer para se conseguir isso. Reduzir as desigualdades em momentos posteriores na vida, incluindo as desigualdades em saúde, requer que mais recursos sejam destinados às populações que vivem situações difíceis nesta etapa da vida. O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde *(218)* propõe que as verbas destinadas aos idosos sejam consideradas não um gasto mas um investimento. Os custos econômicos e sociais da ação são maiores.

MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS

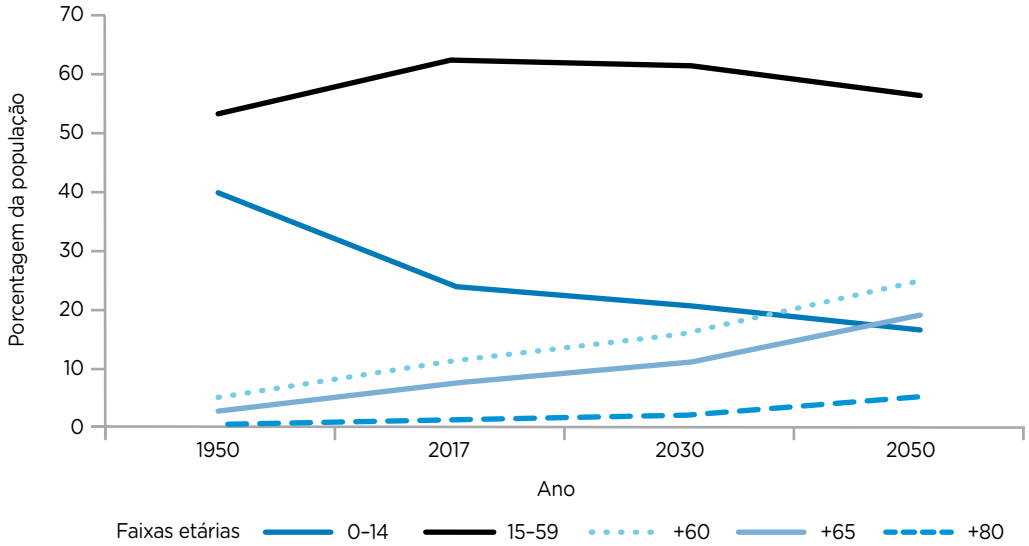
Nas Américas, a expectativa de vida crescente contribui de forma significativa para os aumentos atuais e projetados no tamanho da população com 65 anos ou mais *(21)*. A Figura 4.37 mostra tendências

Figura 4.37.
Distribuição etária da população na América Latina e no Caribe, 1950–2050



Fonte: Nações Unidas. Profiles of ageing 2017 [Internet]; [citado em 28 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://population.un.org/ProfilesOfAgeing2017/index.html

Figura 4.38.
Distribuição etária da população no Canadá, 1950–2050



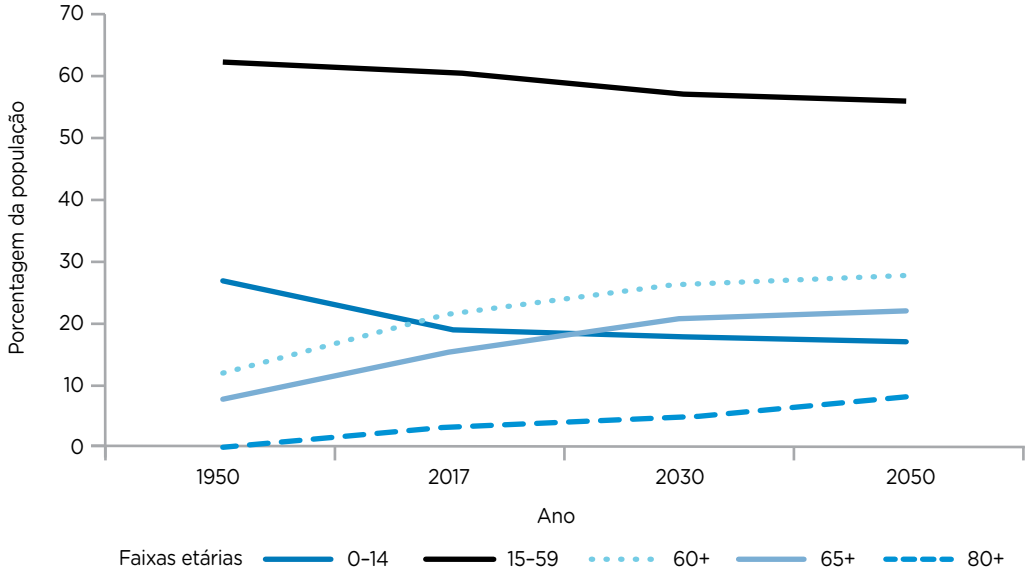
Fonte: Nações Unidas. Profiles of ageing 2017 [Internet]; [citado em 28 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://population.un.org/ProfilesOfAgeing2017/index.html

nas proporções relativas da população por faixa etária na América Latina e no Caribe, revelando aumentos significativos na proporção das pessoas dos grupos de 60 anos ou mais e decréscimos na proporção da população com menos de 60 anos *(271)*.

Tanto no Canadá quanto nos Estados Unidos da América, as proporções da população com 65 anos ou mais e de 85 anos ou mais também têm perspectivas de crescer de maneira significativa até 2050 (Figuras 4.38 e 4.39).

A mudança no perfil demográfico das Américas terá impactos profundos nos fatores econômicos, sociais, políticos e culturais, assim como nos padrões e na vivência do envelhecimento na região.

Figura 4.39.
Distribuição etária da população nos Estados Unidos da América, 1950–2050

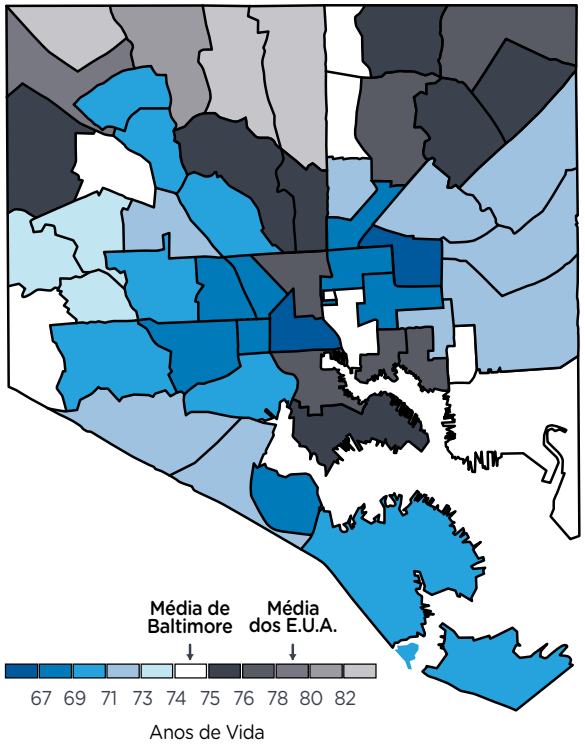


Fonte: Nações Unidas. Profiles of ageing 2017 [Internet]; [citado em 28 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://population.un.org/ProfilesOfAgeing2017/index.html

Como mostra a Seção 2, as vivências da terceira idade são marcadamente diferentes em todas as Américas. Isto inclui o tempo que as pessoas esperam viver, o tempo que esperam ter uma vida saudável e as condições em que vivem. Dentro dos países, há fortes desigualdades na expectativa de vida. No Brasil, em 2013, por exemplo, a expectativa de vida ao nascer das mulheres e dos homens nas áreas mais ricas era de cinco anos a mais do que nas áreas mais pobres e a perda de anos de vida saudáveis era muito maior entre os residentes das regiões mais pobres *(219)*. As grandes desigualdades podem existir mesmo em áreas geográficas pequenas. Na cidade de Baltimore, nos Estados Unidos da América, em 2014, havia uma diferença de 19 anos na expectativa de vida entre os bairros mais ricos e os mais pobres, conforme se mostra na Figura 4.40 *(220)*.

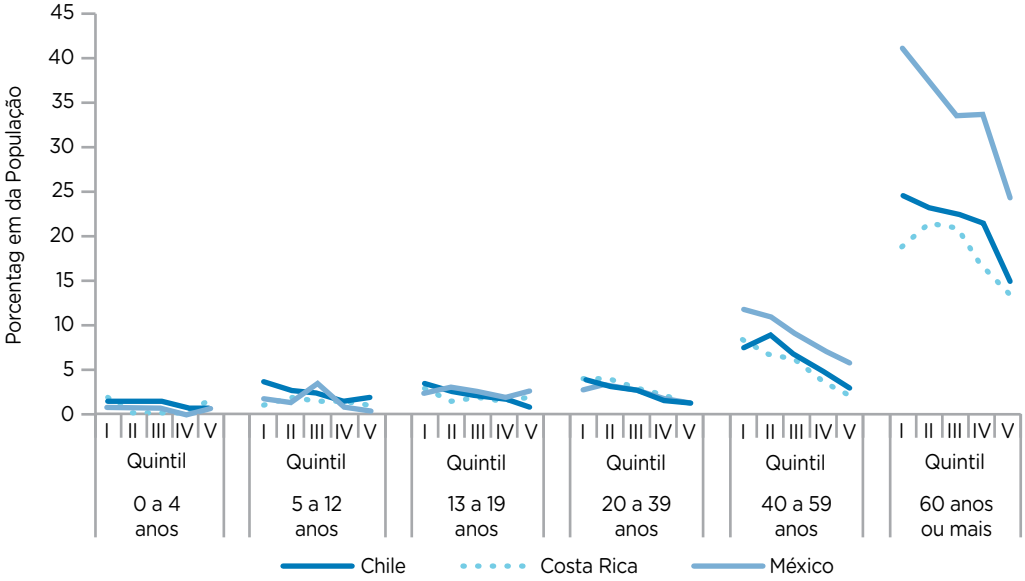
Um estudo recente no Brasil encontrou diferenças na saúde relacionadas à posição socioeconômica e uma maior ocorrência de deficiências no grupo com menos escolaridade *(219)*. A Figura 4.41 mostra a importância da renda para o nível de deficiência em três países da América Latina. Neste gráfico, o quintil I é o que tem a menor renda e o quintil V é o mais rico. As desigualdades de renda relacionadas às deficiências se aprofundam com o envelhecimento.

Figura 4.40.
Expectativa de vida de acordo com o bairro, Baltimore, Estados Unidos da América, 2014



Fonte: Ingraham C, Washington Post. These two maps show the shocking inequality in Baltimore [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/04/30/baltimores-poorest-residents-die-20-years-earlier-than-its-richest/

Figura 4.41.
Porcentagem da população com deficiência de acordo com a idade e o quintil de renda no Chile, Costa Rica e México, 2011



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

Nota: O Quintil V tem a renda mais alta.

Homens jogando dominó em Little Havana, Miami, Estados Unidos da América

6A. CRIAR CONDIÇÕES PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E ENGAJADO, COM A SOCIEDADE VALORIZANDO AS CONTRIBUIÇÕES DOS IDOSOS

As sociedades que valorizam as contribuições dos idosos e o fato de que eles continuam a viver de forma ativa e engajada, são mais saudáveis e apresentam níveis mais altos de bem-estar *(221)*. Entretanto, as oportunidades para que os idosos tenham uma vida ativa e engajada não estão distribuídas de forma igualitária. Elas dependem de comunidades funcionais, das condições de vida, do financiamento formal e informal e de outras formas de apoio, da saúde mental e física, das relações familiares, das interações sociais, dos níveis de escolaridade e dos recursos pessoais — incluindo renda e riqueza — tanto quando jovens como quando adultos.

A exposição cumulativa durante a vida a desvantagens materiais e sociais, assim como o analfabetismo e a impossibilidade do acesso à educação, estão associados com depressão em momentos posteriores da vida de homens e mulheres na América Latina e no Caribe, contribuindo também a adversidade psicossocial para mudanças fisiológicas que aumentem a susceptibilidade à depressão *(222)*. Enquanto as mulheres têm uma expectativa de viver mais do que os homens em todos os países das Américas (ver seção 2, figura 2.1.) elas gastam mais temppo dessa vida mais longa com saúde precária — tendendo também a apresentar taxas de depressão mais elevadas que os homens em momentos posteriores da vida. A desvantagem material e as condições sociais e de saúde explicam uma frequência mais alta de depressão em mulheres (*222*).

O isolamento social causa danos físicos e psicológicos, e tanto uma saúde mental quanto física precárias são causa e consequência do isolamento social. Entre os idosos da região, há níveis relativamente altos de isolamento social. Aproximadamente 12 por cento das pessoas com 65 anos ou mais nos Estados Unidos da América relataram, em 2010, nunca ou raramente ter recebido o apoio social ou emocional de que necessitavam, e as pessoas com 60 anos ou mais em posição socioeconômica baixa tinham mais tendência a se sentir sós do que as pessoas em posição socioeconômica mais alta *(223)*. Aqueles que relataram se sentir sós também corriam mais risco de declínio funcional e morte do que os que não se sentiam assim *(223)*. As desigualdades no risco e nas taxas de isolamento social estão relacionadas a renda, nível de escolaridade, saúde mental e física e gênero: posteriormente os homens tendem a se tornar mais socialmente isolados do que as mulheres.

Em países com população maior e mais jovem, a maioria dos idosos ainda tende a viver em famílias multigeracionais, o que diminui o risco de isolamento social e os danos à saúde e ao bem-estar resultantes desse sentimento. Entretanto, com o envelhecimento da população, a porcentagem de idosos com vida longa só aumenta. Nos países da América Central, por exemplo, somente entre 10 e 23 por cento dos adultos mais velhos atualmente vivem sozinhos, enquanto na Argentina e no Uruguai, que apresentam maior proporção de sua população na faixa etária mais velha, mais de 50 por cento vivem só *(224)*.

Muitos idosos em posição socioeconômica mais baixa nas Américas vivem em moradia de baixa qualidade, sem água potável para consumo, saneamento básico ou banheiro. Essas condições têm impacto direto na saúde dos idosos. Além disso, tais ambientes podem tanto deixar de

Exemplos de políticas e programas voltados para a criação de condições para um envelhecimento ativo e engajado

As comunidades que prestam apoio à saúde são aquelas que possibilitam e encorajam os idosos a interagir socialmente e a participar e dar sua contribuição à vida comunitária. Essas comunidades têm bons níveis de atividade física, moradias decentes e acesso ao lazer e outros serviços essenciais, inclusive atenção à saúde. Políticas e intervenções para reduzir as iniquidades na velhice precisam ser integradas aos domínios econômico, social, cultural e da saúde, assim como devem buscar melhorar as condições dos idosos.

Comunidades amigas dos idosos. O objetivo das comunidades amigas dos idosos é apoiar a independência e o engajamento dos idosos. Sua meta é oferecer acesso ao transporte, moradias de boa qualidade, espaços ao ar livre, fontes de informação e comunicação, oportunidades de emprego, apoio comunitário e serviços de saúde, assim como encorajar a participação social e cívica, o respeito e a inclusão social. A rede e o programa globais de cidades amigas dos idosos da OMS, estabelecidos em 2006, apoiam e ajuda estas comunidades.[1]

Comunidades amigas dos idosos, Canadá. Desde 2007, essas comunidades se estabeleceram no Canadá, inclusive em várias localidades rurais ou remotas. Há uma comunidade amiga dos idosos em Ottawa que fornece infraestrutura física e social amiga dos idosos nessa cidade. Há um foco em promover as atividades e contribuições positivas a idosos, no qual 60 por cento das pessoas mais velhas prestam cuidados a outra pessoa, 36 por cento são voluntários e 11 por cento trabalham. Os serviços e a infraestrutura fornecidos em Ottawa incluem bancos adicionais, parques amigos dos idosos, melhor acessibilidade e segurança nas moradias municipais, melhor manutenção das calçada e auditorias de segurança de pedestres, planos de prevenção de quedas, educação física, oficinas de conhecimentos na área da saúde, socialização por pares nas moradias de idosos e sessões educativas.[2]

Fontes: [1] Organização Mundial da Saúde. Age-friendly world [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/
[2] Agência de Saúde Pública do Canadá. Age-friendly communities [Internet]; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/aging-seniors/friendly-communities.html

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas voltados para a criação de condições para um envelhecimento ativo e engajado *(continuação)*

Políticas amigas dos idosos, Guaymallén, Argentina. Esta área urbana trabalha no desenvolvimento e implementação de diferentes políticas amigas dos idosos para promover um envelhecimento ativo e com saúde a pessoas mais velhas.[1] Seus programas fornecem cuidados a idosos que são moradores de rua, serviços de consultoria jurídica para idosos vítimas de abandono e/ou abuso, promoção e proteção dos direitos humanos de idosos, oficinas de atenção à saúde, oficinas de cultura e esportes, oficinas de treinamento, consultoria jurídica para organizações de idosos e desenvolvimento de um espaço onde eles possam debater todas as políticas e propostas públicas a ser implementadas na cidade.[3]

Os exemplos de programas para apoiar a atividade física e mental de idosos da região incluem:

Estudo de Intervenções no Estilo de Vida e Independência para Idosos (LIFE), Estados Unidos da América. Este teste aleatório foi feito de 2010 a 2011. Os participantes eram recrutados em comunidades urbanas, suburbanas e rurais em oito centros de todos os Estados Unidos da América, consistindo em homens e mulheres de vida sedentária e idade entre 70 e 89 anos e com limitações físicas.[4] Concluiu-se que um programa estruturado de atividades físicas de intensidade moderada seria mais eficiente do que um programa de educação em saúde, reduzindo as principais deficiências de mobilidade em mais de 2,6 anos entre idosos com risco de deficiência. Essas conclusões mostram os benefícios de mobilidade que tais programas trazem a idosos vulneráveis.[4]

Mais Adultos Idosos Autossuficientes, Chile. Este programa objetiva preservar a autonomia da pessoa mediante estímulos, numa abordagem preventiva e apoiada na comunidade. O alvo do programa é a população idosa classificada como submetida a risco de dependência. O programa está presente em aproximadamente metade dos distritos do Chile e continua crescendo. Um estudo de 2016 indicou que o programa teve um efeito positivo nas habilidades cognitivas de atenção, memória, linguagem, funções executivas e habilidades visoespaciais, mas o efeito não foi estatisticamente significativo.[5]

Fontes: [3] Organização Mundial da Saúde; Agência de Saúde Pública do Canadá; Ministério da Saúde de British Columbia. Global age-friendly cities project [Internet]; 2010. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities/en/
[4] Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. JAMA. 2014 Jun;311(23):2387–96.
[5] Thumala D, Kennedy BK, Calvo E, Gonzalez-Billault C, Zitko P, Lillo P, et al. Aging and health policies in Chile: new agendas for research. Health Sys Reform. 2017;3(4):253–60.

levar à integração social como também reduzir as oportunidades para a prática de exercícios, mobilidade ou prevenção de doenças ao invés de apoiar os idosos para que permaneçam ativos e participem da vida social ou comunitária.

Uma análise global sistemática, feita em 2015, que avaliou evidências de impactos, concluiu que intervenções educacionais e de atividades sociais em grupo que tinham como alvo grupos específicos podem aliviar o isolamento social e a solidão entre os idosos *(225)*. De fato, as análises das intervenções de promoção da saúde que objetivavam reduzir o isolamento social entre a população mais velha sugerem que as intervenções em grupo das quais os indivíduos deveriam participar de forma ativa são mais efetivas do que intervenções individuais. Além disso, o envolvimento dos participantes do estudo no planejamento, implementação e avaliação das políticas, junto com a boa qualificação dos facilitadores e as intervenções com base nos recursos existentes na comunidade, parecem aumentar o sucesso nos resultados.

6B. AUMENTAR O FORNECIMENTO DE APOSENTADORIAS MEDIANTE SUBSÍDIOS GOVERNAMENTAIS, PARTICULARMENTE PARA AQUELES QUE SE ENCONTRAM EM SITUAÇÃO DE MAIOR RISCO DE NÃO VIR A TER RENDA POSTERIORMENTE NA VIDA

Conforme já se mencionou em seções anteriores, a situação socioeconômica tem importância central na expectativa de uma vida saudável e de qualidade para todas as pessoas da Região das Américas. À medida que as pessoas envelhecem e não podem mais trabalhar, por limitações físicas ou falta de oportunidades de emprego, a renda gerada pelo trabalho diminui ou termina. Além disso, nas áreas em que as pessoas produzem seus próprios alimentos, sua habilidade para garantir subsistência pode ser prejudicada pelas limitações físicas.

A pobreza na terceira idade está presente em toda a América Latina e no Caribe, Canada e Estados Unidos da América. O risco de pobreza em etapas posteriores da vida está relacionado com a posição socioeconômica em momentos anteriores, o gênero, etnia e quadro de saúde. A redução

Idosa posando em frente da sua casa, Filadélfia, Estados Unidos da América

dos riscos de desigualdade e os níveis gerais de pobreza dos idosos requer sistemas de proteção social eficientes e suficientes, principalmente na forma de aposentadorias, apoio a pessoas com deficiência e assistência para cuidadores. De fato, a concessão de aposentadorias é geralmente a única proteção contra a pobreza e a destituição entre os idosos sem propriedades, uma família que possa apoiá-los e outros recursos de renda e riqueza.

Nos Estados Unidos da América, em 2014, aproximadamente 15 por cento dos idosos viviam abaixo da linha da pobreza oficial *(227)*. A distribuição da pobreza no país — e em toda a região — é desigual. Em termos de desigualdades relacionadas à etnia, nos Estados Unidos da América, 19 por cento dos idosos afroamericanos e 18 por cento dos idosos hispânicos vivem na pobreza, em comparação com uma estimativa de 9 por cento de idosos brancos *(228)*. Há diferenças significativas nas taxas de pobreza relacionadas ao gênero também. Na média dos Estados Unidos da América, as mulheres idosas receberam aproximadamente US$ 4.500 a menos por ano em benefícios de seguridade social em 2014 em relação aos homens idosos devido a rendimentos mais baixos durante a vida e o tempo em licença *(227)*.

Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)) é um uma pesquisa internacional sobre a saúde e o envelhecimento realizada na Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai *(229)*. Quase 50 por cento dos idosos entrevistados para esse estudo disseram não ter os meios financeiros adequados a suas necessidades diárias e um terço deles não tinha aposentadoria ou um trabalho remunerado.

Há uma cobertura de aposentadorias desigual na América Latina e no Caribe. Os países com níveis relativamente aumento de cobertura em 2014 incluíram a Argentina e o Chile (ambos com 55 por cento) e o Brasil e o Uruguai (ambos com 78 por cento). Uma análise do impacto do sistema de aposentadorias sobre a pobreza mostra que este sistema na Argentina, Brasil, Chile e Uruguai tem um papel importante no combate à pobreza na terceira idade, erradicando-a quase por completo. O impacto mais forte ocorre no Brasil: enquanto somente 3,7 por cento dos brasileiros com 60 anos ou mais são pobres, 47,9 por cento deles seriam pobres sem a aposentadoria (se todos os outros fatores se mantivessem constantes) *(230)*.

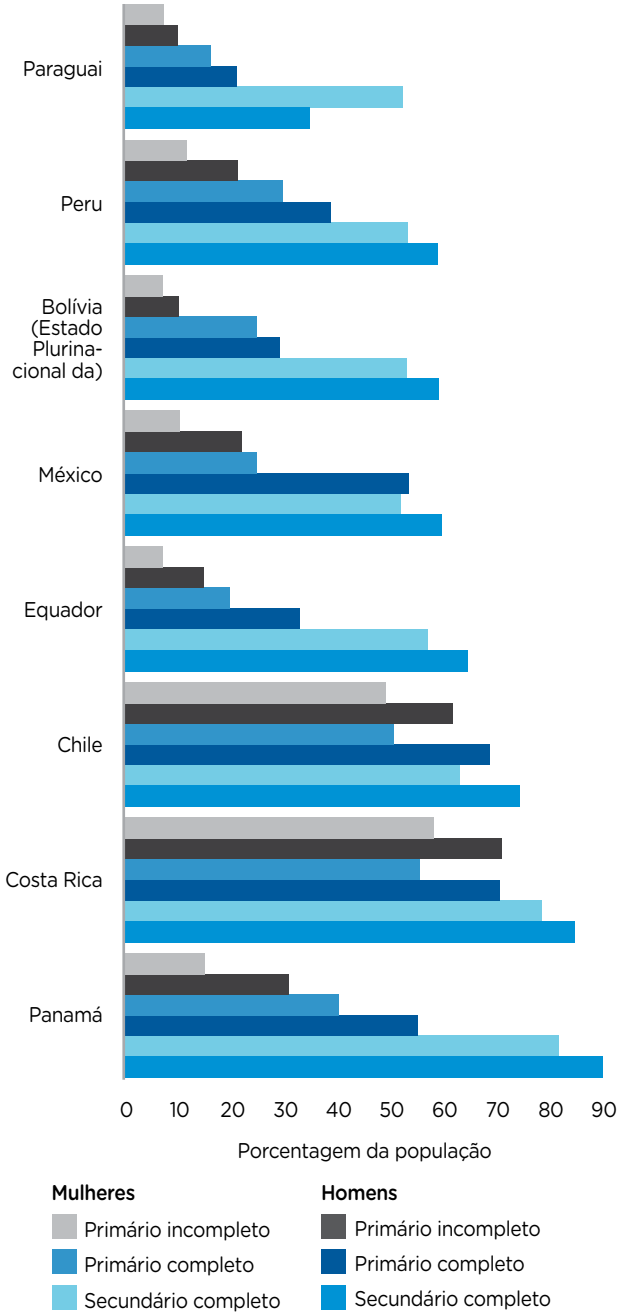
O sistema de aposentadoria dos países da América Latina e do Caribe geralmente são sistema contributivos. Nestes tipos de sistema com base no emprego, somente as pessoas com emprego formal estável têm acesso à aposentadoria *(4)*. Na maioria dos países da região, grandes proporções de pessoas têm emprego no setor informal.

A Figura 4.42 mostra as desigualdades no acesso à aposentadoria de acordo com a escolaridade e o sexo em alguns países da América Latina. Os homens com nível de escolaridade alto têm melhor acesso e em todos os países, com exceção da Costa Rica, as mulheres com baixa escolaridade têm o pior acesso.

Os idosos indígenas apresentam níveis limitados de acesso a aposentadorias na América Latina e no Caribe *(29)*. A Figura 4.43 mostra que em quatro países da América Latina, os homens não-indígenas tinham as taxas mais altas de cobertura de aposentadoria em 2014, enquanto as mulheres indígenas apresentavam a pior. Em todos os grupos étnicos, a cobertura da aposentadoria estava relacionada de forma intensa com o nível de escolaridade.

Figura 4.42.

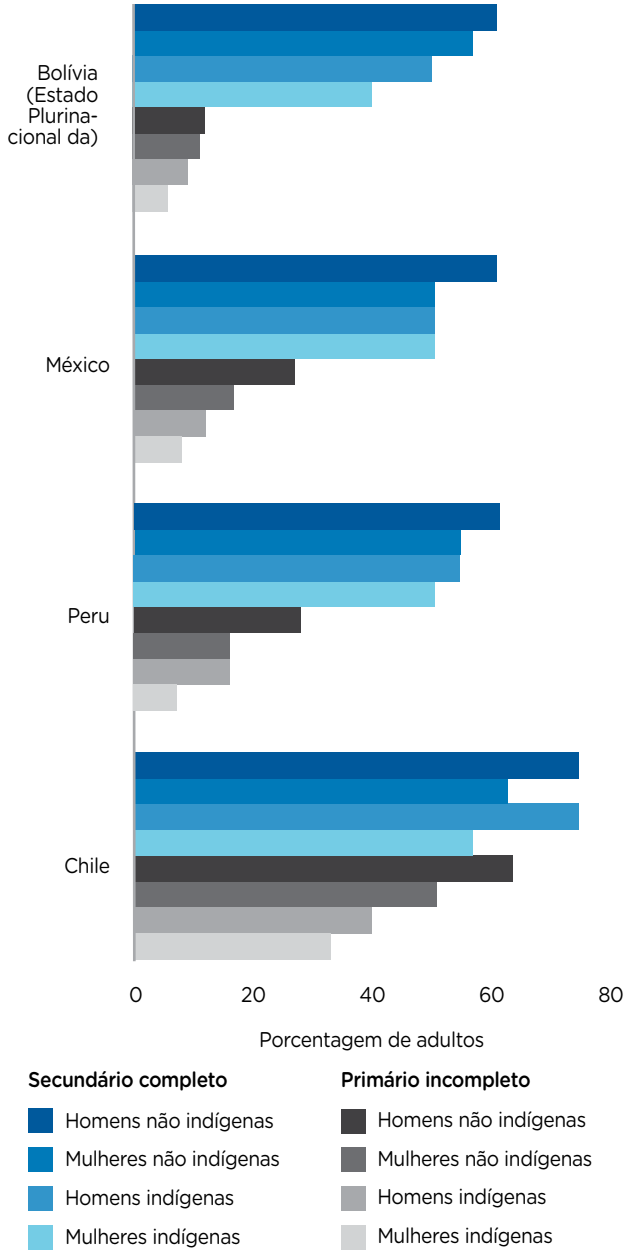
Porcentagem da população que recebe aposentadoria, de acordo com a escolaridade e o sexo, em alguns países da América Latina, 2014 ou ano mais recente



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama Social da América Latina 2016. Santiago: CEPAL; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/41599-social-panorama-latin-america-2016

Figura 4.43.

Porcentagem de adultos com 65 anos ou mais que recebem aposentadoria, de acordo com o sexo, identidade indígena e escolarização, em quatro países na América Latina com dados comparáveis, 2014



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

Exemplos de políticas e programas que reduzem a pobreza em grupos de idosos por meio de aposentadoria

Programa de aposentadoria rural, Brasil. Estabelecido em 1963, este programa foi importante na redução da pobreza nas zonas rurais mais pobres do Brasil. A taxa de idosos nestas zonas que recebem aposentadoria é de 85 por cento, o resultado de um programa não contributário geograficamente focado. Tais resultados positivos realçam a potencial eficiência dos mecanismos não contributários na redução da pobreza, especialmente em países com uma proporção maior de sua população excluída dos mercados de trabalho formal e incapaz de acessar sistema de aposentadoria por contribuição.[1]

Pensión 65, Peru. O Pensión 65 foi estabelecido em 2011 para oferecer segurança econômica para adultos com mais de 65 anos e que viviam na extrema pobreza, para assegurar melhor qualidade de vida e bem-estar. A intervenção presenciou aumentos no consumo doméstico e melhorias na saúde emocional de idosos, com taxas menores de depressão. Ainda assim, não há evidências de aumento no uso de serviços de saúde pelos idosos ou melhorias em sua saúde física.[2]

Direitos de aposentadoria no Chile. Os trabalhadores rurais assalariados têm direito a uma aposentadoria no Chile, diferentemente da maioria dos países da região. As pessoas com 65 anos dos 60 por cento mais pobres da população têm um direito básico de recebê-la, caso não tenham outra aposentadoria. Há também uma aposentadoria suplementar de bem-estar voltada para pessoas com aposentadoria pequena, com base nos tributos e independente de contribuições individuais.[2]

Programa 70 y Más, México. Estabelecido em 2007, o programa de aposentadoria tinha como objetivo aumentar as rendas de idosos e melhorar as condições de vida de adultos. Os beneficiários deviam ter mais de 70 anos e residir em locais com até 2.500 habitantes. Em 2014, o número de beneficiários era de 3,9 milhões. Um estudo mostrou um impacto significativo na saúde mental depois de um ano.[3]

Sistema Geral de Saúde e Seguridade Social (SGSSS), Colômbia. O SGSSS é um plano de aposentadoria abrangente que inclui a cobertura de riscos relacionados ao trabalho, serviços sociais suplementares e o sistema de seguridade social e de saúde. Ele inclui tanto programas contributários (sistema de seguridade social) quanto subsidiados (sistema público). Isto assegura benefícios universais através da proteção do segurado, seu cônjuge e filhos menores, assim como pais e parentes. Em 2007, 82 por cento dos colombianos com 60 anos ou mais assinaram o programa contributário (48 por cento) ou subsidiado (34 por cento).[4]

Fontes: [1] Lloyd-Sherlock P, Barrientos A. Brazil's rural pension system: its development and impacts. Lessons for China. Sheffield: New Dynamics of Ageing, a UK Cross-Council Research Programme; 2010. Disponível (em inglês) em: http://www.newdynamics.group.shef.ac.uk/assets/files/168.pdf
[2] Cavero-Arguedas D, de la Vega VC, Cuadra-Carrasco G. Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(3):528–37.
[3] Salinas-Rodríguez A, Torres-Pereda MP, Manrique-Espinoza B, Moreno-Tamayo K, Solís MMTR. Impact of the non-contributory social pension program '70 y más' on older adults' mental well-being. PLoS One. 2014;9(11):e113085.
[4] Gómez F, Curcio CL, Duque G. Health care for older persons in Colombia: a country profile. J Am Geriatr Soc. 2009;57(9):1692–6.

6C. AUMENTAR O FOCO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO

Os variáveis índices de envelhecimento da população e mudanças nas dependência na Região das Américas, descrita na Seção 2, coloca desafios significativos para muitos países. Elas devem ser rapidamente adaptadas, com rendimentos e uma base tributária mais baixos do que os de países mais ricos, como o Canadá e os Estados Unidos da América, que viveram esta transição demográfica anteriormente. No todo, os sistemas de atenção à saúde da região foram desenvolvidos com dados demográficos diferentes — para populações mais jovens — e não estão preparados para atender as necessidades e prioridades de uma população idosa crescente.

Nos Estados Unidos da América, 66 por cento do total dos gastos com atenção à saúde são direcionados para atender aproximadamente 27 por cento da população com múltiplas condições crônicas, a maior parte delas de idosos *(231)*. Ainda que haja falta de informações na América Latina e no Caribe sobre a recorrência e o impacto de múltiplas condições crônicas, fica claro que o aumento da expectativa de vida e da população idosa ampliará a demanda de atendimento pelos sistemas de saúde dessa Região *(21, 217)*.

Um Sistema de saúde alinhado com as necessidades de idosos nesta área tem políticas, planos e programas para prevenir doenças mentais, melhorar ou manter a capacidade física, prevenir e gerenciar as múltiplas condições crônicas e fornecer serviços e apoio à atenção de longo prazo. Os sistemas de saúde devem reconhecer que viver na pobreza, em moradia e ambientes de má qualidade, ser isolado socialmente e passar por grandes mudanças, como o luto e outras são todos riscos significativos de ter uma saúde mental ou física precária. A isto soma-se o processo natural de envelhecimento. As organizações de atenção à saúde precisam estabelecer maneiras de apoiar a ação destes riscos sociais e econômicos sobre a saúde, assim como tratar da saúde precária, uma vez que esta se apresente (discutido com mais detalhes na recomendação 10) *(232)*.

APOIO A FAMÍLIAS PARA O CUIDADO DE PARENTES IDOSOS, INCLUSIVE COM A CONCESSÃO DE LICENÇAS

Na América Latina e no Caribe, as famílias são os principais provedores de atenção não remunerada e são as mulheres que proveem 90 por cento de toda a atenção não remunerada. Os membros da família cuidadores reduzem sua jornada de trabalho em até 20 por cento a fim de dar atenção aos idosos *(221)*. Um artigo de 2014 sobre a atenção aos pacientes com Alzheimer na República Dominicana relatou que aproximadamente 43 por cento dos cuidadores, principalmente informais ou membros da família, mostraram sintomas de depressão e ansiedade *(233)*.

Além disso, quando a atenção é dada em condições de pobreza e os cuidadores não têm treinamento, recursos ou apoio social ou institucional, os idosos ficam sujeitos a maiores riscos de morbidade. Nas situações em que um cuidador fica sobrecarregado, o idoso que necessita atenção tem mais chances de sofrer negligência ou abuso *(21)*. Os fatores que contribuem para o abuso de pessoas com demência incluem a pobreza, baixos níveis de escolaridade tanto da vítima quanto do cuidador, isolamento social e abuso de álcool pelo cuidador *(234)*.

Na maior parte das Américas, não há licença remunerada disponível para a atenção aos idosos, com exceção do Canadá, El Salvador, Nicarágua e Peru (235) (Figura 4.44). A licença não remunerada é concedida nos Estados Unidos da América.

Figura 4.44.

Garantia de licença para que trabalhadores homens e mulheres atendam as necessidades de seus pais idosos em países das Américas, 2014

Fonte: World Policy Analysis Center. Are working women and men guaranteed any leave for their adult family members' health needs? [Internet]; 2018 [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/are-working-women-and-men-guaranteed-leave-for-their-adult-family-membershealth-needs/are-working-women-and-men-guaranteed-any-leave-for-their-adult-family-members-health-needs

Nota: O mapa reflete as leis em vigor em fevereiro de 2014. A licença para atender as necessidades de saúde de pais idosos inclui a licença especificamente designada para cuidar das necessidades de saúde de parentes adultos. A licença para atender as necessidades de saúde também admite licença em casos de doença grave, internação ou urgência. Em alguns casos, esta licença pode se limitar a parentes que vivam na mesma residência do trabalhador. A licença aplicável somente às necessidades de saúde do cônjuge não se inclui nesta variável. Nenhum país conta com garantia de licença para atender necessidades de saúde de pais idosos a mulheres.

Exemplos de políticas e programas de prevenção e promoção de uma vida saudável e ativa

O apoio a um sistema de saúde voltado para idosos e com foco nos determinantes sociais de saúde requer o desenvolvimento de parcerias eficientes entre vários setores, inclusive a sociedade civil e os sistemas de proteção social, infraestrutura básica, moradia, transportes, a fim de promover melhorias nas condições em que as pessoas vivem.

Abordagem multisetorial do envelhecimento saudável, Canadá. A responsabilidade de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos é compartilhada por diferentes departamentos e níveis federais do governo do Canadá e outras entidades. Entre elas estão a Canada Mortgage and Housing Corporation, a Agência de Saúde Pública do Canadá e outras organizações que trabalham com questões de emprego e desenvolvimento social, serviços de saúde, comunidades amigas dos idosos, quedas e abuso de idosos. As prioridades políticas em nível nacional em relação aos idosos incluem o acesso a moradias acessíveis, segurança financeira, fomento do engajamento e inclusão social, promoção do envelhecimento saudável e melhorias no acesso à atenção à saúde, comunidades amigas dos idosos (recomendação 6A), prevenção de lesões, saúde mental de idosos e demência.[1]

Plano de Saúde Pública de Dez Anos, Colômbia, 2012–2021. O plano é voltado para idosos e para a terceira idade e tem diversas estratégias voltadas para a melhoria da qualidade de vida mediante uma abordagem baseada em direitos que incorpora os determinantes sociais de saúde. Nela estão incluídas a promoção do envelhecimento ativo e uma cultura positiva em relação à terceira idade na população colombiana. O plano também objetiva o crescimento da participação e da integração social dos idosos.[2]

O **Equador** adota disposições constitucionais para apoiar os idosos, inclusive como alvo de "atenção prioritária e especializada nos setores público e privado, particularmente nas áreas de inclusão social e econômica e de proteção contra a violência". Há um grande foco nos direitos dos idosos, inclusive em relação a moradia, aposentadoria, trabalho e atenção à saúde gratuita. As disposições consideram especificamente as desigualdades relacionadas a gênero, etnia, local de origem e cultura.[2]

Plano de Idosos, Argentina, 2012–2016. Este plano cobre três áreas: 1) a participação no mercado de trabalho, educação, política e recreação, 2) a ação em ambientes físicos, sociais e culturais que permita o exercício de direitos e o apoio ao bem-estar e 3) a promoção da saúde, inclusive os serviços de atenção.[2]

Plano Nacional de Envelhecimento e Velhice, Uruguai, 2013. As ações incluídas têm como base a garantia de direitos, universalidade, participação cidadã e a cultura do envelhecimento como um processo desejável. O plano inclui programas para tratar de violência e garantir a atenção.[2]

Fonte: [1] Canadian Medical Association. Health and health care for an aging population. Policy summary of the Canadian Medical Association. Ottawa: Canadian Medical Association; 2013.
[2] Instituto Sul-americano de Governo em Saúde. Population aging: challenges for health systems in South America towards a healthy aging. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Governo em Saúde; 2017. Disponível (em inglês) em: http://isags-unasur.org/en/publicacao/population-aging-challenges-for-health-systems-in-south-america/

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Organização dos Estados Americanos

Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Idosos (2015)

Resoluções OPAS

A Saúde e o Envelhecimento (CSP26.R20 [2002])

Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação (CD53.R12 [2014])

Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos, Incluindo o Envelhecimento Ativo e Saudável (CD49.R15 [2009])

Estratégia e Plano de Ação Para a Demência em Idosos (CD54.R11 [2015])

RECOMENDAÇÃO 7.
RENDA E PROTEÇÃO SOCIAL

Na Região das Américas, a pobreza é um dos fatores que mais influenciam as iniquidades em saúde durante todas as etapas da vida e suas consequências — nutrição deficiente, uso de água não potável e ausência de saneamento básico e de atenção à saúde — exercem impacto direto sobre a saúde. Embora não se chegue à privação total, a pobreza relativa leva a iniquidades em outros determinantes sociais da saúde, como desenvolvimento insuficente na primeira infância, trabalhos perigosos e de baixa qualidade, moradia ineficaz, baixos níveis de escolaridade e condições ambientes insalubres. Os efeitos da pobreza são transferidos de uma geração a outra. Os impactos podem ser vistos na saúde mental e física e nas desigualdades em saúde.

Muitas das recomendações para a melhora da equidade em saúde feitas neste relatório são orientadas a assegurar que todos tenham renda suficiente para ter uma vida digna e com saúde. Nesta seção, fornecemos mais recomendações específicas relacionadas às políticas de proteção social que podem apoiar aqueles que vivem na pobreza, privação, ou risco de pobreza, através do aumento de seus níveis de renda acima da linha da pobreza. As políticas que oferecem apoio de renda como forma de aliviar e reduzir os riscos de pobreza podem ter resultados sociais benéficos sob formas cumulativas e múltiplas: melhora na saúde, níveis mais elevados de escolaridade, maior paridade de gênero e, em alguns casos, proteção para pessoas que vivam em exclusão, racismo e estigmatização. Como tal, estas políticas são de absoluta importância para a redução das desigualdades em saúde nas Américas. As políticas mais eficientes são aquelas feitas em larga escala, com boa governança e em nível nacional, com público alvo estabelecido.

Apesar dos esforços recentes na região para a construção de sistemas de proteção social abrangentes, dos quais fornecemos exemplos nesta seção, muitos desafios ainda devem ser enfrentados para o fornecimento de uma cobertura

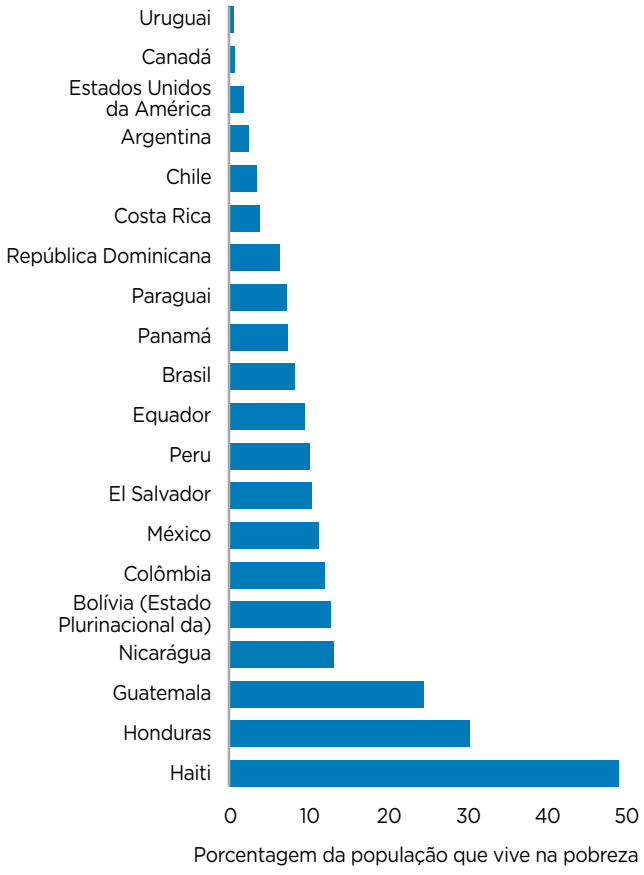
OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
7A. Implementar um piso de proteção social	• Implementar sistemas de proteção social e medidas inclusivas nacionalmente adequados, com o estabelecimento de pisos, e até 2030 alcançar uma cobertura substancial da população pobre e vulnerável a fim de atingir o ODS 1.3
7B. Reduzir a pobreza através de políticas de proteção social e outras iniciativas	• Proteção contra gastos em saúde inacessíveis (ODS 3.8.2) através do apoio atenção em saúde e do apoio financeiro individual • Desenvolver sistemas de monitoramento e outras evidências a fim de informar o desenvolvimento de políticas progressivas com particular respeito àqueles grupos atualmente excluídos • Construir elementos de sucesso de planos de transferência condicionada de renda para assegurar a eliminação da pobreza extrema e da fome
7C. Estabelecer o apoio para cuidadores não remunerados	• Apoiar o desenvolvimento de benefícios governamentais e de empregadores para as pessoas que estejam trabalhando como cuidadores

universal. Em muitos países, os sistemas de proteção social que foram estabelecidos estão sob ameaça das recentes mudanças sociais, econômicas e políticas *(29)*.

Embora as taxas de pobreza extrema tenham caída nas Américas entre 1990 e 2014 *(236)*, a proporção de pessoas que vivem na pobreza permanece alta em muitos países (Figura 4.45). Além disso, em muitos países, a pobreza é crescente

A Figura 4.46 mostra as tendências no hiato de pobreza de 2000 a 2016, usando o parâmetro de renda de US$ 3,20 por dia, em relação a alguns países com dados comparáveis. O hiato de pobreza é a razão pela qual a renda média da população pobre fica abaixo da linha da pobreza de US$ 3,20 por dia (considerando fora da pobreza aqueles que não apresentam déficits).

Figura 4.45.
Porcentagem da população que vive na pobreza em alguns países das Américas, 2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Nota: A pobreza é definida como US$ 3,20 PPC ou menos ao dia.

Depois de 2000, a Bolívia (Estado Plurinacional da), a Argentina e a Colômbia viram diminuições significativas no hiato de pobreza. Houve um aumento em Honduras durante e depois da recessão econômica de 2008 e os Estados Unidos da América viveram um pequeno aumento depois de 2004.

Em toda a região, ser mulher significa que você está sob risco de viver na pobreza. Ter origem indígena ou ser afrodescendente ou membro de outro grupo étnico minoritário, ser criança, ter deficiência ou viver em zonas rurais aumentam o risco de pobreza. Há sobreposições de riscos, de forma que ser uma mulher indígena com deficiência, por exemplo, significa que o risco de pobreza aumenta ainda mais *(29)*.

As crianças geralmente são a faixa etária mais pobre em qualquer sociedade. Dados do Panorama Social da América Latina (*4*) mostram que em 2016 a pobreza afetou 47 por cento das crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos, em contraste com os 31 por cento da população geral. A pobreza extrema afetou 17 por cento das crianças e adolescentes.

GÊNERO E ESCOLARIDADE

A Recomendação 6 descreve como em toda a região as mulheres idosas têm menos probabilidade do que os homens de ter sua própria aposentadoria. Estas desigualdades de gênero na renda começam cedo e se estendem por toda a vida. A Recomendação 5 descreveu hiatos salariais significativos entre homens e mulheres em todas as Américas.

As mulheres têm pouca representatividade nos dois quintis com menor renda nos países da América Latina em até 40 por cento quando comparadas com os homens *(4)*. Nos países da América Latina e do Caribe em 2015, tanto no quintil I (o mais baixo) quanto no quintil V (o mais alto), as mulheres tinham bem menos chance de ter sua própria renda quando comparadas com os homens (Figura 4.47). Em média, 44 por cento das mulheres no quintil I (o mais baixo) não tinham renda própria, em comparação com os apenas 23 por cento dos homens *(4)*. O Brasil é uma exceção, já que a situação no país é similar para homens e mulheres.

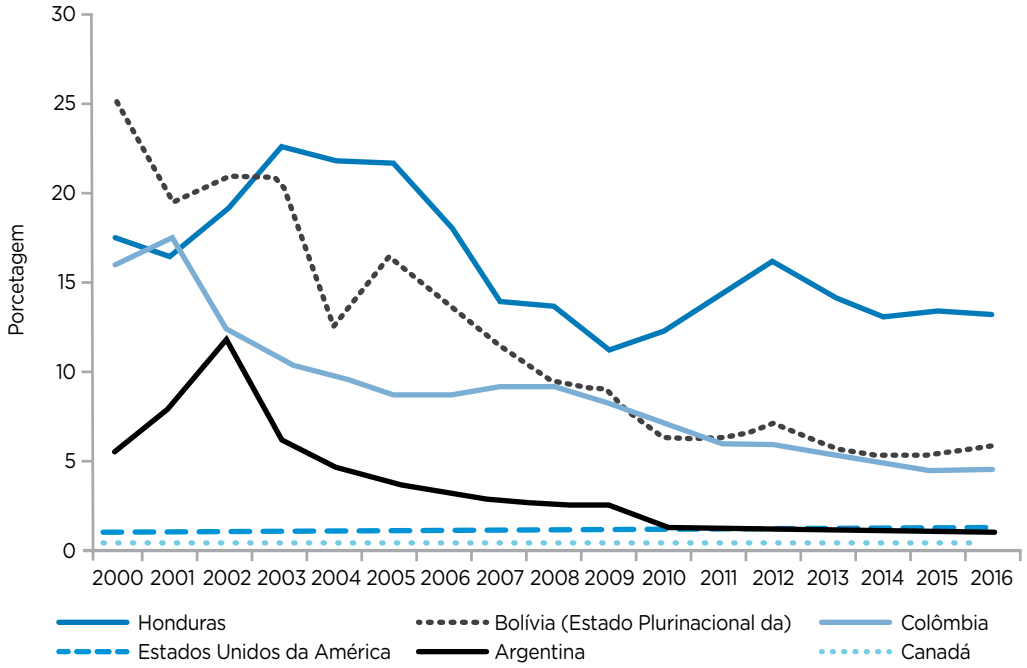
Há desigualdades de renda ainda maiores em todas as Américas com relação à etnia, como também se mencionou na recomendação 3. Na América Latina e no Caribe, as rendas médias mais baixas estão entre as populações indígenas e as taxas de pobreza mais altas também se encontram nestes grupos (Figura 4.48). No Chile, onde as taxas de pobreza estão abaixo da média, há menos desigualdade.

Em toda a América Latina e o Caribe, as taxas de pobreza também são mais altas entre os afrodescendentes do que entre as pessoas de outra descendência, conforme mostrado em relação a alguns países na Figura 4.49.

Os riscos de pobreza são cumulativos: ser mulher e afrodescendente ou indígena aumenta de maneira significativa o risco de pobreza. Em média, as mulheres afrodescendentes tinham apenas 51 por cento da renda dos homens afrodescendentes em 2014. De forma similar, a renda média das mulheres indígenas era de metade da renda dos homens indígenas em 2014 *(4)*.

Em toda a região, as pessoas com deficiência ganham menos do que as pessoas sem problema e estão mais sujeitas a viver na pobreza. Por exemplo, no Canadá, em 2012, as pessoas entre 25 e 44 anos com deficiência tinham 57 por cento da renda referida pelas pessoas sem deficiência *(237)*.

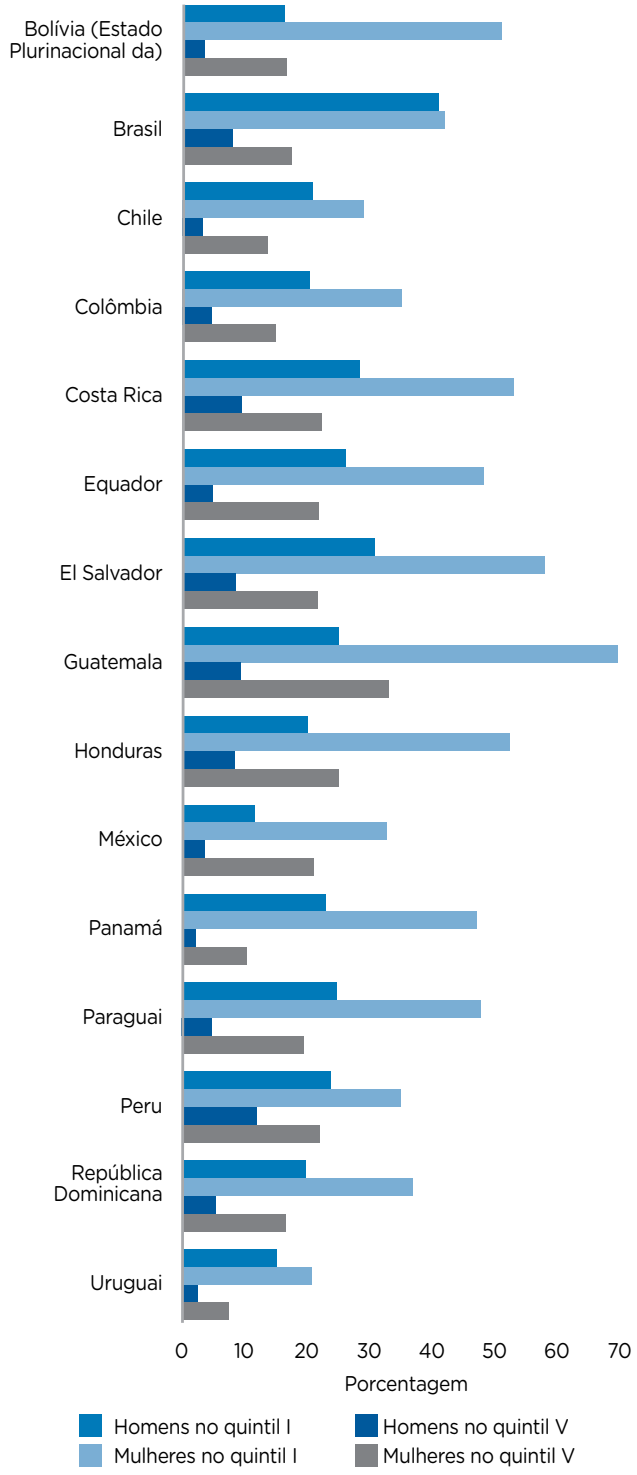
Figura 4.46.
Hiato de pobreza nas Américas a partir de dados comparáveis disponíveis, 2002–2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

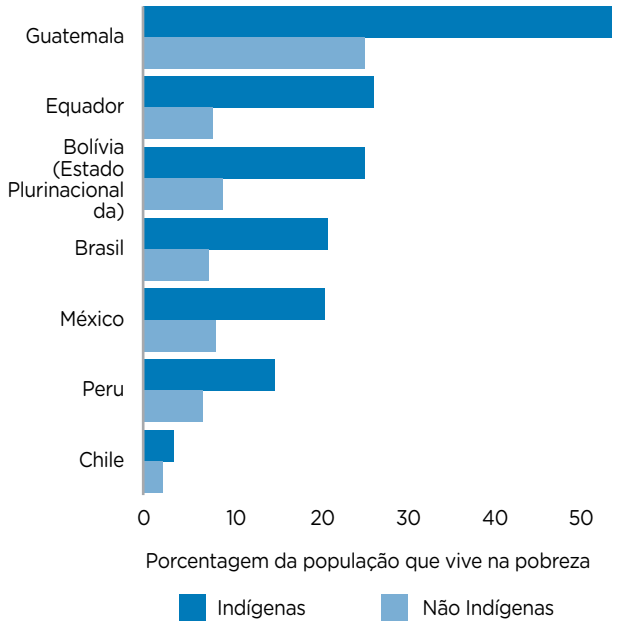
Nota: A pobreza é definida como US$ 3,20 PPC ou menos ao dia.

Figura 4.47.
Porcentagem de mulheres e homens sem renda própria nos quintis I (mais baixo) e V (mais alto) em alguns países da América Latina e do Caribe, 2015



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

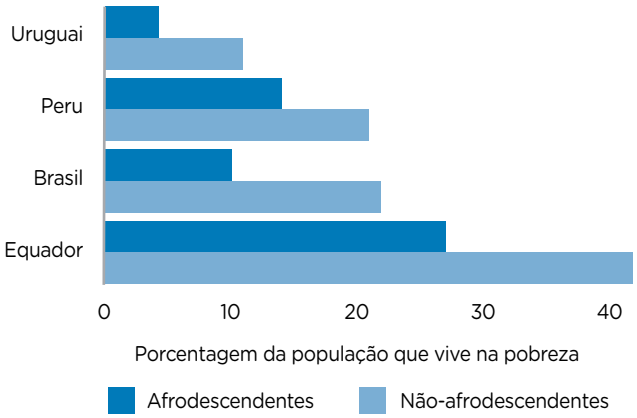
Figura 4.48.
Porcentagem da população indígena e não indígena que vive na pobreza em alguns países da América Latina com dados comparáveis disponíveis, 2014 ou mais recente



Fontes: Freire G, Schwartz Orellana SD, Zumaeta Aurazo M, Costa D, Lundvall JM, Viveros Mendoza MC, et al. Indigenous Latin America in the twenty-first century: the first decade. Working paper 98544. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015.

Nota: A pobreza é definida como US$ 2,50 PPC ou menos ao dia.

Figura 4.49.
Porcentagem da população afrodescendente e não afrodescendente que vive na pobreza em quatro países da América Latina, 2014



Fonte: Com base nos dados da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

7A. IMPLEMENTAR UM PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL

Os pisos de proteção social são conjuntos de garantias básicas de seguridade social que o governo concede às pessoas, com o objetivo de prevenir ou remediar a pobreza, a vulnerabilidade e a exclusão social *(238)*. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define os pisos de proteção social como "conjuntos de garantias de seguridade social nacionalmente garantidos que devem assegurar que, no mínimo em um ciclo de vida todos aqueles que precisem possam ter acesso à atenção em saúde e segurança de renda básica, o que garante o acesso efetivo a bens e serviços tidos como necessários em nível nacional" *(239)*.

A cobertura eficiente de proteção social nas Américas atualmente abrange apenas aproximadamente 67 por cento da população, abaixo dos números apresentados pela Europa e pela Ásia Central, onde a cobertura é de 84 por cento em média, embora haja uma grande variação entre os países. A cobertura da proteção social se refere à proporção da população que participe da seguridade social, rede de segurança social e benefícios aos desempregados *(1)*. Em todos os países da Região, as políticas de proteção social são insuficientes para eliminar a pobreza e os riscos associados à saúde. Além disso, conforme discutido acima, grandes grupos da população das Américas vivem na pobreza, com mulheres, crianças, afrodescendentes e indígenas e deficientes sujeitos aos maiores riscos de pobreza. Isto, é claro, não é exclusividade das Américas. Em todas as regiões do mundo, uma porção substancial da população vive na pobreza (medida usando uma gama de definições e cálculos), sendo que em muitos países esta proporção aumenta.

Há uma abrangência considerável nas políticas de proteção social para fazer mais pela redução dos níveis de pobreza e do risco de privação e, ao fazê-lo, melhorar a equidade em saúde e alcançar outros objetivos desejáveis. Em um possível passo nessa direção, 33 países nas Américas ratificaram o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que determina que os Estados reconheçam o direito de todos à seguridade social. Este direito "tem um papel importante na redução e alívio da pobreza, determina a exclusão social e promovendo a inclusão social" *(240)*.

O aumento de recursos e a melhoria da efetividade das políticas de proteção social teriam impactos positivos significativos na saúde e na equidade em saúde, que também estão descritos na recomendação 1. Como exemplo, se os Estados Unidos da América aumentassem os gastos com educação e invalidez até níveis máximos dos países da OCDE, a expectativa de vida nos Estados Unidos da América aumentaria para 80,12 anos (um ganho de 0,168 ano) e haveria múltiplos benefícios sociais, políticos e econômicos para a equidade *(241)*.

Na América Latina e no Caribe, em 2017, (ou em anos posteriores, quando havia dados disponíveis), os países com maiores coberturas de programas de redes de seguridade social entre o quintil mais pobre tinham taxas mais baixas de mortalidade de menores de 5 anos do que os países que gastavam menos neste grupo, conforme descrito na recomendação 4 *(242)*.

Há uma divergência nos níveis de cobertura de proteção social entre o Canadá e os Estados Unidos da América e a América Latina e o Caribe. O Canadá e os Estados Unidos da América tendem a ter maiores taxas de cobertura devido a seu maior nível de desenvolvimento econômico e investimento social. Nos Estados Unidos da América, entretanto, uma pessoa a cada quatro ainda não tem acesso a nenhum tipo de proteção social. Na Bolívia e na Colômbia, 60 por cento da população ainda permanece desprotegida *(4)*.

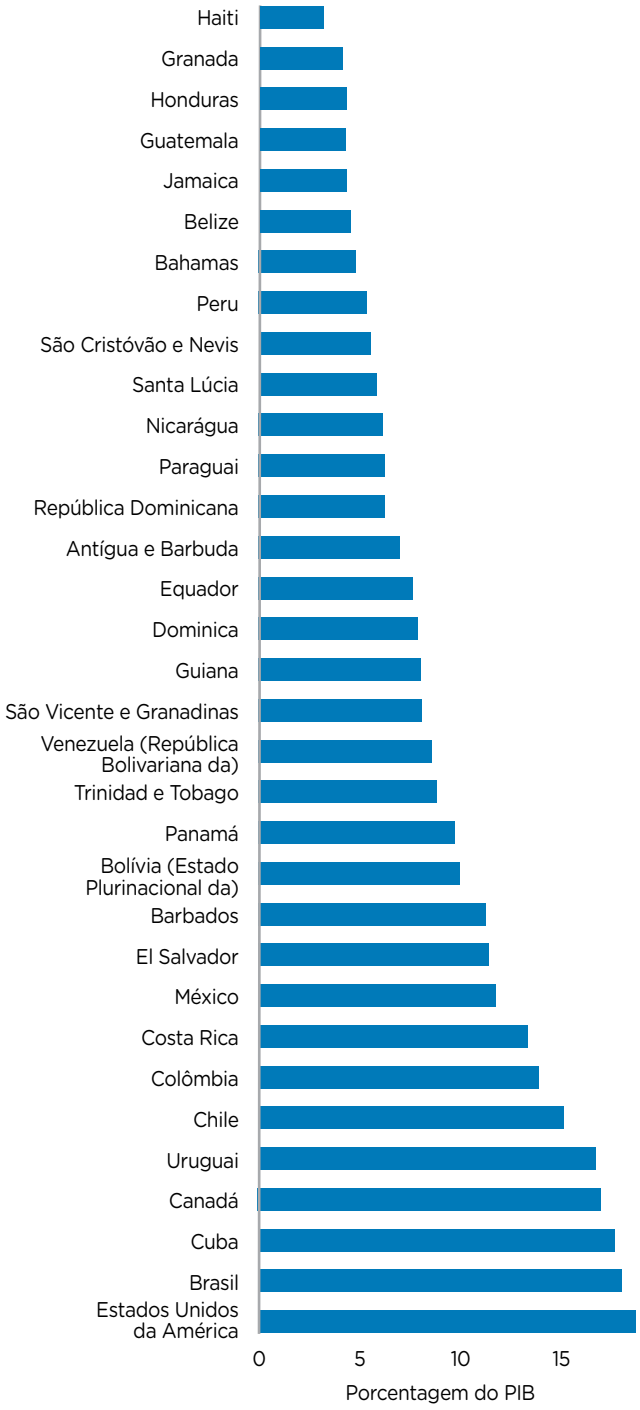
Enquanto os recursos disponíveis para a proteção social obviamente se relacionam com o nível de desenvolvimento econômico do país, a disponibilidade e a suficiência dos sistemas de proteção social também são decisões políticas. Os países gastam diferentes parcelas de seus recursos disponíveis em apoio à proteção social e o

fazem de forma diferente ou não levantam fundos suficientes através de políticas tributárias, conforme discutido na recomendação 1. O gasto do PIB com proteção social é mais baixo nas Américas do que na Europa. Em 2016, a Bélgica gastou 29 por cento, a Finlândia, 31 por cento e a Holanda, 22, enquanto os Estados Unidos da América gastaram 19 por cento do BIP em proteção social. Em 2015, os Estados Unidos da América eram o país com o maior gasto nas Américas, mas gastou menos do que a média (21 por cento) dos países da OCDE em 2016. A Figura 4.50 mostra as proporções relativas de gasto do PIB em proteção social nas Américas em 2015, indo de 3,3 por cento no Haiti a 19 por cento nos Estados Unidos da América *(243)*.

A Figura 4.51 mostra as tendências na porcentagem do PIB gasta com proteção social entre 1995 e 2015 em relação a seis países das Américas. Sobretudo depois de 1995, a porcentagem do gasto do PIB com proteção social diminuiu no Canadá, aumentou de forma marcada no México (apesar de sua posição baixa) e aumentou um pouco na Costa Rica e nos Estados Unidos da América. A partir de 2010, o México seguiu aumentando a cobertura, enquanto o gasto de outros países permaneceu praticamente estável até 2015 *(243)*.

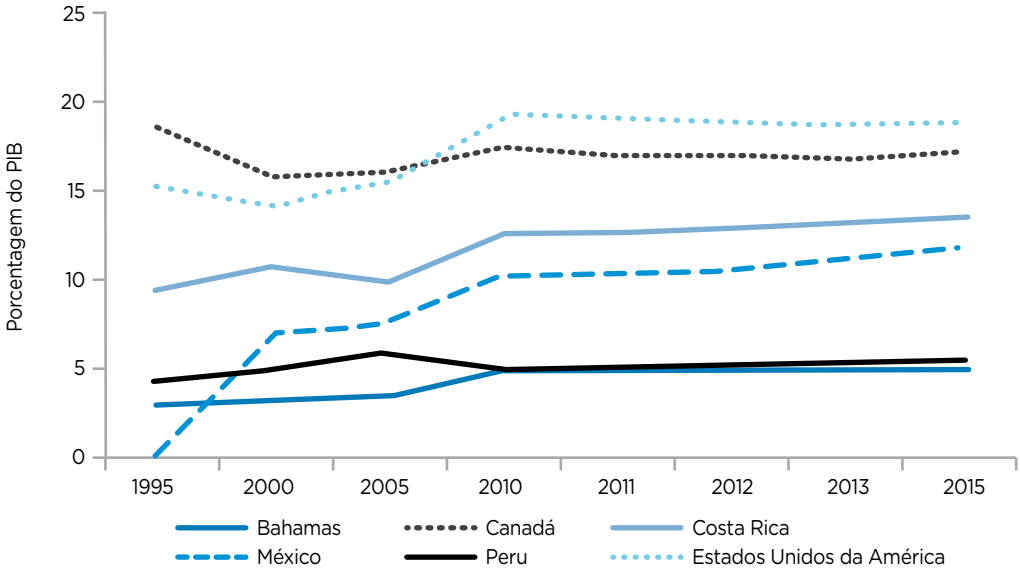
Na América Latina, houve muitas melhorias e inovações nos sistemas de proteção social durante os anos 2000, incluindo a introdução das aposentadorias universais na Bolívia (Estado Plurinacional da), Brasil e Chile (discutidas na recomendação 6), os sistemas universais de saúde no Brasil e na Colômbia, programas de transferências condicionadas e universais de renda (ver 7B abaixo) e planos de proteção social contributários. Apesar de seus impactos sobre a pobreza e a saúde, muitos destes sistemas de proteção social se encontram sob ameaça, com consequentes probabilidades de riscos à equidade em saúde e equidade em outros determinantes sociais de saúde *(35)*.

Figura 4.50.
Gastos públicos em proteção social em alguns países das Américas, 2015 ou o mais recente possível



Fonte: Organização Internacional do Trabalho. Base de Dados Mundial sobre Proteção Social, com base na Pesquisa de Segurança Social (SSI) [Internet]; [citado em 5 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54782

Figura 4.51.
Gastos públicos em proteção social em alguns países das Américas com dados comparáveis disponíveis, 1995–2015



Fonte: Organização Internacional do Trabalho. Base de Dados Mundial sobre Proteção Social, com base na Pesquisa de Segurança Social (SSI) [Internet]; [citado em 5 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54782

7B. REDUZIR A POBREZA ATRAVÉS DE POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E OUTRAS INICIATIVAS

De acordo com o Relatório Mundial de Proteção Social 2017–19 (*242*) da OIT, "as políticas de proteção social também são um importante componente das políticas para conter e reduzir a desigualdade, inclusive a desigualdade de renda... junto com políticas tributárias, os sistemas de proteção social estão entre os canais de distribuição de renda e têm um papel significativo no tratamento das desigualdades no acesso a serviços, como saúde e educação". Estudos recentes demonstraram a importante contribuição da proteção social para a redução das desigualdades na América Latina e na promoção do crescimento inclusivo. Além disso, a proteção social contribui para muitos outros ODS, inclusive a eliminação da fome e a promoção da segurança alimentar e o acesso a uma melhor nutrição (ODS 2), facilitando o acesso à educação de qualidade (ODS 4), água potável e saneamento básico (ODS 6) e energia limpa e acessível (ODS 7) *(242)*.

Garota na cadeira de rodas com sua família, Oaxaca, México

A fim de reduzir a pobreza de forma eficiente e melhorar a saúde, as políticas de proteção social devem ser progressivas, ou seja, redistributivas. As políticas redistributivas são pró-equidade. Entretanto nem todos os gastos sociais são progressivos. Aposentadorias, conforme discutido na recomendação 6, podem ser regressivas, já que o gasto governamental com aposentadorias para pessoas empregadas no mercado de trabalho formal exclui aqueles com empregos informais — e são esses que apresentam os maiores riscos de viver na pobreza ou com uma saúde precária. Por outro lado, o fornecimento universal de pensões para os desempregados, as pessoas fora do mercado de trabalho formal ou cuidando de membros de família é progressivo. A recomendação 1 considera a forma como os regimes tributários podem ser regressivos e como os tributos e os gastos públicos poderiam ser efetivamente redistribuídos.

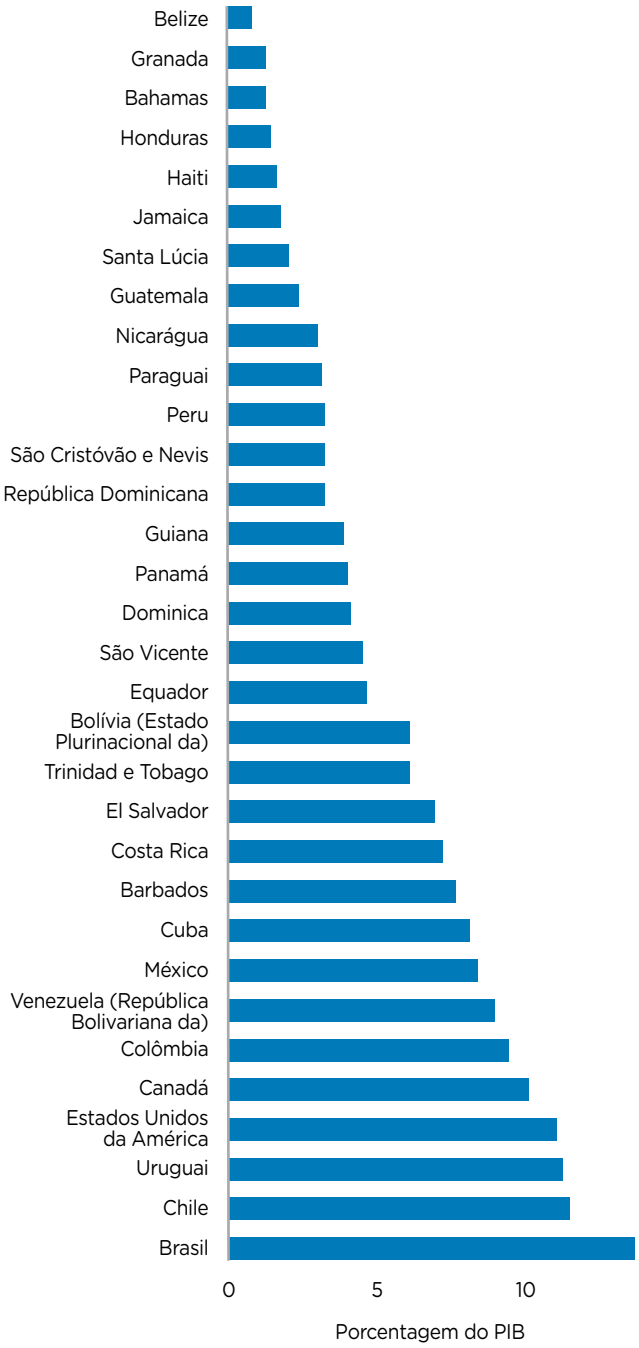
Conforme discutido na recomendação 1, na América latina, ao falar-se em gastos sociais diretos (transferência direta de dinheiro através de transferências condicionadas, subsídios e aposentadorias não contributiva) e transferências por serviços (a maioria das quais se dá em serviços de saúde e educação), o valor que os países gastam influencia o quão redistributivo o gasto é. A Argentina e a Costa Rica usam as maiores porções do PIB em gastos sociais, o que traz os maiores efeitos redistributivos (Figura 4.52).

No Brasil, os programas de transferência condicionada de renda foram tão grandes e disseminados que eles são mais redistributivos do que o gasto indireto do país com educação e saúde. Entretanto, o Brasil é o único país na América Latina com essa configuração.

O nível de gasto social total nas Américas, excluindo a atenção à saúde, é de aproximadamente 5,3 por cento do BIP *(242)*. Como a Figura 4.53 mostra, há uma cobertura inconsistente de proteção de renda durante o desemprego nas Américas, assim como diferenças perceptíveis entre os países em termos das porcentagens de desempregados que recebem complementos de renda..

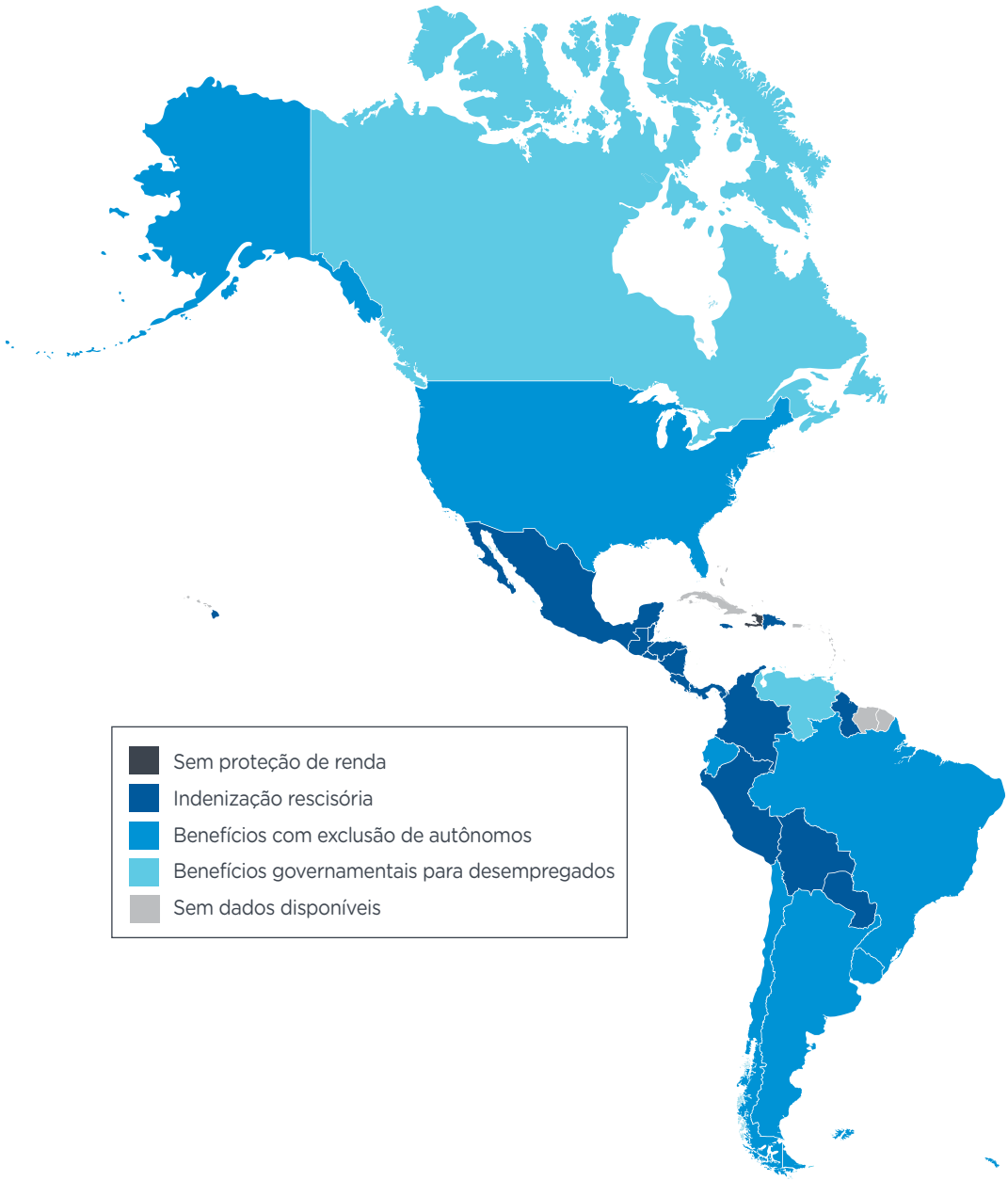
A fim de ser mais eficiente na redução da pobreza, no provimento de seguridade e na redução das desigualdades de renda, as políticas precisam

Figura 4.52.
Gastos públicos em proteção social nas Américas, excluindo a atenção à saúde, 2015 ou ano mais recente possível



Fonte: Organização Internacional do Trabalho. Base de Dados Mundial sobre Proteção Social, com base na Pesquisa de Segurança Social (SSI) [Internet]; [citado em 5 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54782

Figura 4.53.
Disponibilidade de proteção de renda durante o desemprego na Região das Américas, 2012



Fonte: WORLD Policy Analysis Center. Is income protection during unemployment available? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/is-income-protection-during-unemployment-available

Nota: Indenização rescisória é o pagamento que deve ser feito pelo empregador a um empregado quando este é despedido.

Uma indenização rescisória também pode ser pedida em casos em que há a disponibilidade de benefícios governamentais para desempregados.

Benefícios com exclusão de autônomos significa que o governo fornece benefícios a desempregados, mas que os trabalhadores autônomos não têm direito a eles. Esta categoria também inclui casos em que não se sabe se a cobertura está disponível a autônomos.

Benefícios governamentais para desempregados significa que o governo fornece benefícios a desempregados e cobertura para autônomos. Esta cobertura inclui as coberturas opcional e obrigatória para autônomos.

Para todos os tipos de proteção de renda, a elegibilidade para receber estes benefícios pode depender de um período mínimo de emprego, do tipo específico de emprego (como integral, eventual), idade e outros fatores.

Figura 4.54.
Tempo em que fica disponível a assistência financeira durante o desemprego na Região das Américas, 2012

Fonte: WORLD Policy Analysis Center. For how long is financial assistance available during unemployment? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/for-how-long-is-financial-assistance-availableduring-unemployment

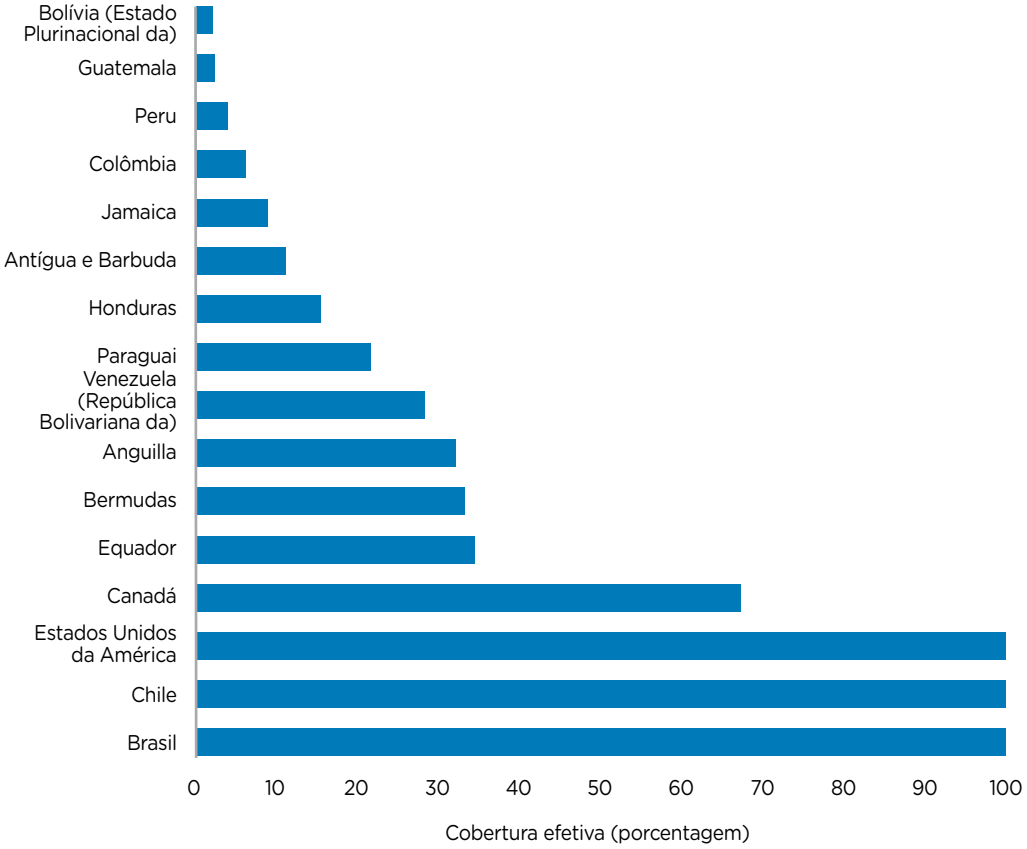
cobrir todos os desempregados, fornecer renda suficiente para ao menos prevenir a privação e cobrir um período maior de desemprego.

A Figura 4.54 mostra que em todos os países das Américas, a assistência governamental aos desempregados tem tempo limitado, o que significa que o desemprego a médio e longo prazo causará a pobreza e a privação, a menos que outros ativos ou apoio familiar estejam disponíveis.

Nas Américas, a maioria dos países tem planos de deficiência estatutários, mas a cobertura varia de maneira significativa entre os países (Figura 4.55). No Brasil, nos Estados Unidos da América e no Uruguai, mais de 90 por cento (em alguns casos

Figura 4.55.

Cobertura da proteção social para pessoas com deficiência em alguns países das América, 2015 ou o ano mais recente possível



Fonte: Organização Internacional do Trabalho. Base de Dados Mundial sobre Proteção Social, com base na Pesquisa de Segurança Social (SSI) [Internet]; [citado em 5 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54782

100 por cento) das pessoas com deficiência severa tiveram acesso a benefícios para deficientes em 2015. Entretanto, em outros países, como o Estado Plurinacional da Bolívia, a Guatemala e o Peru, menos de 5 por cento das pessoas com deficiência receberam um benefício *(242)*.

Exemplos de políticas e programas para reduzir a pobreza através de políticas de proteção social e outras iniciativas

A **Argentina** forneceu verba para um aumento na proteção social, em 2017, a fim de aumentá-la a 12 por cento do PIB, uma taxa mais alta do que no Canadá e Estados Unidos da América, com planos para manter e expandir vários programas de transferência de dinheiro (como o benefício infantil universal e os benefícios familiares) e criar um programa de reparação histórica para aposentados e pensionistas.

Programas de transferência condicionada de renda. No momento presente, 20 países da América Latina e do Caribe têm ao menos um programa de transferência condicionada de renda (TCR), com cobertura por volta de um quinto da população geral.[1] Exemplos destes programas que cobrem a saúde materna, a nutrição, a primeira infância, a educação e a vida de trabalho foram estabelecidos em outras seções relevantes deste relatórios e em muitos casos mostraram melhorias nos resultados dos beneficiários e suas famílias.

Os pagamentos de TCR geralmente são feitos diretamente a mulheres chefes de família, com o objetivo de melhorar a equidade de gênero e permitir que controlem os gastos e melhorem sua posição social e seu *status* na comunidade.[2] Entretanto, algumas evidências da região sugerem que ao exigir o cumprimento das condições, os programas de transferência aumentam as já existentes disparidades de gênero ao reforçar a noção de que a atenção é responsabilidade somente ou em maior parte da mulher. Em alguns países, as mulheres beneficiárias de transferências condicionadas de renda passam menos tempo em empregos remunerados e mais tempo com a atenção do que as mulheres que não são beneficiárias.[3]

Programas de transferência condicionada de renda e investimentos em serviços públicos, Brasil. O Brasil tem o programa de TCR mais abrangente, que, junto com programas universais — como de atenção à saúde e a concessão de aposentadorias—, tem um efeito transformador na redução da pobreza, na melhora da educação e da saúde, apoio a famílias e redução de uma ampla gama de desigualdades. O número de pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza nacional no Brasil diminui de 44 milhões em 2000 para 17,9 milhões em 2014, e o índice de Gini caiu de 59 para 51,3 no mesmo período.[4] Durante este tempo, o Brasil investiu significativamente na proteção social e nos serviços públicos. As ações incluíram o aumento do salário mínimo e do gasto público com educação e outros serviços sociais e a extensão das aposentadorias não contributárias para trabalhadores rurais do setor informal, assim como a expansão de outras pensões para pessoas com deficiência. Em 2015, os programas de transferência condicionada de renda cobriram 12,8 milhões de famílias ou mais de 51 milhões de indivíduos.[5,6]

Programa Dirigido de Transferência Condicionada de Renda (TCCTP), Trinidad e Tobago. O TCCTP foi criado em 2005 e consiste em dois anos de assistência alimentar que permite que as famílias em situação vulnerável comprem a cesta básica, reduzindo, assim, a pobreza.[7] Elas também recebem assistência psicológica para lidar com as pressões da vida na pobreza. Entre outubro de 2014 e julho de 2015, 1.403 famílias se formaram no programa e aproximadamente 1.200 se beneficiaram das qualificações e assistências realizadas em 15 regiões.[8]

Fontes: [1] Stampini M, Tornarolli. L. The growth of conditional cash transfers in Latin America and the Caribbean: did they go too far? IZA Policy Paper No 49. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2012. Disponível (em inglês) em: https://publications.iadb.org/en/publication/growth-conditional-cash-transfers-latin-america-and-caribbean-did-they-go-too-far
[2] Asian Development Bank; Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. Gender equality and food security: women's empowerment as a tool against hunger. Manila: ADB; 2013. Disponível (em inglês) em: https://www.adb.org/publications/gender-equality-and-food-security-womens-empowerment-tool-against-hunger
[3] Holmes R, Jones N, Vargas R, Veras F. Cash transfers and gendered risks and vulnerabilities: lessons from Latin America. Londres: Overseas Development Institute; 2010. Disponível (em inglês) em: https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6042.pdf
[4] Banco Mundial. Poverty and Equity Data Portal — Brazil [Internet]; [citado em 25 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://povertydata.worldbank.org/poverty/country/BRA
[5] Ibarrarán P, Medellín N, Regalia F, Stampini M. How conditional cash transfers work. Good practices after 20 years of implementation. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2017. Disponível (em inglês) em: https://publications.iadb.org/en/publication/how-conditional-cash-transfers-work
[6] Holmes R, Hagen-Zanker J, Vandemoortele M. Social protection in Brazil: impacts on poverty, inequality and growth. Development progress. Londres: Overseas Development Institute; 2011. Disponível (em inglês) em: https://www.odi.org/publications/5477-brazil-social-protection-development-progress
[7] Robles C, Varga LH. Social protection systems in Latin America and the Caribbean: Trinidad and Tobago. Santiago: CEPAL; 2012. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/4039-social-protection-systems-latin-america-and-caribbean-trinidad-and-tobago
[8] Food and Nutrition Security Platform. Targeted conditional cash transfer programme [Internet]; [citado em 27 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://plataformacelac.org/en/programa/272

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas para reduzir a pobreza através de políticas de proteção social e outras iniciativas *(continuação)*

Programa de Microcrédito Usura Zero, Nicarágua. Criado em 2007, este programa tinha como objetivo as famílias que viviam na pobreza extrema nas zonas urbanas. Ele forneceu acesso a programas de qualificação e crédito para mulheres. Os participantes formam grupos de 10 pessoas que não têm parentesco e não vivem na mesma casa. A meta do programa é criar 95.000 pequenas empresas. Em 2008, o orçamento do programa Usura Zero era de US$ 5,4 milhões. Em dezembro de 2008, o programa tinha 71.526 mulheres como beneficiárias diretas no país, que, ao adicionar-se os membros de suas famílias, totalizavam 426.000 beneficiários totais.[9]

Pensão Infantil Universal (UCA), Argentina. Este programa não contributário de transferência de dinheiro foi introduzido em 2009 em resposta aos efeitos adversos da crise econômica global. Ele forneceu cobertura para crianças com menos de 18 anos (e crianças desabrigadas sem limite de idade), assim como a trabalhadores desempregados, informais, domésticos e temporários. Estudos mostram que a UCA reduziu as taxas de pobreza, especialmente no que se refere à pobreza extrema. Também há evidências que sugerem que a UCA contribui para uma melhor distribuição de renda, conforme medição pelo índice de Gini, e reduz os hiatos de renda. Alguns estudos também concluíram que a UCA teve um impacto positivo na frequência escolar de adolescentes entre 16 e 17 anos (o grupo com as taxas de desistência mais altas), bem como na redução das taxas de trabalho infantil.[9]

Renta Dignidad, Estado Plurinacional da Bolívia. Introduzido em 2007 a fim de substituir o plano anterior de pensões sociais, o Renta Dignidad é uma pensão não contributária. O programa extinguiu os hiatos de cobertura de pensão a fim de atingir a cobertura universal. Ele custa aproximadamente 1 por cento do PIB do país e é financiado por duas fontes: receitas públicas geradas de tributos sobre a produção de petróleo e gás e dividendos de um grupo de empresas públicas. O programa levou a uma redução na taxa de pobreza de 14 por cento no nível familiar. Nos lares que recebem o benefício, o trabalho infantil caiu em 8,4 por cento em comparação com as crianças nos lares sem o Renta Dignidad e a matrícula escolar aumentou em 8 por cento, alcançando quase 100 por cento das crianças nos lares com o Renta Dignidad.[10]

Pensões por doença e deficiência

Alguns países têm pensões específicas para famílias de pessoas com deficiência a fim de apoiar aqueles que cuidam delas (como se discutiu na seção 7C abaixo). Há também alguns benefícios e proteções disponíveis para as próprias pessoas com deficiência e outras pensões para crianças em idade escolar com deficiências físicas e de aprendizado.[11]

Centro Nacional para Deficientes (NCPD), Trinidad e Tobago. Esta é uma organização não governamental assistida pelo governo que promove a participação total dos deficientes na sociedade. A ONG cria oportunidades para que *trainees* ganhem experiência no trabalho e melhorem sua competitividade no mercado de trabalho.[7]

Pensões por Deficiência, Argentina. A Argentina aumentou a cobertura efetiva das pensões por deficiência entre 1999 e 2016, quintuplicando o número de beneficiários para 1,5 milhão. A expansão do gasto social é estimada em entre 0,03 e 0,35 por cento do PIB entre 1997 e 2010.[12]

Fontes: [9] Franzoni JM. Social protection systems in Latin America and the Caribbean: Nicaragua. Santiago: CEPAL; 2013. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4059/1/S2013119_en.pdf
[10] Banco Mundial; Organização Internacional do Trabalho. Universal social protection: country cases. Global partnership for universal social protection USP2030. Washington, D.C.: Banco Mundial; ILO; 2016. Disponível (em inglês) em: http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?id=55072
[11] Organização Internacional do Trabalho. Base de Dados Mundial sobre Proteção Social, com base na Pesquisa de Segurança Social (SSI) [Internet]; [citado em 5 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54782
[12] Organização Internacional do Trabalho. World social protection report 2017–19: universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals. Genebra: ILO; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_604882/lang--en/index.htm

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas para reduzir a pobreza através de políticas de proteçõa social e outras iniciativas *(continuação)*

Programa Contínuo de Benefícios em Dinheiro, Brasil. Disponível a partir de 1993, o benefício é uma transferência de dinheiro para idosos e deficientes na extrema pobreza. O valor da transferência é equivalente a um salário mínimo por mês. Em 2015, ele beneficiou quatro milhões de pessoas.[13]

Pagamentos por Deficiência, Caribe. As pensões mensais por invalidez no Caribe são mais altas nas Bahamas e em Barbados, por volta de US$ 500 por mês. Em Antígua e Barbuda, Saint Kitts e Nevis, Santa Lúcia e Trinidad e Tobago, seu valor é de aproximadamente US$ 200–300 por mês. São mais baixas na Guiana.[7]

Programa de Apoio ao Deficiente de Ontário (ODSP), Canadá. Este programa fornece apoio financeiro e de emprego para deficientes que vivem na província de Ontário. O apoio financeiro contempla assistência para despesas de subsistência, como alimentação e moradia, e fornece apoio na procura de empregos.[14] O número de pessoas que recebem assistência do ODSP aumentou de 280.000 em 2003 para 475.000 no final de 2016.[15]

Fontes: [13] Vaitsman J, Lobato LVC. Continuous cash benefit (BCP) for disabled individuals: access barriers and intersectoral gaps. Cien Saude Colet. 2017;22(11):3527–36.
[14] Gewurtz RE, Cott C, Rush B, Kirsh B. How is unemployment among people with mental illness conceptualized within social policy? A case study of the Ontario Disability Support Program. Work. 2015;51(1):121–33.
[15] Kerr D, Smith-Carrier T, Wang J, Tam D, Kwok SM. Population aging and the Ontario Disability Support Program (ODSP). Can J Disabil Stud. 2017;6(4):33–55.

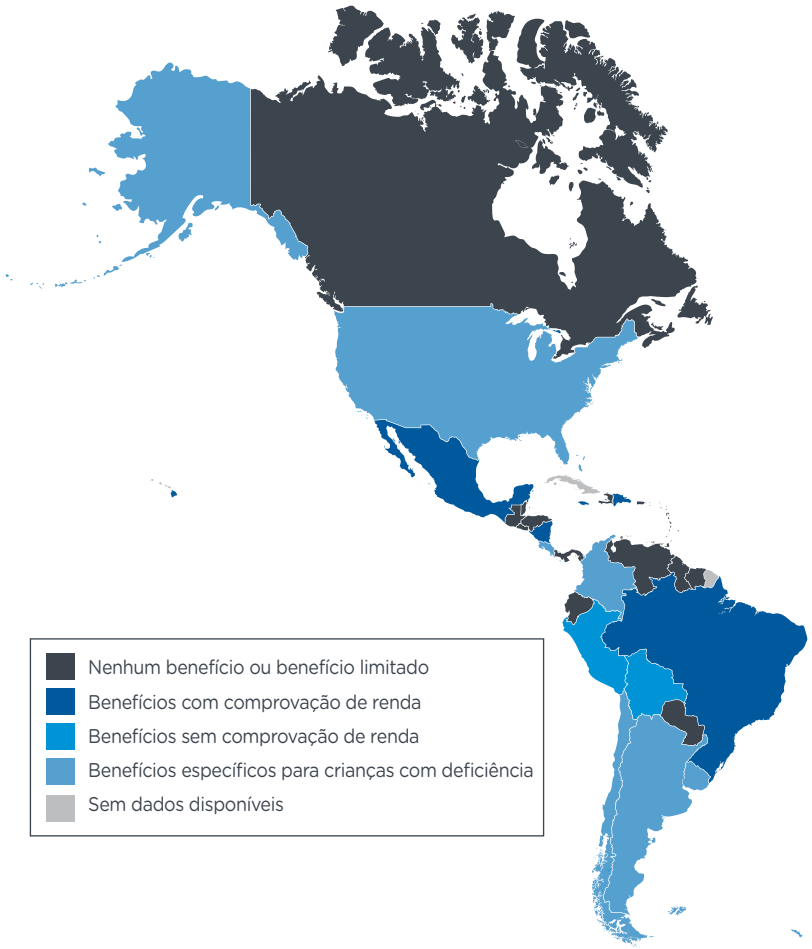
7C. ESTABELECER APOIO PARA CUIDADORES NÃO REMUNERADOS

Em toda a Região das Américas, os níveis de apoio a cuidadores são baixos e na maioria das vezes insuficientes para atender as necessidades de quem precisa de ajuda ou da pessoa que presta os cuidados. Nas seções anteriores, estabelecemos que ser cuidador não só prejudica perspectivas de emprego, renda e bem-estar, como pode aumentar o risco de que uma pessoa venha a sofrer de doenças físicas ou mentais.

São as mulheres que prestam os cuidados na maior parte das vezes nas Américas.

Em algumas partes da Região, há benefícios específicos para crianças deficientes, enquanto em outras há benefícios para toda a família e, em alguns países, os benefícios são vinculados a avaliações. Em muitos países das Américas, não há apoio disponível às famílias, como mostra a Figura 4.56.

Figura 4.56.
Países das Américas onde estão disponíveis benefícios para famílias em que há crianças com deficiência, 2015



Fonte: WORLD Policy Analysis Center. Are benefits available to families with disabled children? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/are-benefits-available-to-families-with-disabled-children

Exemplos de políticas e programas para apoiar cuidadores não remunerados

Programa Joaquin Gallegos, Equador. Este programa fornece atenção à saúde e uma transferência de dinheiro de US$ 240 mensais para os cuidadores de pessoas com deficiências severas. Os cuidadores também podem receber treinamentos em saúde, higiene, nutrição e reabilitação. Durante o ano de 2013, quase 15.000 cuidadores receberam esta transferência. O total orçamentário desde que começou é de US$ 41,8 milhões (0,78 por cento do PIB).[1]

Políticas de apoio financeiro, Canadá. No Canadá, cerca de 20 por cento dos cuidadores receberam alguma forma de apoio financeiro em 2012. Sete por cento receberam ajuda de um programa governamental e 5 por cento receberam um crédito tributário para cuidadores. Aqueles que passavam mais horas em suas tarefas de atenção tinham mais chances de receber o apoio financeiro.[2]

Fontes: [1] Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe; UNICEF. Rights of children and adolescents with disabilities. Santiago: ECLAC; 2013. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/35980-rights-children-and-adolescents-disabilities
[2] Sinha MM. Portrait of caregivers, 2012. Spotlight on Canadians: results from the general social survey. Ottawa: Estatísticas do Canadá; 2013. Disponível (em inglês) em: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-652-x/89-652-x2013001-eng.htm

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Artigo 22 da Declaração Universal dos Direitos Humanos: A seguridade social é um direito humano básico. Este direito constitui a primeira fonte de legitimidade da extensão da cobertura da seguridade social para todos (Nações Unidas [1948]).

A **Convenção da Seguridade Social (Normas Mínimas) nº 102 (OIT C102)** é o único instrumento internacional apoiado em princípios básicos de seguridade social, que estabelece as normas mínimas acordadas em nível mundial para os nove pilares da seguridade social (atenção médica, benefício para doença, benefício desemprego, benefício para lesões no trabalho, benefício por idade, benefício familiar, benefício maternidade, benefício por invalidez e benefício de viuvez) (Organização Internacional do trabalho [1952]).

Convenção sobre a Manutenção dos Direitos à Seguridade Social (OIT C157). A recomendação 157 trata das questões da manutenção dos direitos à seguridade social de trabalhadores imigrantes. A recomendação 167 propõe um acordo modelo para a coordenação de instrumentos bi- ou multilaterais de seguridade social (Organização Internacional do trabalho [1982]).

Recomendação sobre Pisos de Proteção Social (OIT R202). Projetada para assegurar o alcance progressivo de níveis mais altos de proteção dentro de sistemas de seguridade social abrangentes, de acordo com a Convenção da Seguridade Social (Normas Mínimas) de 19+52 (nº 102). A política da OIT sobre a expansão da proteção social tem como objetivo a rápida implementação dos pisos nacionais de proteção social que contêm garantias básicas de seguridade social que assegurem o acesso universal à atenção essencial à saúde e seguridade social ao menos em um nível nacional mínimo definido (Organização Internacional do trabalho [2012]).

Resoluções OPAS

Proteção Social em Saúde (CD52.R11 [2013])

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 1: Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas

Homem empurrando cadeira de rodas com idosa, Los Angeles, Estados Unidos da América

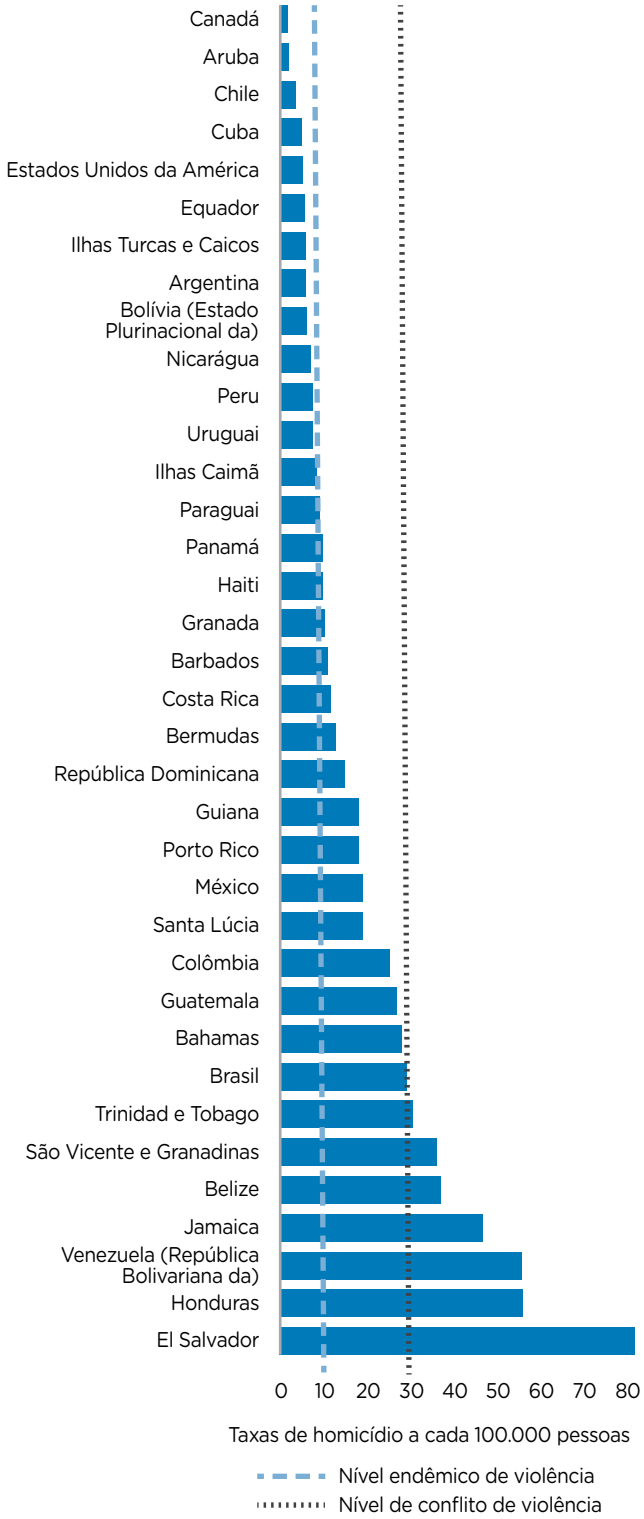
RECOMENDAÇÃO 8.
REDUZIR A VIOLÊNCIA PARA SE CONSEGUIR EQUIDADE EM SAÚDE

Em toda a Região das Américas, as taxas de violência são altas. A América Latina e o Caribe têm as taxas de homicídio mais altas do mundo. Em 2015, a taxa de homicídios na América Latina e no Caribe era de 22 a cada 100.000 pessoas, enquanto a segunda taxa mais alta era a da África subsaariana, com 9 a cada 100.000 *(1, 244)*. Os homens jovens são desproporcionalmente os autores e as vítimas dos crimes violentos nas Américas, mas há níveis altos de violência entre as mulheres também.

A violência física afeta diretamente a saúde em razão de golpes que resultam em lesões e danos à saúde mental. Níveis altos de criminalidade também afetam indiretamente a saúde. O temor a crime e a convivência em áreas com altas taxas de criminalidade levam as pessoas a limitar

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
8A. Eliminar a violência de gênero, especialmente aquele que afeta as mulheres e as meninas	• Desenvolver programas educativos nas escolas, comunidades e locais de trabalho para prevenir a violência de gênero nas escolas e nos locais de trabalho • Empoderar as mulheres através da educação e da independência financeira • Para as mulheres que tenham vivenciado a violência, fornecer proteção e apoio para que elas e seus filhos reduzam a exposição à violência ou feminicídio • Fornecer informações, educação e punições apropriadas para os homens que cometem violência contra a mulher
8B. Reduzir a violência estrutural, com foco naqueles que sofrem mais riscos	• Instituir controles sobre a disponibilidade de armas, particularmente de fogo • Melhorar as condições ambientais e os espaços públicos seguros, particularmente em áreas com altas taxas de criminalidade • Melhorar ou criar sistemas estatísticos para registrar todas as formas de violência, desagregados por indicadores de posição social e econômica, gênero e etnia • Melhorar as intervenções baseadas em evidências para reduzir a violência em grupo
8C. Erradicar as violências política e institucional	• Eliminar todas as formas de violência política, incluindo a violência contra imigrantes através da separação familiar, estupro e ataques a jornalistas e candidatos a eleições • Desenvolver sistemas de informações para documentar a discriminação no sistema de justiça criminal e responsabilizar as instituições • Reconhecer a prisão em massa como determinantes da saúde • Desenvolver e incorporar protocolos para cuidar das vítimas de violência sexual, psicológica e física e desenvolver políticas sobre o uso adequado da força por trabalhadores institucionais

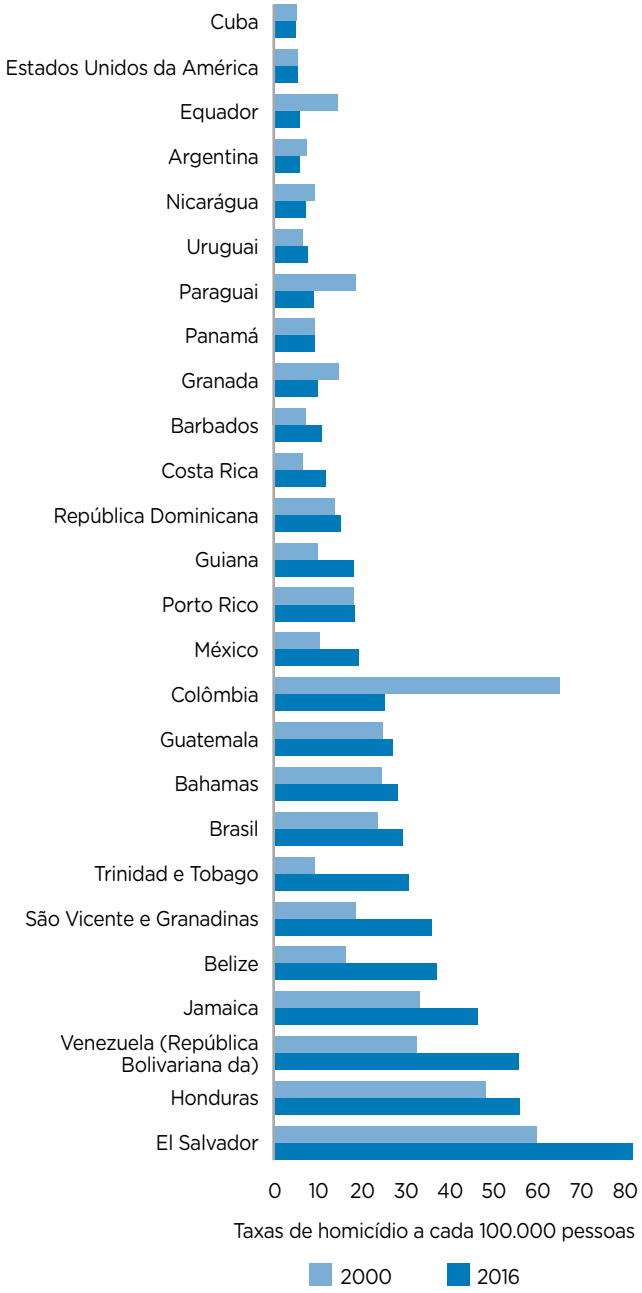
Figura 4.57.
Taxas de homicídio nos países das Américas, 2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Nota: *Nível de conflito de violência* de acordo com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime.

Figura 4.58.
Taxas de homicídio em países das Américas com dados comparáveis disponíveis, 2000 e 2016



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

suas interações sociais, níveis de atividade física e envolvimento comunitário a fim de evitar o crime, e todas estas ações prejudicam a saúde mental e física. Altos níveis de criminalidade enfraquecem a confiança nas instituições públicas, particularmente nos sistemas politico e de justiça criminal. A confiança na política e no espaço público é importante para a coesão social, a funcionalidade das comunidades e a saúde *(245)*.

A Figura 4.57 mostra as taxas de homicídio em 2016 nos países da América Latina e do Caribe, no Canadá e nos Estados Unidos da América. A OMS acompanha o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) ao considerar uma taxa de 10 homicídios ou mais a cada 100.000 habitantes, um nível de violência endémica, e uma taxa de 30 homicídios ou mais a cada 100.000, um nível de violência armada *(246)*. Vários países da região passaram deste nível de violência armada. A título de comparação, a taxa média de homicídios dos países escandinavos, cujas taxas estão entre as menores do mundo, são de menos de um a cada 100.000 pessoas *(247)*. Em alguns países da região, houve aumentos significativos nas taxas de homicídio entre 2000 e 2016, como mostra a Figura 4.58.

Estes aumentos são particularmente marcados em alguns países da América Central e do Caribe e são principalmente resultado do aumento do tráfico de drogas e da violência associada a ele. Na contramão, alguns países das Américas — Equador, Paraguai, Granada e Colômbia em particular — viram quedas significativas nos homicídios durante o mesmo período.

© iStock

8A. ELIMINAR A VIOLÊNCIA DE GÊNERO, ESPECIALMENTE A QUE AFETA AS MULHERES E AS MENINAS

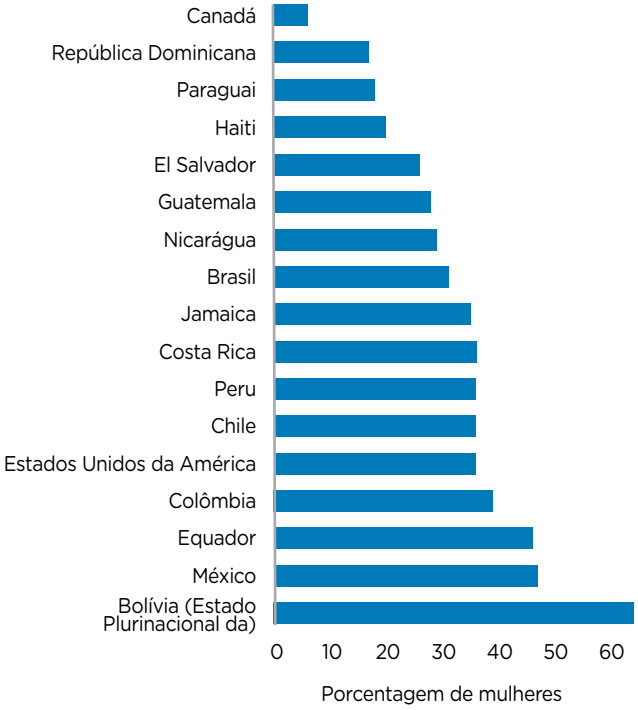
A violência de gênero inclui o feminicídio — um crime por meio do qual as mulheres são mortas por serem mulheres, geralmente por homens e na maioria das vezes por seus parceiros ou ex-parceiros, envolvendo abuso contínuo em casa, ameaças ou intimidação *(248)*, violência por parceiro íntimo (VPI), abuso, assédio ou exploração sexual violência contra lésbicas, *gays*, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI) e violência obstétrica, quando profissionais da saúde tiram a autonomia e a capacidade de decisão de seu próprio corpo e sexualidade *(249)*.

Há níveis altos de violência de gênero contra as mulheres, inclusive casos que levam ao feminicídio, na América Latina, no Caribe, nos Estados Unidos da América, assim como há níveis menores de violência de gênero contra homens *(250, 251)*. Há também riscos cumulativos de vivenciar a violência de gênero associados ao identificar-se como mulher, deficiente ou indígena, cada um dos quais aumenta o risco em muitos países da região.

A violência por parceiro íntimo traz múltiplos traumas psicológicos e impactos à saúde mental, assim como causa danos físicos diretos. A Figura 4.59 mostra as taxas de violência por parceiro íntimo, incluindo as violências física e/ou sexual, vivida por mulheres nos países das Américas para os quais havia dados disponíveis.

Entre 2003 e 2012, aproximadamente um terço das vítimas de feminicídio nos Estados Unidos da América morreram nas mãos de um parceiro íntimo *(252)*. As mulheres deficientes nas Américas estão sujeitas a maiores níveis de violência do que as mulheres sem deficiência, sendo que muitas das deficiências naquele grupo foram causadas por violência *(253)*. Estes dados são escassos, particularmente na América Latina. Entretanto, a primeira Pesquisa Nacional Especializada em Deficiências, feita pelo Peru em 2012, indicou que das 16.662 mulheres com deficiências, mais de 10.800 a tinham adquirido através da violência doméstica *(253)*. Uma pesquisa realizada na Colômbia e na República Dominicana em 2010

Figura 4.59.
Taxa de violência por parceiro íntimo contra mulheres, durante todo o curso de vida, em alguns países das Américas, 2014



Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Dados OCDE: violência contra as mulheres [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://data.oecd.org/inequality/violence-against-women.htm

Nota: Recorrência da violência durante o curso de vida: a porcentagem de mulheres que vivenciaram violência física e/ou sexual partindo de um parceiro íntimo em algum momento da vida.

apontou maiores níveis contra mulheres com deficiências, como mostra a Figura 4.60.

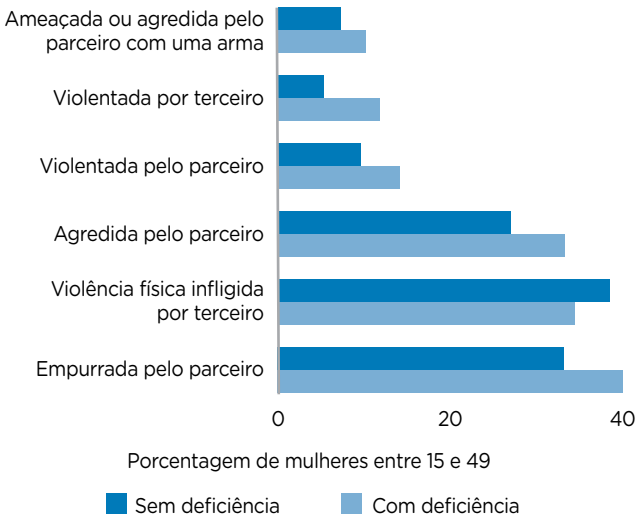
Os dados do Canadá referentes a 2014 (Figura 4.61) mostram que a taxa de vítimas de violência é um pouco maior entre mulheres do que entre a população geral, maior entre deficientes, com a mais alta sendo encontrada entre pessoas lésbicas, gays e bissexuais *(254)*.

"Violência obstétrica" se refere à supressão da autonomia e da habilidade das mulheres em fazer escolhas e tomar atitude sobre seu corpo e sexualidade ao lidar com profissionais da saúde *(249)*. Ela também inclui a atenção desumanizada, o desrespeito e o abuso ou a negligência durante o parto *(255)*. O aborto realizado de forma insegura também pode ser considerado uma forma de violência de gênero. Há seis países na América Latina e no Caribe nos quais o aborto é proibido de forma geral: República Dominicana, El Salvador, Haiti, Honduras, Nicarágua e Suriname. Em muitos países, os abortos são permitidos somente para salvar a vida das gestantes. No período de 2010 a 2014, apenas aproximadamente um em cada quatro abortos na América Latina e no Caribe foram realizados de forma segura, e em 2014 ao menos 10 por cento das mortes maternas foram resultado de abortos inapropriados *(256)*.

O primeiro relatório da Corte Interamericana de Direitos Humanos sobre os direitos dos LGBTI, em 2015, enfatizou a violência generalizada contra estas pessoas nas Américas *(257)*. Nos Estados Unidos da América, os crimes contra a sexualidade e a identidade de gênero totalizaram aproximadamente 21 por cento dos crimes de ódio relatados a órgãos de aplicação da lei em 2013 *(258)*. Uma pesquisa de 2010 demonstrou que as mulheres bissexuais são as que sofrem mais riscos, conforme descrito na Tabela 4.2 *(259)*.

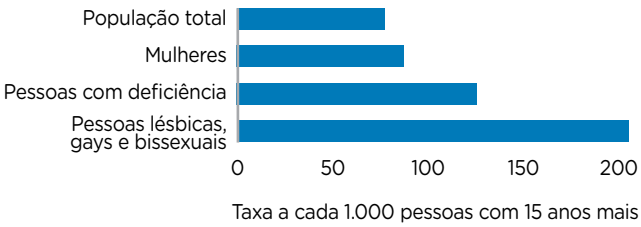
Em muitos países da região, a violência contra as mulheres é amplamente aceita e tolerada, inclusive pelas próprias mulheres, conforme ilustra a Figura 4.62 *(260)*.

Figura 4.60.
Mulheres entre 15 e 49 anos, com e sem deficiência, que relataram violência na Colômbia, 2010



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: ECLAC; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

Figura 4.61.
Incidentes de violência relatados no Canadá por alguns grupos da população, 2014



Fonte: Perreault S. Criminal victimization in Canada, 2014. Ottawa: Estatísticas do Canadá; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2015001/article/14241-eng.htm

Nota: Incidentes de violência incluem abuso sexual, assalto e violência física.

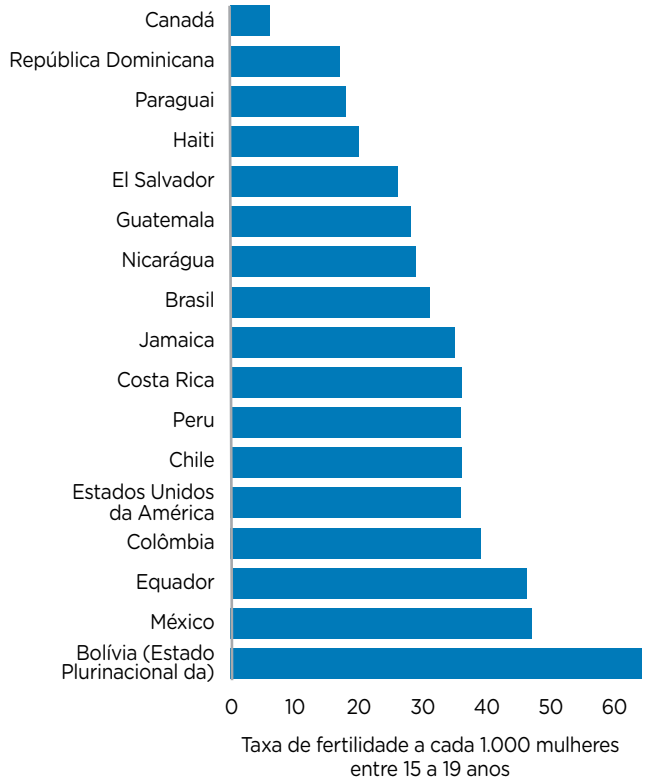
Tabela 4.2.
Prevalência durante a vida (porcentagem) de ter sido vítima de violência, por orientação sexual e tipo de violência, Estados Unidos da América, 2010

Orientação Sexual	Estupro	Violência sexual diferente de estupro	Perseguição	Violência por parceiro íntimo
Mulheres bissexuais	46,1	74,9	36,6	61,1
Mulheres lésbicas	13,1	46,4	Sem dados disponíveis	43,8
Mulheres heterossexuais	17,4	43,3	15,5	35
Homens bissexuais	Sem dados disponíveis	47,4	Sem dados disponíveis	37,3
Homens *gays*	Sem dados disponíveis	40,2	Sem dados disponíveis	26
Homens Heterossexuais	0,7	20,8	Não há dados	29

Fonte: Walters ML, Chen J, Breiding MJ. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2013. Disponível (em inglês) em: https://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/NISVS_Report2010-a.pdf

Nota: A Pesquisa Nacional de Violência Sexual e por Parceiro Íntimo focou a violência interpessoal com base na orientação sexual. As entrevistas completas foram feitas com 16.507 adultos (9.086 mulheres e 7.421 homens).

Figura 4.62.
Percentual de mulheres que acham que a violência contra mulheres é aceitável em alguns países das Américas, 2014



Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Dados OCDE: violência contra a mulher [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://data.oecd.org/inequality/violence-against-women.htm

Exemplos de políticas e programa para eliminar a violência de gênero

Os altos índices de violência contra a mulher, em particular a violência por parceiro íntimo e sua tolerância entre amplos setores da sociedade, indicam que as atitudes culturais são importantes no combate à violência de gênero. A pobreza e a falta de controle das finanças fazem as mulheres sofrerem mais riscos. Os programas educacionais apresentam algum sucesso em seu tratamento. Também são eficientes os programas para o empoderamento econômico e social das mulheres.

Programa Mundial de Alimentos (PMA), Equador. Desde abril de 2011, o PMA deu assistência em dinheiro a refugiadas, deslocadas, imigrantes, retornadas e outras mulheres em situação de vulnerabilidade no Equador para compra de produtos frescos e nutritivos nos mercados locais. O PMA também fornece educação alimentar e treinamento.[1] O programa tem como objetivo a redução da pobreza e da insegurança alimentar, mas também reduziu a violência por parceiro íntimo. Em um experimento de 2011, as famílias participantes receberam benefícios mensais de abril a setembro daquele ano, em um total de US$ 240 no semestre. O programa de transferência ajudou a reduzir a violência por parceiro íntimo através do aumento do empoderamento sobre a tomada de decisões pelas mulheres. Os resultados indicaram que as transferências reduziram o comportamento controlador dos parceiros, assim como a violência física e sexual, em aproximadamente 38 a 43 por cento.[2]

Lei Federal brasileira 11.340, também conhecida como Lei Maria da Penha, esta lei de 2006 pretendia evitar a violência familiar e doméstica contra mulheres e incluía medidas integradas para a prevenção, a assistência a mulheres vítimas de violência e ordens de restrição emitidas contra o agressor através do empoderamento dos órgãos judiciais. Seu nome é uma homenagem a ativista brasileira Maria da Penha Maia, vítima de violência doméstica. Um estudo comparativo da situação antes e depois realizado em 2013 mostrou que as taxas de mortalidade de mulheres caíram bem pouco: de 5,28 para 5,22 a cada 100.000 mulheres entre os períodos de 2001–2006 e 2007–2011. A morte predominante foi de mulheres com idade entre 20 e 39 anos e afrodescendentes com baixos níveis de escolaridade. Entende-se que a lei aumentou a atenção e os recursos para programas com o objetivo de reduzir a violência contra a mulher.[3]

O Projeto de Relacionamentos Jovens de Ontário, no Canadá foi uma intervenção baseada na comunidade que objetivava ajudar jovens entre 14 e 16 anos em situação de risco a desenvolver relacionamentos saudáveis e não abusivos com seus parceiros através do fornecimento de qualificações em saúde e relacionamentos abusivos, solução de conflitos e habilidades comunicativas e atividades de ação social. Uma pesquisa randomizada controlada mostrou que a intervenção foi eficiente na redução de incidentes de abusos físicos e emocionais e sintomas de problemas emocionais por um período de mais de 16 meses depois das intervenções.[4, 5, 6] O Projeto de Relacionamentos Jovens foi interrompido e sucedido pelo "Quarto R", um programa contínuo voltado para

Fontes: [1] Nações Unidas. What the World Food Programme is doing in Ecuador [Internet]; [citado em 28 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www1.wfp.org/countries/ecuador
[2] Hidrobo M, Peterman A, Heise L. The effect of cash, vouchers and food transfers on intimate partner violence: evidence from a randomized experiment in Northern Ecuador. Amer Econ J: Appl Econ. 2016;8(3):284–303.
[3] Gattegno MV, Wilkins JD, Evans DP. The relationship between the Maria da Penha Law and intimate partner violence in two Brazilian states. Int J Equity Health. 2016;15:138.
[4] JMU Liverpool; Organização Mundial da Saúde. Promoting gender equality to prevent violence against women. Genebra: OMS; 2009. Disponível (em inglês) em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44098
[5] National Institute of Justice. Program profile: Youth Relationships Project [Internet]; 16 de maio de 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.crimesolutions.gov/ProgramDetails.aspx?ID=467
[6] Wolfe DA, Wekerle C, Scott K, Straatman AL, Grasley C, Reitzel-Jaffe D. Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. J Consult Clin Psychol. 2003;71(2):279–91.

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programa para eliminar a violência de gênero *(continuação)*

o fomento de relacionamentos saudáveis através do ensino.[7] Os resultados indicaram que a violência física por parceiros era 2,5 vezes mais alta entre o grupo de controle, quando comparado com as alunas que passaram pela intervenção.[8] O Quarto R também contribuiu para a queda da probabilidade de as participantes tomarem parte em delinquência violenta.[9]

Programa dos Homens, Estados Unidos da América. O Programa dos Homens desafia jovens em relação a estupros e os ajuda a desenvolver empatia por sobreviventes. Os homens aprendem a apoiar vítimas de estupro e confrontar seus colegas que tenham feito piadas sobre o assunto. Ele foi desenvolvido pela primeira vez em 1993 como um programa educacional e hoje é usado em mais de 100 faculdades em todos os Estados Unidos da América. Uma pesquisa randomizada controlada concluiu que, em grupos sob tratamento, houve 40 por cento de queda na violência sexual cometida por homens em alto risco, e os participantes tinham significativamente menos probabilidade de aceitar os mitos sobre estupro ou cometer assédio ou violência sexual em relação aos membros do grupo de controle.[4]

Programa H, Brasil. O programa apoia relacionamentos saudáveis e combina sessões educativas com encenações e discussões a fim de promover mudanças nas normas da masculinidade e de comportamentos. Uma avaliação entre homens de 14 a 25 anos mostrou que em seis meses os participantes das duas comunidades que passaram por uma ou ambas as intervenções apresentavam menos probabilidade de apoiar as normas tradicionais de gênero em relação ao período anterior à intervenção.[4]

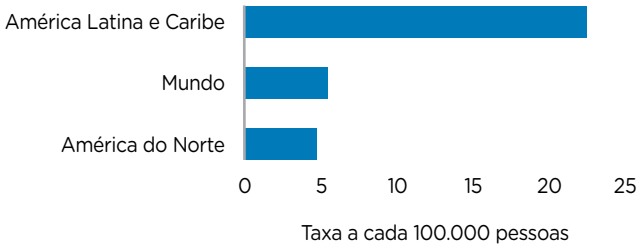
Fontes: [7] Ontario Center of Excellence for Child and Youth Mental Health. Evidence in-sight: teen dating violence prevention programs [Internet]; outubro de 2016. Disponível (em inglês) em: http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/resource/EIS_Teen_Dating_Violence_Prevention.pdf
[8] Wolfe DA, Crooks CV, Jaffe PG, Chiodo D, Hughes R, Ellis W, et al. A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(8):692–9.
[9] Crooks CV, Scott K, Ellis W, Wolfe DA. Impact of a universal school-based violence prevention program on violent delinquency: distinctive benefits for youth with maltreatment histories. Child Abuse Neglect. 2011;35(6):393–400.

8B. REDUZIR A VIOLÊNCIA ESTRUTURAL, COM FOCO NAQUELES QUE SOFREM MAIS RISCOS

A violência estrutural é a violência que mais se relaciona com as iniquidades em estruturas sociais, econômicas e políticas e com as instituições sociais *(261)*. A violência estrutural afeta as pessoas de formas diferentes, de acordo com sua posição nas estruturas e instituições e leva a maiores níveis de violência vividos por aqueles que estão em posição mais baixa nas estruturas socioeconômicas e por aqueles cujas necessidades não são atendidas pelas instituições sociais. Em toda a Região das Américas, há profundas desigualdades nas taxas de violência que se relacionam com a etnia, a posição socioeconômica e o gênero.

De forma global, há certa relação entre o PIB de um país e sua taxa de homicídios, com taxas bastante estáticas até que o PIB per capita alcance aproximadamente US$ 8.000, quando as taxas de violência tendem a cair. Estas quedas se aceleram com um PIB per capita de US$ 10.000 ou mais. Entretanto, os países nas Américas não seguem este padrão. A maioria dos países da região, entre eles os Estados Unidos da América, têm taxas muito mais altas de homicídio do que pode ser esperado a partir de seu PIB. A Figura 4.63 mostra que as taxas de homicídio a cada 100.000 habitantes na América Latina e no Caribe eram mais de quatro vezes mais altas do que a média mundial em 2015. Contudo, alguns países, entre eles a Argentina, a Bolívia (Estado Plurinacional da), o Canadá, o Equador e a Nicarágua, têm taxas de homicídio abaixo do que se pode esperar de seu PIB per capita com base em dados globais.

Figura 4.63.
Média de homicídios na América Latina e no Caribe, no mundo e na América do Norte, 2015



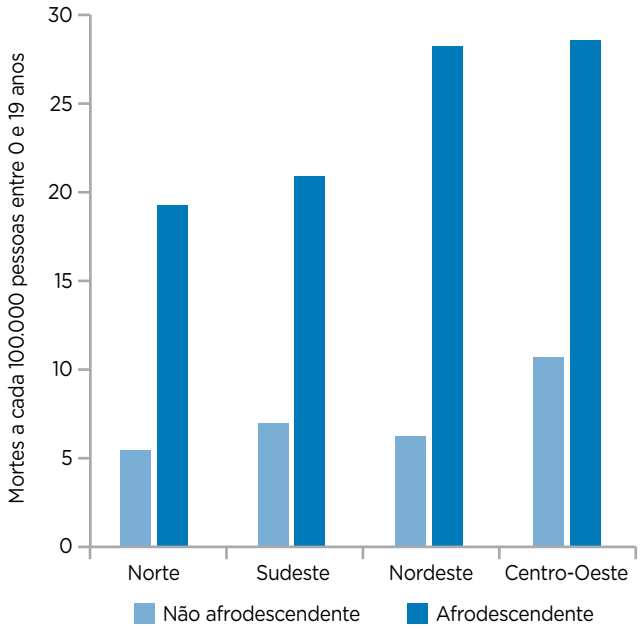
Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Há uma relação próxima entre as taxas de homicídio, os níveis de produção de drogas e, em particular, o tráfico de drogas nas Américas. A América Central vivenciou uma queda na taxa de homicídios entre 1995 e 2004, seguida por um crescimento marcado a partir de 2007, relacionado ao tráfico de drogas e aos altos níveis de violência relacionada ao crime organizado *(26, 262)*. De acordo com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, a apreensão de drogas está altamente concentrada no nordeste da América Latina e na América Central, onde a maioria das drogas são produzidas e traficadas. Há também altos níveis de tráfico de drogas no Caribe, e eles vêm crescendo recentemente conforme mudam os padrões de tráfico *(263)*. Os Estados Unidos da América são um grande consumidor de drogas produzidas e traficadas nesta região.

Na América Latina e no Caribe, quase metade de todas as vítimas de homicídio tem entre 15 e 29 anos, e a violência é cometida e afeta jovens em uma taxa desproporcional em comparação a outras faixas etárias e com as mulheres. Nos Estados Unidos da América, de maneira similar, as taxas de violência fatal e não fatal são substancialmente mais altas entre os jovens do que entre qualquer outro grupo *(264, 265)*.

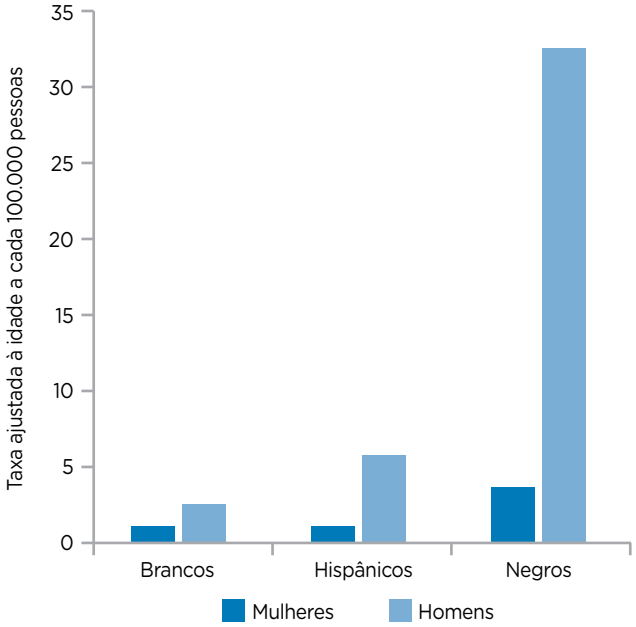
Há uma falta generalizada de dados sobre vítimas de homicídio, divididas por etnias na América Latina e no Caribe, mas quando havia eles mostravam que as taxas de homicídio e violência na região eram mais altas em relação a afrodescendentes

Figura 4.64.
Taxa de homicídio de menores de 20 anos, de acordo com a identidade afrodescendente e a região, no Brasil, 2013



Fontes: Waiselfisz JJ. Homicides of children and adolescents in Brazil. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; Dezembro de 2017. Disponível (em inglês) em: https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2017/12/2017-12-04-Homicide-Dispatch_4_EN.pdf

Figura 4.65.
Taxa de vítimas de homicídio de acordo com a etnia e o sexo, nos Estados Unidos da América, 2015



Fonte: Secretária do Censo dos E.U.A. Survey on sexual violence [Internet]; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.census.gov/econ/overview/go2700.html

do que outras etnias. Os dados do Brasil para 2013 mostram que a maioria dos jovens que são vítimas de assassinato eram afrodescendentes, com uma média de 23,6 a cada 100.000, em comparação com 8 a cada 100.000 de não afrodescendentes — uma razão de três vítimas de jovens afrodescendentes a cada não afrodescendente. Esta razão diverge entre os estados brasileiros. Em alguns estados, a proporção é de até 20 jovens afrodescendentes que se tornam vítimas de homicídio para cada vítima não afrodescendente *(266)* (Figura 4.64).

Nos Estados Unidos da América, a taxa de homicídio por faixa etária em 2015 foi de 32 a cada 100.000 entre os homens afrodescendentes — aproximadamente 16 vezes a taxa dos homens brancos (2 a cada 100.000) e cinco vezes a taxa de hispânicos (6 a cada 100.000) *(267, 268)*. A Figura 4.65 mostra a taxa por faixa etária de homens e mulheres vítimas de homicídio por etnia nos Estados Unidos da América em 2015: as taxas mais altas eram as de homens negros.

No Canadá, em 2013, as pessoas de origem indígena têm mais probabilidade do que os não indígenas de relatar que foram vítimas de violência nos últimos 12 meses *(269)*.

Os autores da violência tendem a apresentar níveis mais baixos de escolaridade do que a população geral. Por exemplo, no México, em 2011, os autores de homicídios tendiam a ter menos anos de escolaridade *(265)*. No Brasil, em 2012, em cidades comparáveis que eram as mais violentas, um crescimento de 1 por cento nas taxas de desistência escolar foi associado a 0,35 mais homicídios a cada 100.000 pessoas *(265)*. Uma educação de qualidade mostrou-se eficaz na prevenção de crimes e na redução de taxas de homicídio. Por exemplo, um aumento de um ano no nível de escolaridade geral reduziu as taxas de prisão estaduais em 15 por cento nos Estados Unidos da América *(270)*.

Apesar dos altos níveis gerais de violência e homicídio na América Latina e no Caribe, houve mudanças memoráveis nos níveis de violência em muitas áreas. Isto ressalta quão rapidamente

Agente da Patrulha de Fronteira detendo suspeito de imigração ilegal, Vale do Rio Grande, Texas, Estados Unidos da América

podem ser feitas melhorias e também quão rapidamente a situação pode se deteriorar. De forma notável, a Colômbia viveu reduções muito significativas nas taxas de homicídio. Por exemplo, a cidade de Medellín tinha uma taxa de homicídios de 23 a cada 100.000 pessoas em 2017, uma queda na taxa de 266 a 100.000 em 1991 *(251, 265)*. Uma das cidades mais perigosas do Brasil no passado, a taxa de homicídios do Rio de Janeiro caiu de 70 a cada 100.000 em 1995 para 19 a cada 100.000 em 2015 *(251)*. De forma geral, a taxa de homicídios no Brasil cresceu de 26 a cada 100.000 pessoas em 2000 para 30 em 2016, com variações locais significativas *(26, 251)*.

Exemplos de políticas e programas para reduzir a violência estrutural, com foco naqueles que sofrem mais riscos

A redução das desigualdades socioeconômicas e em outras áreas deve estar no centro das políticas que objetivam reduzir a violência, já que a associação entre a amplitude das desigualdades socioeconômicas e de gênero e etnia, de um lado, e a violência, de outro, é forte. Os programas para a redução da violência também devem ser centrais para o trabalho das organizações associadas e de saúde pública. Muitas das recomendações feitas neste relatório ajudariam a reduzir a violência através de sua atenção à redução das desigualdades socioeconômicas e das iniquidades relacionadas ao gênero e à etnia. A redução da violência, por sua vez, de forma direta ou indireta reduziria claramente as desigualdades em saúde.

Violência Zero, Brasil. Realizado por volta de 2014, este programa objetivava a diminuição dos níveis de violência escolar, a maximização do engajamento dos alunos e a melhoria do bem-estar de professores. Ele consistia em 12 sessões de 90 minutos com educadores sobre a prevenção da violência escolar. As sessões incluíam apresentações, discussões e exercícios em sala. Reduções significativas na violência autorrelatada de autoria dos estudantes foram conferidas.[1]

Aumento do dia escolar, Chile. O aumento do dia escolar de meio período para tempo integral reduziu a criminalidade juvenil em um período de estudo entre 2005 e 2008. Os resultados mostraram que um aumento do dia escolar para período integral em 20 por cento da população reduziu os crimes contra a propriedade em 24 por cento e os crimes de violência em 11 por cento.[2]

Programas de transferência condicionada de renda no México e no Brasil. Através do aumento da renda familiar e da mitigação dos impactos de choques de renda, estes programas contribuíram para a prevenção do crime e da violência. No México, por exemplo, os programas de transferência condicionada de renda e de redistribuição estão fortemente associados a reduções na violência sexual, assim como nos homicídios, nos níveis estadual e municipal.[3, 4, 5]

Famílias em Ação, Colômbia. Um estudo de 2013 avaliou os efeitos indiretos que a transferência de renda tinha no programa de transferência de renda mais importante da Colômbia em relação à criminalidade na zona urbana da capital, Bogotá. Os resultados indicam que, através do assim chamado efeito de renda, o programa foi responsável pela redução de roubos e roubos de veículos em 7,2 e 1,3 por cento, respectivamente, nos dias após as transferências.[6]

Trânsito Público, Medellín, Colômbia. Em 2014, as autoridades municipais de Medellín criaram um sistema de trânsito público para conectar os bairros de baixa renda ao centro urbano da cidade. Uma comparação das condições do bairro e da violência antes (2003) e depois (2008) de o projeto de trânsito estar completo concluiu que a integração física e social de bairros urbanos informais como parte de um resultado do sistema de trânsito pode ter contribuído para a acentuada queda nas taxas de homicídio (em 66 por cento) nos bairros. A principal razão para a queda nos homicídios foi o desmantelamento da produção organizada de drogas e do tráfico, além da queda no conflito militar e civil.[7]

Tornando-se Homem, Chicago, Estados Unidos da América. Lançado em Chicago em 2001, o Tornando-se Homem (BAM) é um programa de orientação em terapia cognitiva comportamental para jovens em situação de

Fontes: [1] Stelko-Pereira AC, Williams LCA. Evaluation of a Brazilian school violence prevention program (Violência Nota Zero). Pensam. Psicol. 2016;14:63–76.
[2] Berthelon ME, Kruger DI. Risky behavior among youth: incapacitation effects of school on adolescent motherhood and crime in Chile. J Public Econ. 2011;95(1–2):41–53.
[3] Murray J, Cerqueira DR, Kahn T. Crime and violence in Brazil: systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. Aggress Violent Behav. 2013;18(5):471–83.
[4] Muggah R. The rise of citizen security in Latin America and the Caribbean. Int Devel Policy. 2017;9:291–322.
[5] Vilalta C, Muggah R. What explains criminal violence in Mexico City? A test of two theories of crime. Stability. 2016;5(1):1.
[6] Camacho A, Mejia D. The externalities of conditional cash transfer programs on crime: the case of Familias en Acción in Bogota. Working paper. Bogota: Universidad de los Andes; 2013. Disponível (em inglês) em: http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1265238560114/ACamacho_Oct_2013.pdf
[7] Cerdá M, Morenoff JD, Hansen BB, Tessari Hicks KJ, Duque LF, Restrepo A, Diez-Roux AV. Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellin, Colombia. Am J Epidemiol. 2012 maio 15;175(10):1045–53.

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas para reduzir a violência estrutural, com foco naqueles que sofrem mais riscos *(continuação)*

desvantagem advindos de bairros com altas taxas de criminalidade. A intervenção incluía interações regulares com um assistente social, atividades no horário posterior às aulas e programas escolares que forneciam terapia cognitiva comportamental. A participação no programa reduziu as prisões por crimes violentos durante o ano em que foi realizado em 8,1 a cada 100 jovens (uma redução de 44 por cento). Ele também gerou ganhos nos resultados escolares e nas taxas de conclusão de 3 a 10 pontos percentuais adicionais.[8]

Abordagens de Segurança Cidadã são crescentemente implementadas em toda a América Latina e o Caribe. Elas são um conjunto de ideias e atividades que têm como intenção prevenir e reduzir a violência, promover a segurança pública e o acesso à justiça, fortalecer a coesão social e reforçar os direitos e deveres mútuos dos Estados e seus cidadãos.[4] As abordagens variam, mas focam na prevenção da violência através de uma gama de intervenções de baixo para cima ao invés de políticas mais duras de lei e ordem. Há evidências de que os investimentos na prevenção da violência têm maior custo-benefício do que os gastos com segurança pública ou privada.[9, 10]

Trégua, El Salvador. Uma trégua foi acordada em 2012 entre as duas facções de crime organizado mais poderosas e o governo de El Salvador. Em 2011, antes da trégua, a taxa de homicídio era de mais de 71 a cada 100.000 pessoas. A taxa subsequentemente caiu para 40,8 a cada 100.000 pessoas em 2012 e 2013. Entretanto, depois do início do colapso da trégua, em 2013, a taxa aumentou novamente, subindo para 105 a cada 100.000 pessoas em 2015.[11]

Fontes: [8] Heller S, Pollack HA, Ander R, Ludwig J. Preventing youth violence and dropout: a randomized field experiment. Working paper series No. 19014. Cambridge: Secretaria Nacional de Pesquisa Econômica; 2013.
[9] Abt T, Winship C. What works in reducing community violence: a meta-review and field study for the Northern Triangle. Washington, D.C.: USAID; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.usaid.gov/sites/default/files/USAID-2016-What-Works-in-Reducing-Community-Violence-Final-Report.pdf
[10] Banco de Desenvolvimento da América Latina. Towards a safer Latin America: a new perspective to prevent and control crime. Caracas: Corporación Andina de Fomento; 2014. Disponível (em inglês) em: http://scioteca.caf.com/handle/123456789/708
[11] Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

8C. ERRADICAR A VIOLÊNCIA POLÍTICA E INSTITUCIONAL

A violência institucional se refere à violência de instituições sociais e do Estado, inclusive o sistema de justiça criminal. Em toda a Região das Américas, particularmente na América Latina e no Caribe, há altos níveis de violência institucional, entre eles a violência policial e violência contra jornalistas e pessoas e organizações que desafiam os sistemas de poder e interesses econômicos. Em algumas áreas a violência se relaciona com a corrupção política e militar e com o sistema de justiça criminal, como a prisão seletiva e preconceituosa.

A violência institucional implica ameaças diretas à saúde física e mental através de ataques físicos às pessoas e prejudica indiretamente a saúde por meio da erosão da confiança social nas instituições e organizações. Esta erosão da confiança ameaça a coesão social e o entendimento das pessoas sobre controle individual e em sociedade. Todos estes fatores comprometem as condições para uma boa saúde.

PRISÃO

A probabilidade de ser preso está relacionada com a identidade étnica, a situação de imigrante

© iStock

Manifestação pelo plano nacional para acabar com a violência contra as mulheres, Parliament Hill, Ottawa, Canadá

e a posição socioeconômica e contribui para as desigualdades em saúde em toda a região. Ao redor das Américas, há altas taxas de prisão de pessoas com baixa renda e de afrodescendentes. A prisão afeta diretamente a saúde das pessoas, assim como prejudica indiretamente os determinantes sociais que incluem renda, perspectivas de emprego, vida em família, confiança nas instituições e vida em comunidade.

A prisão também prejudica a saúde mental e física dos indivíduos detidos, sua família e comunidade *(271)*. Ela aumenta o risco de se contrair HIV, hepatite C e tuberculose, assim como a morte por doenças cardíacas, hepáticas e respiratórias *(272)*. Há taxas muito mais altas de saúde mental precária nas prisões do que entre a população em geral, inclusive casos de depressão, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade e de ansiedade *(273)*. O suicídio é a principal causa de morte nas prisões. Por exemplo, nos Estados Unidos da América em 2013, um terço das mortes dos internos se deveu a suicídio *(274)*. Há probabilidade de que filhos cujo pai esteja encarcerado venham a apresentar problemas de comportamento e autoestima rebaixada, além de traumas provocados pela vivência da situação traumática e altos índices de morte prematura *(275)*.

Os Estados Unidos da América têm os números mais altos de detentos e condenados à prisão nas Américas e no mundo (Figura 4.66).

No Canadá e nos Estados Unidos da América, as taxas de prisão são consideravelmente mais altas do que as taxas de condenação. Em outras palavras, estes dois países prendem e detêm uma alta quantidade de pessoas, muitas das quais são posteriormente consideradas inocentes e liberadas. Elas ainda sofrem riscos consideráveis de danos à saúde mental e física e de determinantes sociais como resultado da prisão e da exposição ao crime organizado. Em 2018, as taxas de prisão nos Estados Unidos da América eram de 698 a cada 100.000 pessoas, a taxa de prisão mais alta nas Américas *(276)*. Os três estados com as taxas de prisão mais altas são a Louisiana, o Mississippi e Oklahoma, com taxas da ordem de 1,079 a cada 100.000 pessoas *(276)*.

De acordo com o Censo dos E.U.A., os afrodescendentes enfrentam cinco vezes mais risco de ser presos do que os brancos nos Estados Unidos da América, com os hispânicos correndo aproximadamente duas vezes mais risco de ser presos do que os brancos *(276)*.

Todos os dias, cerca de 53.000 jovens são mantidos em reformatórios nos Estados Unidos da América. Por volta de um em cada dez deles é enviado a uma prisão ou penitenciária adulta, e milhares de jovens são encarcerados antes de serem condenados, entre os quais muitos por infrações leves não violentas e até por ações que não constituem crime *(276)*.

VIOLÊNCIA E CORRUPÇÃO POLICIAL

A corrupção policial tem impactos sobre a equidade em saúde porque pode levar a maiores níveis de crimes, incluindo crimes violentos e tráfico de drogas e seus impactos adversos na saúde. O pedido de propina por policiais está associado a um crescimento de 17 por cento na probabilidade

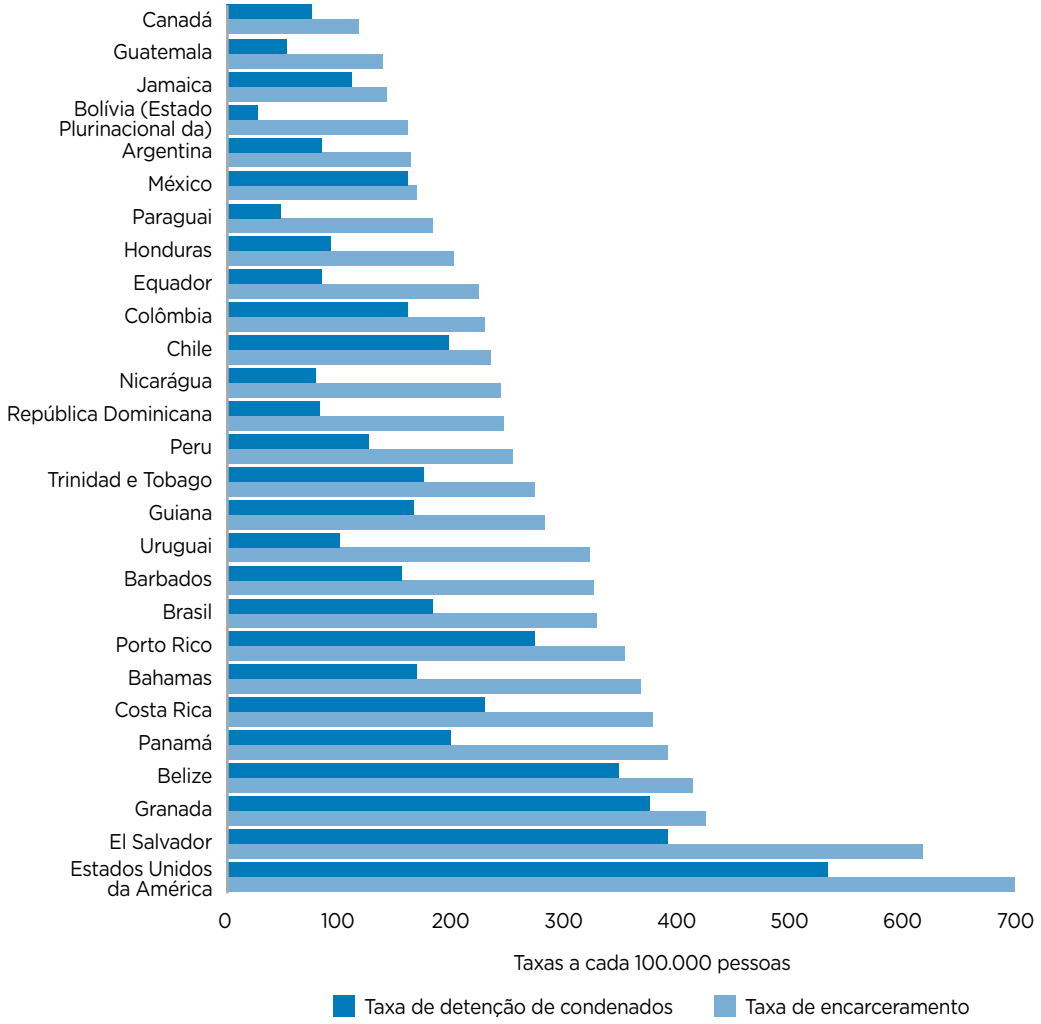
Tabela 4.3.
Taxas de prisão nos Estados Unidos da América, por raça/etnia, 2016

Raça/etnia	Porcentagem da população dos E.U.A.	Porcentagem de detentos dos E.U.A.	Taxa de prisão nacional (por 100.000)
Branco	64 por cento	39 por cento	450
Hispânico	16 por cento	19 por cento	831
Negro	13 por cento	40 por cento	2.306

Fonte: Wagner P, Sawyer W. Mass incarceration, the whole pie 2016. Prison Policy Initiative [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.prisonpolicy.org/reports/pie2016.html

Figura 4.66.

Taxas de encarceramento e taxas de retenção de condenados nos países das Américas, 2018 ou o ano mais recente possível



Fontes: [1] Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Dados. Total de pessoas encarceradas [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://dataunodc.un.org/crime/total-prison-population
[2] Wagner P, Sawyer W. Mass incarceration, the whole pie. Prison Policy Initiative [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.prisonpolicy.org/reports/pie2019.html
Nota: O número de pessoas sentenciadas detidas representa os presos condenados por um crime, enquanto a taxa de encarceramento representa o número total de presos (incluídos os que não foram condenados por um crime) mantidos em prisões ou em instituições penais ou de correção em um dia específico, excluídos as pessoas detidas por razões administrativas e que não cometeram crimes, como os que estão passando por investigação de sua situação migratória ou cidadãos estrangeiros sem direito legal de permanência.

da vivência de alguma forma de crime na América Latina e no Caribe. Os residentes da América Latina e do Caribe que disseram que o pagamento de propina é justo têm entre 2 e 8 por cento mais de chance de ser vítimas de violência, dependendo do país. A corrupção policial prejudica a credibilidade dos órgãos do governo e a habilidade da polícia de contribuir para a segurança e a coesão da comunidade *(277)*. Para compreender a magnitude deste efeito em perspectiva, o efeito negativo da corrupção policial mais do que contrapesa o efeito protetor de se viver em um bairro mais seguro *(265)*.

Em 2016 nos Estados Unidos da América, 1.093 pessoas (incluindo 62 mulheres) foram mortas pela polícia. Em termos estatísticos, 10 a cada um milhão de nativos americanos, 7 a cada um milhão de afrodescendentes, 3 hispânico e 3 brancos *(278)*. De acordo com a análise de aproximadamente 20.000 exemplos de força policial usada contra civis nos Estados Unidos da América realizada pelo Centro para Equidade Policial, o uso da força afeta de forma desproporcional as minorias raciais, apesar do controle das disparidades étnicas no crime *(279)*.

© iStock

Flores em memória de um jovem morto, Portland, Estados Unidos da América

VIOLÊNCIA CONTRA JORNALISTA

Os níveis de assédio a jornalista aumentaram em toda a América Latina e o Caribe, particularmente desde 2012. Mil e vinte e cinco jornalistas foram mortos entre 2012 e 2016, o segundo maior número regional no mundo. Nas Américas, houve 37 jornalistas mortos no México, 29 no Brasil, 19 em Honduras, 14 na Guatemala, 12 na Colômbia e seis no Paraguai *(280)*.

Tanto a Freedom House quanto a Reporters Withour Borders (RWB) produzem índices anuais classificando os países em termos de liberdade de imprensa. A Freedom House classifica os países através do fornecimento de uma nota de liberdade de imprensa. Com base nesta nota, ela classifica os países como "livre", "parcialmente livre" e "não livre". Em 2018, a Freedom house classificou o México na categoria mais baixa, junto com Cuba, Equador, Honduras e Venezuela (República Bolivariana da) *(281)*. No índice de 2018 da RWB, o México era o segundo país mais violento do mundo para os jornalistas em 2017, atrás da Síria *(281)*.

Exemplos de políticas e programas para reduzir a violência institucional

Projeto Justiça Restaurativa, Costa Rica. Este projeto, que teve início em 2012, inclui muitas medidas que objetivavam reduzir o tamanho da população carcerária. Ele criou um juiz de tratamento de drogas, no qual o uso é descriminalizado. As populações alvo incluem infratores leves e primários que cometeram uma infração relacionada a sua dependência química. Um grupo interdisciplinar pensa caso a caso na responsta às necessidades do beneficiário, focando tratamentos residenciais ou ambulatoriais.[1] O programa nacional foi uma colaboração do governo da Costa Rica e grupos públicos e privados. Seu trabalho a fim de reabilitar infratores adultos e jovens desde 2012 mostrou uma eficiência de 96 por cento entre as 3.542 pessoas que participaram do programa até 2017.[2]

Unidades de Polícia Pacificadora/ UPPs, Brasil. Este programa contínuo atua junto às favelas do Rio de Janeiro com altos níveis de crimes de violência e grupos de crime organizado. As UPPs fornecem policiamento comunitário e conectam as pessoas a serviços sociais. Em 2015, havia 38 UPPs em 264 favelas no Rio de Janeiro.[3] Os dados oficiais mostram quedas nas taxas de homicídio, assim como nas taxas de roubos, desde que o programa das UPPs começou em 2008.[4] A tendência nos homicídios já estava baixando nas áreas agora controladas pelas UPPs anteriormente a seu estabelecimento, mas a queda seguiu, de maneira que todas elas agora mostram uma queda maior do que a queda geral registrada no Rio de Janeiro no mesmo período.[4] Entretanto, o número de abusos sexuais relatados no mesmo período aumentou de forma significativa (em quase 200 por cento) nas comunidade em que as UPPs operam.[4] Isto pode se dever às maiores taxas de relatos que resultaram da crescente confiança na polícia ou de um melhor registro das práticas. Em 2010, 93 por cento dos residentes em áreas de UPPs disseram que se sentiam mais seguros do que antes de sua implementação, enquanto 70 por cento dos residentes em comunidades sem UPPs gostariam de ter o programa implementado em seu bairro. As instalações das UPPs demonstram que a inclusão social e o desenvolvimento comunitário são componentes chave na prevenção do crime.[4]

Programa de Empreendedorismo na Prisão (PEP), Texas, Estados Unidos da América. Fundado em 2004, este programa treina detentos para que se tornem empreendedores após sua libertação e, então, trabalha junto com eles e suas famílias indefinidamente depois que sua sentença terminar. O PEP também tem alojamentos e ajuda com ofertas de emprego, comportamento nas condicionais e reconexão entre os homens e seus familiares.[5] Aqueles que participaram do PEP reincidiam nas infrações em 7 por cento, cerca de um terço da taxa de reincidência geral do Texas, de 21 por cento. Outros resultados positivos incluem: 100 por cento foram empregados dentro de 90 dias da libertação, 74 por cento permaneceram empregados por mais de um ano, 41 por cento daqueles libertos mais de três anos antes ganharam mais de US$ 52.000 por ano, 41 por cento daqueles libertos mais de três anos antes tinham sua casa própria, 51 por cento de todos os participantes do PEP que eram pais viam seus filhos diariamente e outros 17 por cento viam seus filhos semanalmente.[5]

Fontes: [1] Consórcio Internacional sobre Políticas de Drogas. Capítulo 3.4. Alternatives to incarceration. In: IDPC Drug Policy Guide. 3rd ed. Londres: IDPC; 2016: 83–9. Disponível (em inglês) em: http://fileserver.idpc.net/library/IDPC-drug-policy-guide_3-edition_FINAL.pdf
[2] Anders W. Costa Rica's restorative justice successfully rehabilitates over 3,500 people. Costa Rica Star [Internet]; 2 de junho de 2017. Disponível (em inglês) em: https://news.co.cr/costa-ricas-restorative-justice-successfully-rehabilitates-over-3500-people/61684/
[3] von der Wehl CB. The impact the Pacifying Police Units (UPPs) have on Rio de Janeiro's favelas. Leiden: Leiden University [trabalho de conclusão de curso]; 2016.
[4] Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Global study on homicide. Washington, D.C.: UNODC; 2013. Disponível (em inglês) em: https://www.unodc.org/gsh/
[5] English E. The Prison Entrepreneurship Program: an innovative approach to reentry. Washington, D.C.: American Enterprise Institute; 2016. Disponível (em inglês) em: http://www.aei.org/wp-content/uploads/2016/12/Prison-Entrepreneurship-Program.pdf

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (Nações Unidas [1993])

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (convenção de Belém do Pará) estabeleceu que as mulheres têm o direito de ter uma vida livre da violência e que a violência contra a mulher constitui uma violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais (Organização dos Estados Americanos [1994])

Um relatório da ONU observa que 24 dos 33 países da América Latina e do Caribe têm leis contra a violência doméstica, mas somente nove deles aprovaram leis que lutam com uma gama de formas de outras violências contra a mulher, em público ou no espaço privado. Isto a despeito da Convenção Interamericana acima e a despeito do Tratado sobre Comércio de Armas (ATT), adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em abril de 2013, que foi projetada para regulamentar e melhorar o gerenciamento do comércio internacional de armas convencionais, com a intenção de prevenir, interromper e erradicar o comércio ilegal de tais armas e impedindo sua expansão (Nações Unidas [2013])

Resoluções OPAS

Estratégia e Plano de Ação para o Fortalecimento do Sistema de Saúde para Tratar a Violência Contra a Mulher (CD54.R12 [2015])

Prevenindo a Violência e Lesões e Promovendo a Segurança: Uma Chamada para a Ação na Região (CD48.R11 [2008])

Resoluções OMS

Prevenção da Violência: Uma Prioridade na Saúde Pública (WHA49.25 [1996])

Fortalecendo o Papel do Sistema de Saúde no Tratamento da Violência, particularmente contra as Mulheres e Meninas e contra as Crianças (WHA67.15 [2014])

Na Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016, os Estados Membros assinaram um plano global de ação sobre o fortalecimento do papel dos sistemas de saúde no tratamento da violência interpessoal, particularmente contra as mulheres, meninas e crianças (World Health Organization. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/).

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas

Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, garantir acesso à justiça para todos e construir instituições inclusivas, responsáveis e eficientes em todos os níveis

RECOMENDAÇÃO 9.
MELHORANDO AS CONDIÇÕES DE MORADIA E MEIO AMBIENTE

As moradias, comunidades e ambientes nos quais as pessoas vivem e trabalham têm um grande significado para sua saúde, e as grandes desigualdades nestes aspectos do ambiente são a base para as desigualdades na Região das Américas. Esta seção analisa os dados relacionados à urbanização, moradia, assentamentos informais, acesso a água e saneamento básico, poluição do ar, eletricidade e internet e, para os casos em que havia dados disponíveis, descreve as desigualdades nestes campos relacionadas com a renda, local de residência e etnia.

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
9A. Desenvolver e implementar estratégias nacionais de planejamento para o desenvolvimento rural e urbano	• Desenvolver estratégias nacionais urbanas e rurais para um planejamento em quatro dimensões: desempenho econômico, condições sociais, uso de recursos sustentáveis e finanças e governança • Desenvolver a capacidade e os recursos para a implementação local, incluindo acordos de governança com diversas partes interessadas • Desenvolver padrões para assegurar o desenvolvimento ambiental sustentável de boa qualidade • Equilibrar o desenvolvimento das zonas rural e urbana a fim de reduzir os assentamentos não planejados
9B. Estabelecer e alcançar padrões ambientais e melhorar os ambientes e moradias precários	• Desenvolver padrões de serviços básicos universais que cubram moradia, alimentação, atenção à saúde, educação, transporte e comunicações • Assegurar o fornecimento universal de água segura, saneamento básico e eletricidade • Apoio financeiro pelo governo à melhoria de moradias precárias, inclusive através de parcerias entre a sociedade civil e o setor privado e a comunidade • Reduzir a poluição do ar através de sistemas de transporte limpos e gerenciados, reduzindo o uso de carros e regulando a emissão de poluentes • Melhorar a infraestrutura de transportes sustentáveis e os sistemas de acesso ao emprego e serviços para as zonas rurais carentes • Assegurar o acesso universal à internet • Cumprir os ODS 6, 7 e 11
9C. Garantir a segurança da posse em assentamentos informais e outros ambientes	• Estabelecer uma legislação e mecanismos para a formalização da posse a moradores de assentamentos informais

9A. DESENVOLVER E IMPLEMENTAR ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE PLANEJAMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO RURAL E URBANO

O rápido crescimento populacional e a urbanização durante o século XX e primeira parte do século XXI limitaram a habilidade dos países da Região das América de buscar o desenvolvimento sustentável e fazer melhorias nas condições ambientais e de moradia. Isto inclui a capacidade de fazer investimentos em serviços essenciais, como de água potável e saneamento, redução da poluição do ar e de fornecimento de eletricidade e coleta de lixo.

No Canadá e nos Estados Unidos da América, mais de 80 por cento da população vivem em zonas urbanas. A maioria das cidades nestes países tem uma população abaixo de três milhões de habitantes. As taxas de crescimento nas cidades do Canadá e dos Estados Unidos da América ficaram entre 1,1 e 1,4 por cento em 2016. Nestes dois países, a taxa de crescimento populacional urbano ocorre nas zonas urbanas de tamanho pequeno e médio na maioria das vezes.

Aproximadamente entre 1900 e 2018, a população da América Latina e do Caribe aumentou consideravelmente e as previsões indicam uma desaceleração do crescimento populacional para menos de 1 por cento ao ano até 2030 *(282)*. As cidades cresceram muito rapidamente. A porcentagem da população que vive em cidades na América Latina e no Caribe aumentou de 40 por cento em 1900 para 80 por cento em 2016 *(283)*. As previsões indicam que a proporção da população urbana da América Latina e do Caribe chegará a quase 90 por cento até 2050 *(284)*.

A migração para a zona urbana é um fator significativo do crescimento urbano e geralmente envolve a procura de melhores oportunidades de emprego. As pessoas são mobilizadas pela pobreza, falta de acesso a serviços, educação e emprego, danos ao meio ambiente e ameaça ou efetiva exclusão agrária (conforme descrito nas recomendações 2 e 3). Para muitos, a migração para zonas urbanas leva a uma vida na extrema pobreza e em áreas de grandes favelas, em moradias temporárias e de baixa qualidade, com serviços mínimos, inclusive falta de esgoto e acesso a água potável e a proteção social. Nestes assentamentos informais, os habitantes geralmente não têm segurança da posse, discutida abaixo na Seção 9.C, e podem ser removidos de suas moradias, muito frequentemente de maneira forçada.

O planejamento requer a migração gerenciada e deve incluir:

- Políticas e atividades que possam apoiar melhorias nos fatores que levem à migração, particularmente a falta de segurança da posse, deslocamento forçado, altos níveis de pobreza e falta de acesso à educação e ao emprego. Como um primeiro passo, a melhora da segurança de posse e fim do deslocamento forçado nas áreas rurais é uma prioridade.
- O apoio a comunidades e áreas que vivem altos níveis migração e imigração, incluindo, sem se limitar, investimentos flexíveis e rentáveis e melhorias na infraestrutura, particularmente no transporte, água e saneamento básico, moradia e outros serviços, de maneira flexível e rentável.

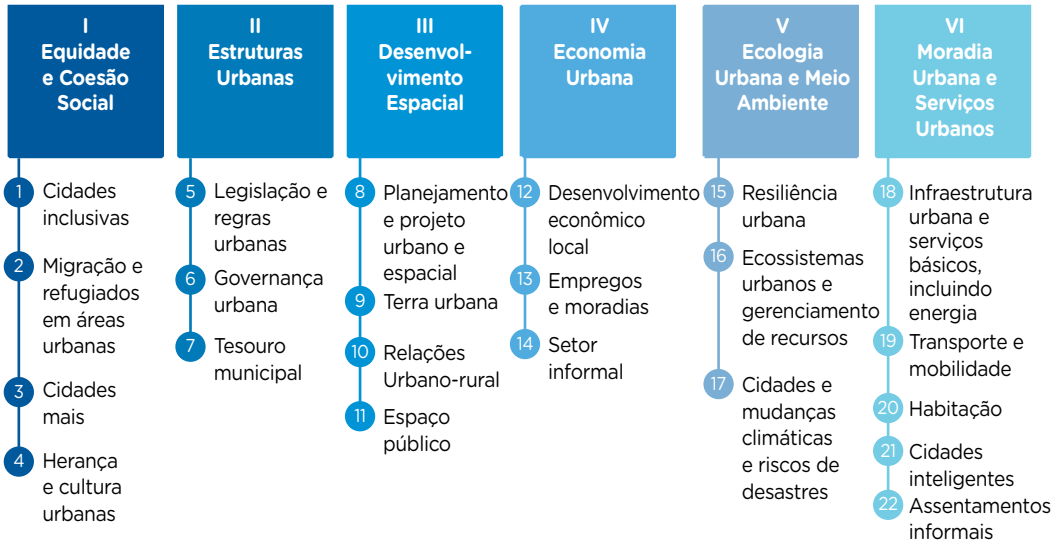
A redução das desigualdades em saúde requer melhorias nos ambientes e moradias, a redução do número de pessoas vivendo em favelas e a melhoria das já existentes. Todas estas melhorias requerem investimento de longo-prazo, assim como um planejamento coordenado e estratégico em nível nacional para reduzir o desenvolvimento não planejado. Entretanto, a maioria dos países não tem estratégias de planejamento nacional para facilitar estes processos.

Dadas as taxas de urbanização nas Américas, o planejamento e o gerenciamento da migração e das cidades é crucial para o desenvolvimento, a saúde

Barracas abrigam o crescente número de moradores de rua, Seattle, Estados Unidos da América

e a equidade em saúde futuros de toda a região. As estratégias de planejamento nacionais e locais devem ser desenvolvidas com base em princípios de boa governança, estratégias nacionais equilibradas nos campos econômico e ambiental e planejamento integrado de sistemas e serviços. Importantes áreas para o planejamento das cidades foram identificadas pela CEPAL e estão descritas na Figura 4.67 abaixo.

Figura 4.67.
Temas propostos para a Plataforma Urbana e de Cidades na América Latina e no Caribe



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Proposal for the Latin American and Caribbean Urban and Cities Platform. Santiago: CEPAL; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/44159-proposal-latin-american-and-caribbean-urban-and-cities-platform

Exemplos de programas e políticas para desenvolver estratégias nacionais de planejamento para o desenvolvimento sustentável rural e urbano

O **Ministério das Cidades, no Brasil,** lida com políticas urbanas, incluindo a regularização de terras, moradia, saneamento e transporte.[1] Dentro deste ministério, a Secretaria Nacional de Transportes e Mobilidade Urbana foi estabelecida para formular e implementar a Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável. A integração da política de desenvolvimento urbano e de transporte foi chave para fornecer um acesso amplo e democrático ao espaço urbano, através da priorização do transporte público e não motorizado e da garantia da mobilidade segura, sustentável e socialmente inclusiva.[2]

O movimento global **Cidades Saudáveis da OMS** tem como objetivo priorizar a saúde na agenda social, econômica e política dos governos municipais. Por 30 anos na Europa, a Rede de Cidades Europeias Saudáveis da OMS conectou aproximadamente 100 cidades e 30 redes nacionais. A OMS fornece apoio político, estratégico e técnico, assim como capacitação. Sua meta é o engajamento dos governos locais em compromissos políticos, mudanças institucionais, capacitação, planejamento em parcerias e inovação. Atualmente há redes de Cidades Saudáveis em toda a região de atuação da OMS.[3]

Ação sobre os determinantes sociais de saúde com o uso da Ferramenta de Avaliação e Resposta de Equidade de Saúde Urbana (HEART) nas Américas. A experiência da HEART Urbana foi avaliada em quatro cidades de 2010 a 2013: Guarulhos (Brasil), Toronto (Canadá), Bogotá e Medellín (Colômbia). Os relatórios foram enviados pelas equipes da HEART Urbana presentes nas cidades e através de relatos em primeira mão de informantes-chave. A HEART urbana forneceu aos governos locais um método de avaliação e resposta da equidade em saúde, através de uma abordagem de determinantes sociais de saúde, a ferramenta forneceu uma plataforma para a ação intersetorial e o envolvimento da comunidade. À medida que algumas áreas importantes puderam ser fortalecidas, a HEART Urbana foi uma ferramenta útil para o direcionamento da ação local com relação às desigualdades em saúde.[4]

Movimento Cidades Saudáveis, Salamá, Honduras. O movimento Cidades Saudáveis foi lançado em Salamá em 1994 e estabeleceu alianças intermunicipais para fomentar o desenvolvimento comunitário saudável face aos obstáculos aparentemente intransponíveis. A iniciativa mostrou um impacto positivo nas condições materiais e físicas em todo o município e suas comunidades vizinhas, além de ter ajudado no tratamento de determinantes por trás da pobreza em nível comunitário.[5]

Movimento Cidades Saudáveis, Canadá. Desde que o movimento Cidades Saudáveis começou no Canadá, em 1984, fortes redes municipais de Cidades Saudáveis foram desenvolvidas em Ontário e Quebec, representando um total de 200 comunidades. Além disso, foram formadas redes municipais em New Brunswick e Saskatchewan com programas voltados a jovens, segurança comunitária, desenvolvimento econômico local, recreação e planejamento urbano.[5]

Curitiba, no Brasil, é um exemplo de um plano municipal regional para o crescimento sustentável e gerenciado. Em 1965, movida pelo medo entre os dirigentes municipais de que o rápido crescimento de Curitiba levasse a um desenvolvimento não planejado e a ruas congestionadas, a cidade adotou um novo plano mestre. O crescimento em todas as regiões a partir do centro seria evitado: Curitiba cresceria em corredores planejados contando com zoneamento.[6] A cidade também promoveu sistemas de transporte público através do desenvolvimento e

Fontes: [1] Valença MM, Bonates MF. The trajectory of social housing policy in Brazil: from the National Housing Bank to the Ministry of the Cities. Habitat Int. 2010;34(2):165–73.
[2] Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente. Brazil [Internet]; [citado em 25 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.unenvironment.org/es/node/567
[3] Organização Mundial da Saúde. Types of healthy settings: healthy cities [Internet]; [citado em 13 de julho de 2018]. https://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/
[4] Prasad A, Groot AM, Monteiro T, Murphy K, O'Campo P, Broide EE, Kano M. Linking evidence to action on social determinants of health using Urban HEART in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2013 Dec;34(6):407–15.
[5] OMS Europa. Healthy Cities around the world. An overview of the Healthy Cities movement in the six WHO regions [Internet]; 2003. Disponível (em inglês) em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/101526/healthycityworld.pdf
[6] Goodman J, Laube M, Schwenk J. Curitiba's bus system. Case studies and solutions. Race, Poverty & the Environment [Internet]; 2006. Disponível (em inglês) em: https://www.reimaginerpe.org/curitiba-bus-system

(continua na página seguinte)

Exemplos de programas e políticas para desenvolver estratégias nacionais de planejamento para o desenvolvimento sustentável rural e urbano *(continuação)*

construção de um sistema de ônibus de alta capacidade conhecido como Ônibus de Trânsito Rápido, que custa muito menos do que os sistemas ferroviários.[7] Apesar de a cidade ter um dos números mais altos de carros, em 2011, aproximadamente 70 por cento de sua população se locomoveu usando ônibus, incluindo 28 por cento de usuários que anteriormente faziam isso com seus próprios carros. O resultado foi a redução dos níveis de poluição do ar em Curitiba, que conta com uma das taxas mais baixas do país em poluição ambiental.[7]

Habitar Brasil BID (HBB-BID), Brasil, 1999. Este programa piloto objetivava ajudar o governo a desenvolver uma política nacional e uma rede para a melhoria de favelas e o financiamento de intervenções em capitais e municípios. O programa beneficiou aproximadamente 119 municípios de duas maneiras principais: 1) desenvolvimento institucional em áreas relacionadas a moradia e capacitação para fortalecer a política nacional de habitação e 2) melhorias em assentamentos informais.[8] O conhecimento acumulado a partir de programas locais, como o Favela Bairro, foi incorporado e o programa ajudou a estabelecer os fundamentos de novas políticas nacionais e futuros programas de melhorias em favelas. Estes tiveram como base um amplo processo de apoio social voltado ao encorajamento da participação dos moradores locais, melhorando indicadores de renda, capacitando e apoiando a saúde e a educação ambiental. As intervenções foram reconhecidas por seus impactos na inclusão social, inovação no contexto local e fortalecimento da liderança local.[8]

Fontes: [7] Kelly E, Gustafsson HR. Urban innovations in Curitiba: a case study. New Haven: Eugene & Carol Ludwig Center for Community and Health; 2012.
[8] Lonardoni F. From mass public housing to a twin-track approach. In: Magalhães F, editor. Slum upgrading and housing in Latin America. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2016: 31–59. Disponível (em inglês) em: https://publications.iadb.org/en/publication/12558/slum-upgrading-and-housing-latin-america

9B. ESTABELECER E ALCANÇAR PADRÕES AMBIENTAIS E MELHORAR OS AMBIENTES E MORADIAS PRECÁRIOS

Em toda a Região das Américas, há níveis altos e generalizados de desigualdades no acesso a moradia decente e acessível e no acesso aos serviços básicos que apoiem os padrões ambientais saudáveis e a boa saúde, incluindo eletricidade, água potável, saneamento básico e ar limpo.

As condições ambientais que têm impactos diretos sobre a saúde incluem mas não limitam:

- Moradia decente e acessível e locais seguros com segurança de posse;
- Acesso a água potável, serviços de saneamento modernos e sistemas de coleta de lixo sustentáveis;
- Acesso à eletricidade e à internet;
- Sistemas de transporte público eficientes e acessíveis para o acesso a emprego, oportunidades educacionais, instalações da comunidade, alimentação saudável e outros serviços;
- Ar, água e solos limpos; e
- Acesso a espaços e áreas verdes para atividades físicas *(285)*.

As melhorias são totalmente possíveis e foram conseguidas em muitas partes das Américas, mesmo naqueles ambientes e moradias mais prejudiciais, inseguros, precários e de baixa qualidade.

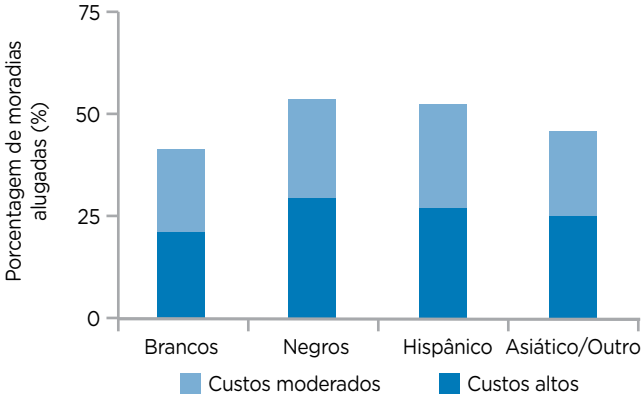
MORADIA

Fornecimento e acessibilidade

Mais de 50 por cento das famílias que vivem nas maiores cidades da América Latina não podem pagar uma moradia formal usando seus próprios meios. Além disso, em muitas cidades grandes em toda a América Latina e o Caribe, dois terços das famílias não conseguem pagar uma moradia decente *(285)*. Na maioria dos casos, a pobreza é o maior obstáculo para a casa própria, junto com a impossibilidade de comprovação de renda devido aos altos níveis de trabalho informal em toda a América Latina e o Caribe. Também são escassas as moradias adequadas de baixo custo.

Nos Estados Unidos da América em 2017, somente 4,5 milhões de imóveis alugados eram acessíveis a locadores de baixa renda (pessoas cuja renda estava na linha da pobreza ou abaixo dela) *(286)*. Isto levou a uma falta absoluta de aproximadamente 4 milhões de imóveis acessíveis para aluguel *(286)*. Os alugueis afetam de modos desproporcionais as minorias étnicas. A Figura 4.68 mostra que nos Estados Unidos da América os locadores brancos pagam alugueis menores do que os de outras etnias *(287)*.

Figura 4.68.
Custos com aluguel de acordo com a etnia nos Estados Unidos da América, 2016



Fonte: Joint Center for Housing Studies of Harvard University. State of the nation's housing 2018. Cambridge: President and Fellows of Harvard College; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.jchs.harvard.edu/sites/default/files/Harvard_JCHS_State_of_the_Nations_Housing_2018.pdf

Nota: Custos moderados se referem a famílias que gastam entre 30 e 50 por cento de sua renda com aluguel; Custos altos se referem a famílias que gastam mais de 50 por cento de sua renda com aluguel.

Os níveis altos de inacessibilidade a moradia em todas as Américas têm impactos significativamente negativos na saúde. Estão aí incluídos impactos relacionados com moradias de baixa qualidade, que aumentam o risco de uma gama de doenças transmissíveis e não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares, respiratórias e mentais. De forma indireta, a tentativa de assegurar e manter moradias apropriadas e acessíveis aumenta o risco de vários danos à saúde mental e física de diversas maneiras. O gasto de uma grande parte da renda com a moradia significa que há uma renda insuficiente disponível para outros gastos essenciais para uma vida saudável, incluindo alimentação saudável, socialização, despesas de viagens educacionais e a trabalho e compra de itens essenciais para a manutenção do lar. A moradia inacessível causa também altos níveis de estresse, ansiedade e outros problemas mentais *(288)*.

Padrões de Moradia

De acordo com a ONU Habitat, a moradia adequada deve ter segurança de posse legal, serviços, material, instalações e infraestrutura, incluindo água potável, saneamento básico, energia para o preparo de alimentos, calefação, iluminação, armazenamento de alimentos e descarte de resíduos. Ela deve ser habitável, garantir a segurança física, fornecer espaço adequado e proteger contra o frio, a umidade, o calor, a chuva, o vento, outras ameaças à saúde e perigos estruturais. Ela também deve ser acessível. A moradia é inadequada caso as necessidades específicas de grupos marginalizados ou em posição de desvantagem, incluindo deficientes, não sejam levadas em conta. A moradia adequada deve estar localizada em um lugar com acesso a serviços de atenção à saúde, escolas, centros de cuidado com a criança e outras instalações sociais *(289)*.

Em 2014, aproximadamente 40 por cento das famílias da América Latina e do Caribe viviam em uma casa que era inadequada para ser habitada ou construída com materiais precários sem serviços básicos de infraestrutura *(290)*.

Também há evidências de que as desigualdades nas condições de moradia se relacionavam à etnia. Por exemplo, no Canadá em 2016, 19 por cento dos indígenas viviam em uma moradia que precisava de grandes reparos, em comparação com

Exemplos de políticas e programas para melhorar a moradia

Patrimônio Hoje, México, 1998. Este programa objetiva ajudar 20 milhões de residentes em abrigos inadequados. É uma parceria público-privada que ajuda famílias de baixa renda a formar grupos de autofinanciamento e acelerar os processos de construção e melhorias de casas nas favelas.[1] O programa fornece financiamento, materiais, assistência técnica e serviços ao consumidor para famílias de baixa renda a fim de apoiar a autoconstrução de moradias de baixa renda. Houve impactos positivos entre as crianças a partir do espaço adicional e do aumento dos recursos financeiros. Além disso, as aspirações das crianças cresceram ao ver a habilidade de seus pais em economizar e melhorar ou construir sua cada.[2] O programa teve início no México, mas desde então foi expandido para a Colômbia, a Costa Rica, a República Dominicana e a Nicarágua.

Programa Piso Firme, México. Este programa substituiu o chão batido por piso cimentado em moradias de baixa renda. Ele teve início por volta do ano 2000. O governo ofereceu aos habitantes de moradias com chão batido até 50 metros quadrados de piso cimentado a uma taxa subsidiada para que eles mesmos o instalassem. Uma avaliação foi realizada comparando moradias com piso melhorado e aquelas sem ele e concluiu que os adultos nos lares melhorados estavam substancialmente mais felizes (medido de acordo com seu grau de satisfação com sua moradia e qualidade de vida) e tinham menos depressão e estresse. As crianças nas moradias melhoradas enfrentavam aproximadamente 13 por cento menos episódios de diarreia e tiveram uma redução de 20 por cento nos casos de anemia. Suas habilidades linguísticas e comunicativas aumentaram em 30 por cento, obtendo um aumento de 9 por cento nos testes de vocabulário.[3]

Programa TECHO, Chile e outros países. Fundado em 1997, esta ONG fornece casas básicas, pré-fabricadas e provisórias para famílias extremamente pobres que vivem em assentamentos informais na América Latina e no Caribe, independentemente de terem a posse da propriedade imóvel no local onde vivem. Os voluntários do programa ajudam a construir as casas. O objetivo do programa é melhorar a saúde e o bem-estar destas famílias.[4] O TECHO foi expandido para 19 países. Por volta de 2014, a ONG havia construído 100.000 casas.[5] O custo de uma casa do TECHO é de menos de US$ 1.000, para os quais a família beneficiária contribui com 10 por cento.[4] Um estudo do programa realizado em 2014 em El Salvador, México e Uruguai mostrou que ele resultou em melhorias substanciais na qualidades dos pisos, paredes e telhados, assim como aumentou a porcentagem de cômodos com janelas.[4] As conclusões mostram que as melhorias têm um efeito positivo nas condições gerais de habitação e no bem-estar dos habitantes: membros das famílias participantes estavam mais satisfeitos com sua qualidade de vida.[4]

Programa de Voucher de Escolha de Moradia (HCV), Estados Unidos da América. Implementado desde 1998, este grande programa do governo federal dá assistência a famílias de renda muito baixa, idosos e deficientes para que comprem casas decentes e seguras no mercado privado. As unidades de aluguel devem cumprir padrões mínimos de saúde e segurança, conforme determinado pela agência pública de moradias (PHA). A família paga a diferença entre o aluguel real cobrado pelo locatário e o valor subsidiado. A elegibilidade se baseia na renda total anual bruta e no tamanho da família. De forma geral, a renda da família não pode exceder 50 por cento da renda média da área em que a família escolha viver.[6] Em 2014, uma de cada oito famílias com crianças que participaram do programa HCV usou seus vouchers para viver em uma área de baixa pobreza, onde menos de 10 por cento dos residentes eram pobres, diminuindo a concentração da pobreza.[7] Mais de 5 milhões de pessoas dos 2,2 milhões de famílias de baixa renda usam os vouchers.[8]

Fontes: [1] Peters A, Schmidt J. CEMEX Patrimonio Hoy: providing integral housing solutions for low-income families. Case study [Internet]; 2014. Disponível (em inglês) em: http://endeva.org/wp-content/uploads/2015/08/bcta_casestudies_cemex_ph_final.pdf
[2] Esper H, London T. Improved housing and its impact on children: CEMEX's "Patrimonio." Impact Case study No. 1. Ann Arbor: The William Davidson Institute; 2013. Disponível (em inglês) em: https://wdi.umich.edu/wp-content/uploads/Child-Impact-Case-Study-1-Improved-Housing-Patrimonio-Hoy.pdf
[3] Cattaneo MD, Galiani S, Gertler PJ, Martinez S, Titiunik R. 2009. Housing, health, and happiness. Amer Econ J. 2009;1(1):75–105.
[4] Galiani S, Gertler PJ, Undurraga R, Cooper R, Martínez S, Ross A. Shelter from the storm: upgrading housing infrastructure in Latin American slums. J Urban Econ. 2017;98:187–213.
[5] CAF America. International and domestic — donor advised funds [Internet]; 12 de janeiro de 2016 [citado em 25 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.cafamerica.org/
[6] Departamento dos E.U.A. de Desenvolvimento Urbano e Moradia. Housing choice vouchers fact sheet [Internet]; [citado em 13 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.hud.gov/program_offices/public_indian_housing/programs/hcv/about/fact_sheet
[7] Sard B, Rice D. Realizing the housing voucher program's potential to enable families to move to better neighborhoods [Internet]; 12 de janeiro de 2016 [citado em 25 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.cbpp.org/research/housing/realizing-the-housing-voucher-programs-potential-to-enable-families-to-move-to
[8] Center on Budget and Policy Priorities. Policy basics: the Housing Choice Voucher Program [Internet]; 3 de maio de 2017 [citado em 25 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.cbpp.org/sites/default/files/atoms/files/PolicyBasics-housing-1-25-13vouch.pdf

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas para melhorar a moradia *(continuação)*

Mudança para a Oportunidade, Estados Unidos da América. O Mudança para a Oportunidade (MTO) do Departamento de Moradia e Desenvolvimento Urbano dos Estados Unidos da América para o programa de Moradia Digna foi aprovado pelo congresso deste país em 1992. O MTO fez uso de vouchers de assistência de aluguel, em combinação com serviços intensivos de busca e aconselhamento em questões de moradia a fim de ajudar famílias de baixa renda e se mudar de alguns dos bairros mais problemáticos do país para comunidades de baixa pobreza. Um total de 4.600 famílias de baixa renda com crianças, cuja maioria era chefiada por mães solteiras hispânicas ou afroamericanas, foram recrutadas a partir de projetos públicos de moradia voltados a famílias com alta pobreza em cinco cidades participantes entre 1994 e 1998. Um estudo de acompanhamento realizado sete anos depois concluiu que o programa havia melhorado os resultados do bairro e que os adultos que participaram se sentiam mais seguros e satisfeitos com suas casas e bairros. O MTO melhorou a saúde mental dos adultos, assim como vários aspectos importantes de sua saúde física.[9]

Programa de subsídio para aluguel, Chile. O Chile foi o primeiro país na América do Sul, em 2014, a adotar um programa nacional de subsídio para aluguel. Seu objetivo é tornar a locação de casas mais acessível para famílias jovens de renda baixa a moderada chefiadas por pessoas entre 18 e 30 anos de idade. A elegibilidade não é determinada somente pela renda (que pode ser difícil de ser medida devido a uma economia bastante informal e a sistemas precários de comprovação de renda), mas por uma Pontuação de Vulnerabilidade Social medida por uma pesquisa feita pelo governo. O programa também requer que os participantes abram uma conta poupança com o equivalente a pelo menos US$ 180. A moradia para a qual o subsídio é usado também deve cumprir certos requisitos físicos para assegurar um padrão decente e seguro.[10]

Programa de Moradia Gratuita, Colômbia. Este programa foi desenvolvido em 2012 para fornecer 100.000 moradias de forma gratuita. O sucesso da primeira etapa do programa levou a sua expansão para mais 300.000 unidades. A moradia tem dois quartos em blocos de apartamentos ou casas térreas em bairros construídos para 3.000 a 15.000 pessoas. Os beneficiários do programa geralmente são chamados a partir de listas de espera, administradas localmente e preenchidas com nomes de famílias classificadas como vivendo na pobreza extrema e/ou vítimas de desastres naturais. Os projetos de moradia gratuita são vistos como locais relativamente seguros que oferecem condições de vida "silenciosas" e "dignas". Estima-se que até 900.000 famílias constavam nas listas de espera de moradia gratuita em 2016, enquanto 100.000 já haviam se beneficiado do programa até esta data.[11]

Minha Casa, Minha Vida, Brasil. Lançado em 2009, é atualmente o principal programa contínuo para construção social no Brasil. O programa entregou 4,5 milhões de moradias acessíveis, reduzindo o déficit de moradia do país. Entretanto, também recebeu críticas pelo planejamento, design e qualidade de seus produtos finais. Os residentes de algumas das áreas em que as casas foram construídas estão localizados a até quatro horas de áreas de emprego e outros serviços e recursos.[12]

Fontes: [9] Kling JR. A summary overview of moving to opportunity: a random assignment housing mobility study in five U.S. cities. Washington, D.C.: Secretaria Nacional de Pesquisa Econômica; 2008.
[10] Ross LM, Pelletiere D. Chile's new rental housing subsidy and its relevance to U.S. Housing Choice Voucher Program reform. Cityscape. 2014;162(2):15.
[11] Sliwa M, Wiig H. Should I stay or should I go: the role of Colombian free urban housing projects in IDP return to the countryside. Habitat Int. 2016;56:11–9.
[12] Pacheco P. 6 features that make Brazil's affordable housing programme good for people and the environment [Internet]; 26 de setembro de 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.urbanet.info/brazil-affordable-housing-sustainability/

6 por cento dos não indígenas *(291)*. Nos Estados Unidos da América, a segregação residencial e a pobreza contínua colocaram os afroamericanos em algumas das moradias menos desejáveis em comunidades mais escassas em recursos no país e os afrodescendentes estão 1,5 vezes mais chances do que o resto da população a morar em casas com problemas físicos sérios *(292)*.

Superlotação

A superpopulação nessas condições, resultado de habitações inacessíveis e de baixa qualidade, também impõe riscos significativos para a saúde, entre eles o aumento das taxas de transmissão de doenças e maiores riscos de saúde mental precária. Em 2016 no Canadá, quase um quinto

(18,3 por cento) dos indígenas viviam em moradias consideradas inadequadas para o número de pessoas que abrigavam, de acordo com o Padrão Nacional de Habitação *(291)*. A Figura 4.69 mostra os níveis de superlotação dos países da América Latina. A Costa Rica e o Uruguai têm níveis muito baixos de superlotação *(29)*.

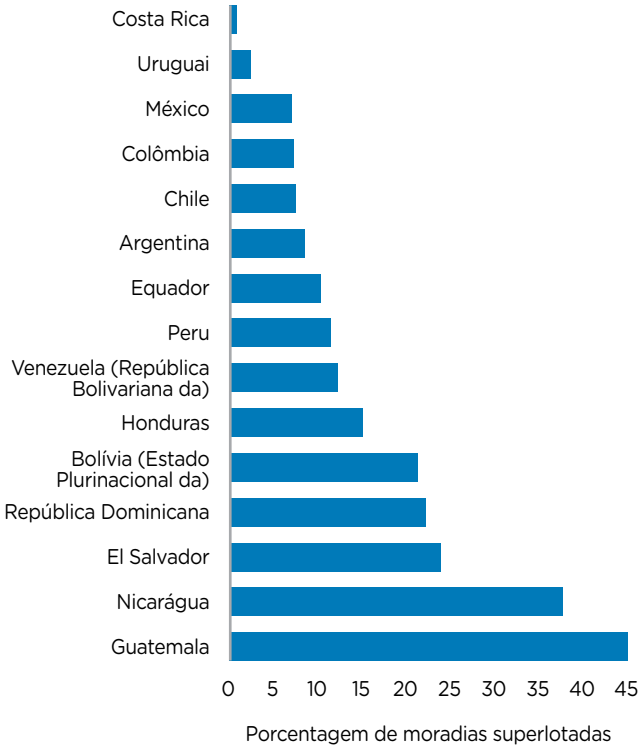
ACESSO A PADRÕES AMBIENTAIS DECENTES

O fornecimento de água segura, saneamento básico e um bom gerenciamento de água são fundamentais para a saúde e a redução das desigualdades em saúde na Região das Américas. Quase um décimo da carga global de doenças poderia ser prevenido através do aumento do acesso a água potável, melhorias no saneamento básico e higiene e no gerenciamento da água a fim de reduzir os riscos de doenças que la pode transmitir *(293)*. A região alcançou enormes resultados na melhoria de padrões ambientais, mas ainda há uma gama considerável de melhorias a ser feitas. Alguns dos países mais pobres nas Américas ainda apresentam níveis baixos de acesso a água segura e saneamento básico e mesmo nos países mais ricos — Canadá e Estados Unidos da América — há comunidades, principalmente as indígenas, que não têm acesso a água segura.

Em 2016, na América Latina e no Caribe, a taxa de mortalidade atribuída à água não segura, à falta de saneamento básico e de higiene foi de 1,7 por cento a cada 100.000 pessoas. No Canadá e nos Estados Unidos da América, foi de 0,2 a cada 100.000 *(1)*. Na América Latina em 2015, 0,2 por cento das mortes neonatais, 7,9 por cento das mortes pós-natal e 4,4 por cento das mortes de crianças com menos de 5 anos foram causadas por diarreia, relacionadas à falta de saneamento básico ou de água segura *(294)*. Há uma forte associação entre a falta de acesso a instalações de saneamento básico de populações rurais e as taxas de mortalidade de menores de 5 anos. Uma grande proporção da população na zona rural sem acesso a instalações de saneamento básico está associada a uma maior mortalidade materna nessas áreas, em toda a região (Figura 4.70) *(294)*.

Na América Latina e no Caribe, uma média de 83 por cento da população usava instalações de saneamento básico desenvolvidas em 2015. As taxas na zona rural aumentaram de 36 para 64 por cento entre 1990 e 2015 *(295)*. Entretanto, a disponibilidade

Figura 4.69.
Porcentagem de moradias superlotadas em alguns países da América Latina e do Caribe, 2015



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

de instalações de saneamento básico desenvolvidas na zona rural ainda é relativamente baixa apesar de tais melhorias. Há claras desigualdades relacionadas a renda e em alguns países da região grande parte de suas populações, especialmente entre os mais pobres, ainda defecava a céu aberto na zona rural em 2015 (Figura 4.71) *(296)*.

Há grandes desigualdades no acesso a instalações de saneamento básico por indígenas quando comparados com a população não indígena. Entre os países mostrados na Figura 4.72, o Panamá, a Argentina e o Equador têm desigualdades particularmente altas entre as comunidades indígenas e não indígenas a este respeito.

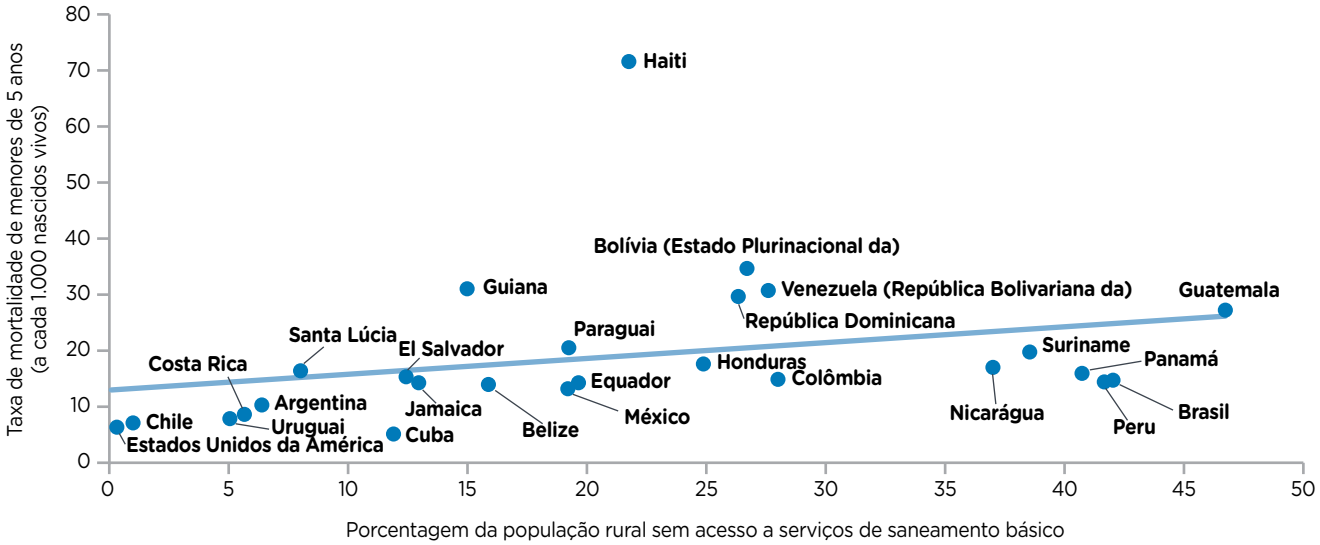
Fornecimento de água

Há desigualdades no acesso a fontes de água seguras e desenvolvidas na região, inclusive no Canadá e Estados Unidos da América, e grande

Coleta de água potável, Haiti

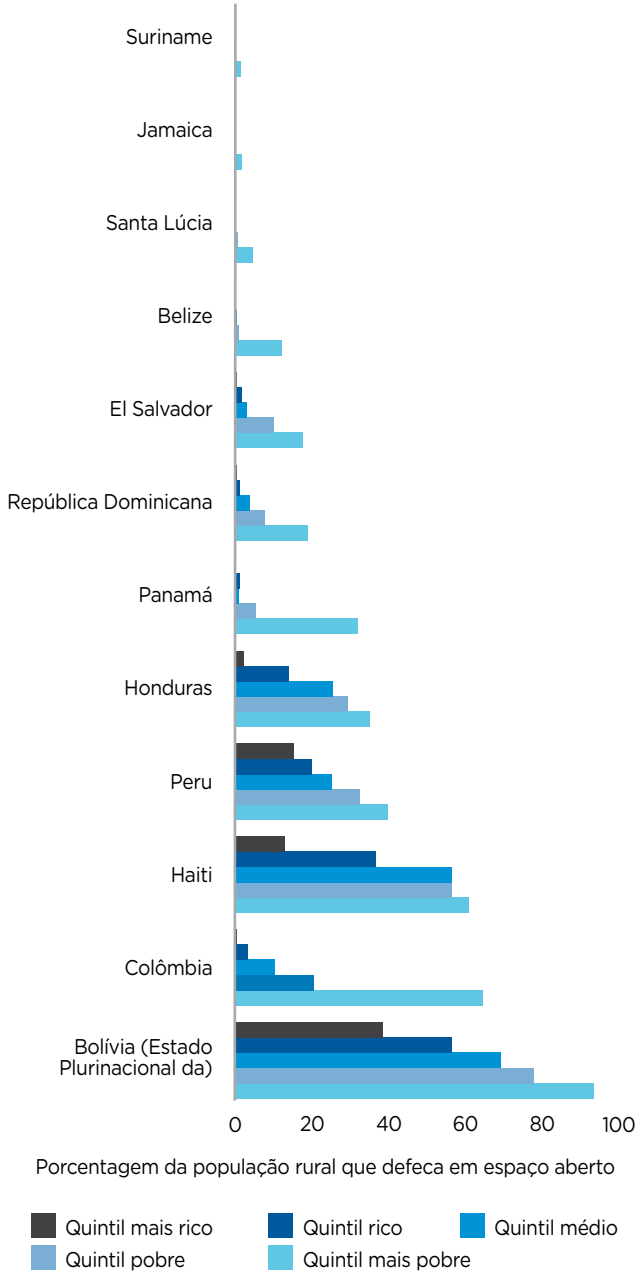
Figura 4.70.

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de acordo com a porcentagem da população rural sem acesso a instalações de saneamento básico nos países das Américas com dados comparáveis disponíveis, 2017



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

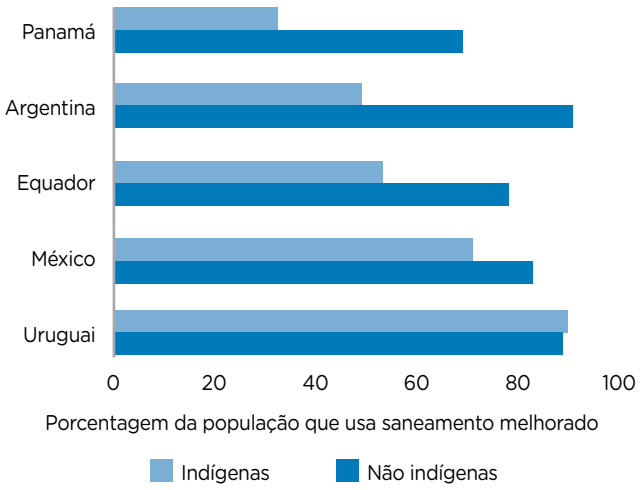
Figura 4.71.
Porcentagem da população que defeca em espaço aberto na zona rural, de acordo com o quintil de renda, em alguns países das Américas com dados disponíveis, 2015



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância; Programa Conjunto de Monitoramento do Abastecimento de Água e Saneamento. Arquivos de países [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://washdata.org/monitoring/schools/country-files-2018

parte da população rural, de baixa renda e indígena ainda não tem acesso a elas. Não ter água segura traz múltiplos impactos negativos sobre a saúde e as diferenças no acesso são uma contribuição significativa para as desigualdades

Figura 4.72.
Porcentagem das populações indígenas e não indígenas que usam saneamento melhorado em alguns países da América Latina, 2014



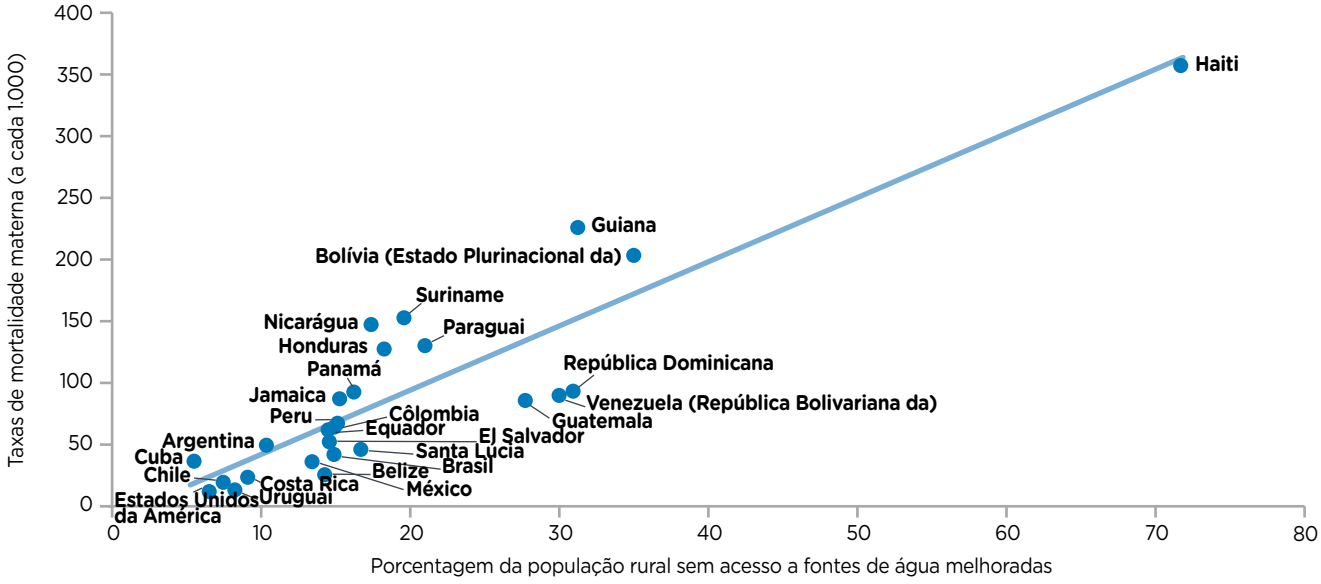
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância; Programa Conjunto de Monitoramento do Abastecimento de Água e Saneamento. Arquivos de países [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://washdata.org/monitoring/schools/country-files-2018

em saúde. Uma proporção mais alta de habitantes da zona rural sem acesso a instalações de saneamento básico desenvolvidas está amplamente relacionada com maior mortalidad materna e de menores de 5 anos em todas as Américas. A Figura 4.73 mostra a associação entre a falta de acesso a água segura e a mortalidade materna entre populações rurais.

Na zona rural da América Latina e do Caribe, aumentos significativos na cobertura da água potável foram feitos desde 1990, motivados pela expansão da água encanada. Em 2015, 95 por cento da população total usava uma fonte de água potável desenvolvida *(295)*. Entretanto, a taxa é consideravelmente mais baixa na zona rural da América Central e aproximadamente uma em cada cinco pessoas ainda depende de água não encanada no Caribe, América Central e México *(296)*.

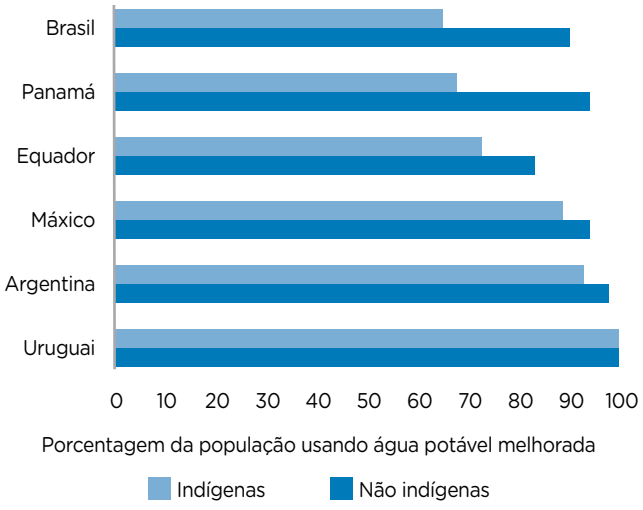
Aproximadamente 15 por cento da população dos Estados Unidos da América têm acesso a água potável a partir de poços privados. Doenças e infecções transmitidas pela água, como através da bactéria Legioanella, que estão presentes em algumas fontes, resultam em aproximadamente

Figura 4.73.
Mortalidade materna de acordo com a porcentagem da população rural sem acesso a fontes de água melhoradas nos países da Região das Américas com dados comparáveis disponíveis, 2017



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Figura 4.74.
Porcentagem de indígenas e não indígenas que usam água potável melhorada em alguns países da América Latina, 2014



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância; Programa Conjunto de Monitoramento do Abastecimento de Água e Saneamento. Arquivos de países [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://washdata.org/monitoring/schools/country-files-2018

40.000 hospitalizações por ano. A contaminação por arsênico, que está associada a doenças cardíacas e câncer, contribui com aproximadamente 1.000 mortes ao ano *(297)*.

Em muitos países, as comunidades indígenas têm menores taxas de acesso a água segura do que as comunidades não indígenas. A Figura 4.74 mostra que para os países com dados disponíveis, as populações indígenas tinham menor acesso à cobertura de água desenvolvida em 2014 do que as populações não indígenas, especialmente no Brasil, Panamá e Equador *(298)*.

Conforme se descreve na recomendação 3, muitos indígenas no Canadá ainda não têm acesso a água segura.

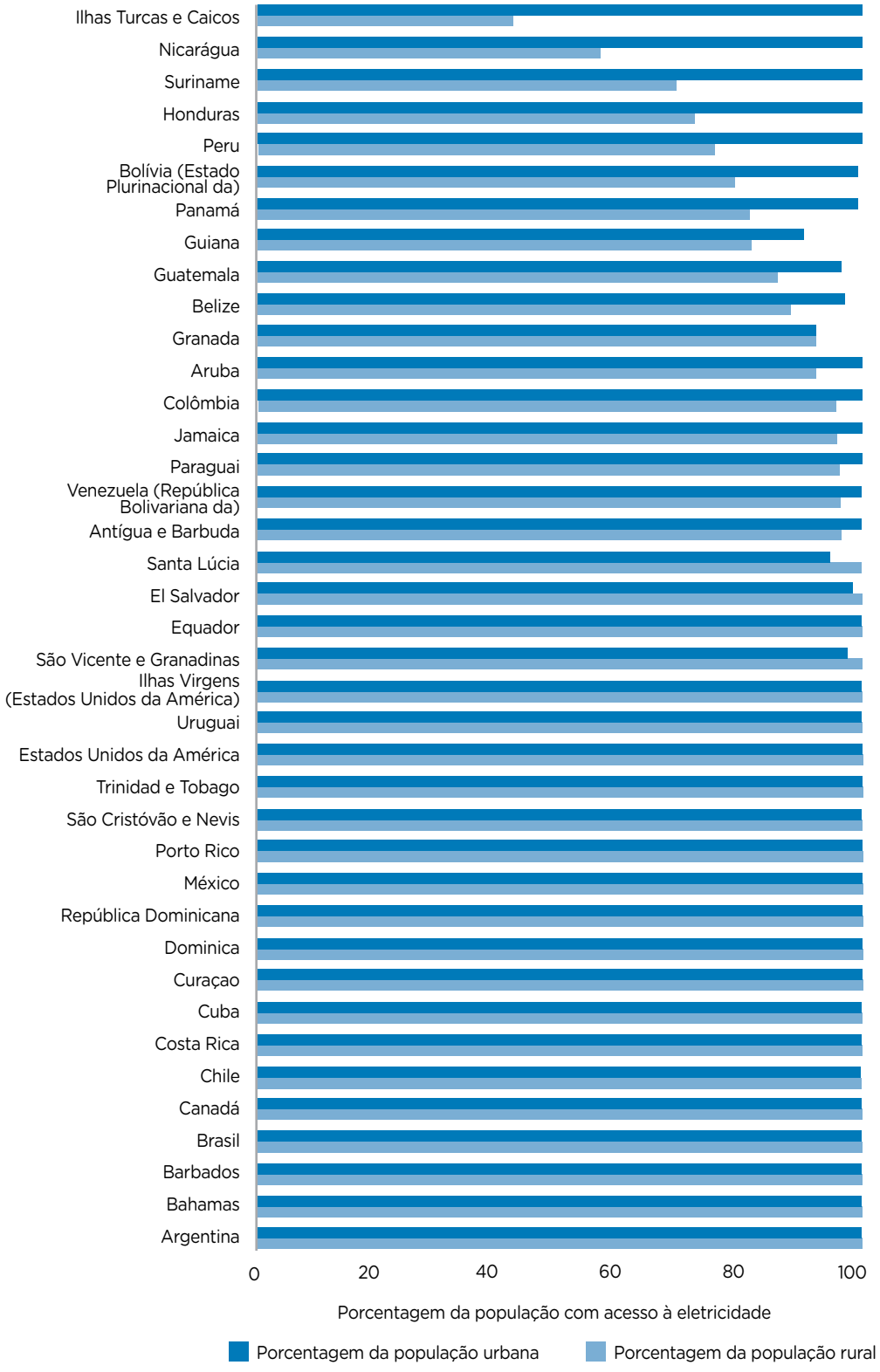
Acesso a eletricidade e internet

A proporção de famílias com acesso a eletricidade na zona urbana das Américas é alta, mas em alguns países o acesso a eletricidade nas zonas rurais permanece relativamente baixo, como mostra a Figura 4.75.

O uso da internet é cada vez mais considerado um serviço essencial e a falta de acesso resulta em

Figura 4.75.

Porcentagem de moradias rurais e urbanas com acesso à eletricidade nos países das Américas, 2016



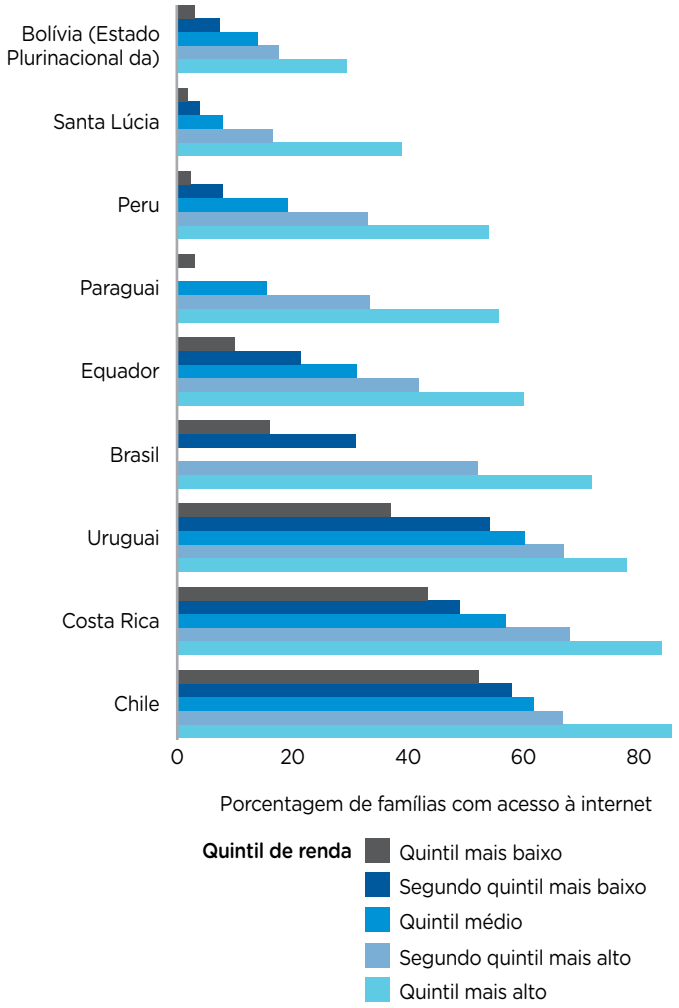
Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

iniquidades quando não tem acesso a serviços, conexões sociais, oportunidades de emprego e outros fatores importantes para se ter uma boa saúde. Entre os países da região, há grandes diferenças no acesso. Por exemplo, em Aruba, Bermudas e Cana já mais de 90 por cento da população usava a internet em 2016, em contraste com o Haiti, onde somente 12 por cento da população o fazia *(299)*.

A Figura 7.6 mostra a proporção de famílias com acesso a internet por quintil de renda em relação a 2011 e 2015. Em todos os países mostrados, há um claro gradiente de renda no acesso à internet.

O Pew Research Center ressaltou as desigualdades no acesso a tecnologias da informação e concluiu que em 216, aproximadamente 50 por cento das famílias nos Estados Unidos da América com renda anual abaixo de US$ 30.000 não tinha acesso a internet banda larga em casa e aproximadamente um terço não tinha smartphone *(300)*. No Canadá, 58 por cento das famílias de baixa renda não tinha acesso à internet em 2012 *(301)*.

Figura 4.76.
Porcentagem de famílias com acesso à internet, de acordo com o quintil de renda, nos países da América Latina e do Caribe com dados comparáveis disponíveis, 2015



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. State of broadband in Latin America and the Caribbean. Santiago: CEPAL; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/43670-state-broadband-latin-america-and-caribbean-2017

Exemplos de políticas e programas para melhorar os padrões ambientais

Projetos de Água Potável Indígena, Ontário, Canadá, 2016. A Secretaria de Projetos de Água Potável Indígenas fornece apoio técnico e de engenharia para sistema de água potável de reservas e, a pedido das comunidades das primeiras Nações e dos Conselhos dos Povos[1], se compromete com avaliações técnicas de sistemas de água potável existentes, incluindo amostragem de qualidade da água, fornece aconselhamento e apoio técnico para melhorar a qualidade da água e fazer projetos de manutenção, apoia o desenvolvimento de planos de operações e negócios de manutenção sustentáveis para os sistemas de água potável, avalia e apoia treinamentos e certificações de operadores de sistemas de águas e fornece aconselhamento e apoio para planejamento de bacias e proteção de fontes.

Programa Água Segura CDC, Estados Unidos da América. Este programa tem como objetivo reduzir as ameaças ambientais aos sistemas aquáticos e a exposição das pessoas a poluentes da água. O programa fornece experiência e recursos para a investigação das causas ambientais de surtos de doenças transmitidas pela água, responde à contaminação tóxica e desastres naturais que afetam a água potável, avalia a exposição em fontes de água potável irregulares e fornece guias, ferramentas e treinamentos.[2]

Programa Adjunto para o Estabelecimento de Gerência Eficiente e Democrática da Água e do Saneamento no México, 2008–2012. O Programa Adjunto para melhorar a gerência integrada da água em zonas rurais e periurbana do México a fim de ajudar a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) no que diz respeito a água e saneamento básico e de encorajar a sustentabilidade e a igualdade de gêneros. Ele levou a uma governança, transparência e participação mais democráticas quanto à água, assim como à participação da sociedade civil com ênfase particular na das mulheres. O programa teve como foco as populações de três estados do sul do país caracterizadas por altos níveis de privações sociais e econômicas e onde vive uma proporção significativa de indígenas. Alguns dos sistemas aquáticos tornaram-se microempreendimentos locais. Em Sitalá, no estado de Chiapas, o sistema aquático é gerenciado e operado por um grupo de parteiras.[3]

Agua Limpia, Peru. Esta ONG, fundada em 2007, e seus resultados ajudaram mais de 25.000 pessoas em zonas periurbanas nos últimos anos a tomar empréstimos para melhorar o saneamento básico. Anteriormente a este programa, várias famílias não podiam pagar as conexões de redes de esgoto. O Agua Limpia trabalhou junto a instituições peruanas de microfinanciamento (IPM) a fim de fazer projetos de empréstimos para saneamento com foco nas famílias que mostravam interesse em melhorar o saneamento básico em suas casas, mas que não contavam com meios para fazê-lo sem o acesso ao crédito. O Agua Limpia ajudou a identificar uma barreira chave nos serviços de saneamento — o financiamento doméstico.[4]

Projeto de Eletrificação Rural (PER), Peru. O PER foi idealizado para expandir o serviço de fornecimento de eletricidade para áreas remotas e promover os usos produtivos da eletricidade sustentável de atividades agrícolas, comerciais e industriais em zonas rurais a fim de ajudar a diminuir a pobreza no Peru. Em 2005, a cobertura da eletricidade no Peru era de 30 por cento, mas em 2013 a taxa era de 75 por cento.[5]

Modelo Holístico de Serviço de Saneamento Básico, Haiti. O negócio com orientação social Sustainable Organic International Livelihoods (SOIL) no Haiti deu início a modelos inovadores de negócios de saneamento básico que buscam responder a lares de renda mais baixa e tradicionalmente com serviços insuficientes nas zonas urbana e periurbana. O foco é a infraestrutura de saneamento básico (como peças sanitárias e banheiros) e o transporte e tratamento de resíduos domésticos. Tem como base um modelo de saneamento

Fontes: [1] Ontario. Working with First Nations to improve drinking water [Internet]; [citado em 18 de dezembro 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ontario.ca/page/working-first-nations-improve-drinking-water
[2] U.S. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health. CDC's Safe Water Program [Internet]; [citado em 18 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.cdc.gov/nceh/information/safe_water_programs.htm
[3] ONU Mulheres. Mexico: gender mainstreaming to establish effective and democratic water and sanitation management [Internet]; [citado em 13 de dezembro 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.unwomen.org/mdgf/downloads/MDG-F_Mexico_C.pdf
[4] Sparkman D, Sturzenegger G. Fostering water and sanitation markets in Latin America and the Caribbean: low-income populations. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2016. Disponível (em inglês) em: https://publications.iadb.org/en/fostering-water-and-sanitation-markets-latin-america-and-caribbean-how-public-sector-can-support
[5] Banco Mundial. Peru: rural electrification project. Independent evaluation group, project performance assessment report 117145. Washington, D.C.: Banco Mundial; 30 de junho de 2017. Disponível (em inglês) em: https://ieg.worldbankgroup.org/sites/default/files/Data/reports/ppar-perururalelectrification-09012017.pdf

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas para melhorar os padrões ambientais *(continuação)*

ecológico alugado ou consignado às famílias. Elas pagam uma taxa regular de serviço que cobre a coleta periódica dos resíduos de suas casas. Os resíduos são então decompostos, higienizados e vendidos com finalidade agrícola.[4]

Programa Educacional Enlaces, Chile, 1992. Seu objetivo é melhorar o acesso à tecnologia da informação em escolas públicas a fim de reduzir o hiato entre os serviços de tecnologia oferecidos a alunos de escolas públicas e particulares. Através dessa iniciativa, em 2008, ao menos 87 por cento das escolas do país tiveram acesso à tecnologia da informação e comunicação.[6]

Conectar Igualdad, Argentina, 2010. O objetivo deste programa era melhorar a educação pública a fim de diminuir os hiatos digital, educacional e social entre a educação pública e a particular. O programa forneceu *netbooks* para todos os alunos e professores das escolas secundárias e promoveu seu uso em casa como forma de causar certo impacto na vida diária das famílias e comunidades. Em julho de 2015, cinco milhões de computadores haviam sido fornecidos e mais de 1.428 laboratórios foram estabelecidos em todo o país.[6]

Fontes: [6] Sharma A, Arese Lucini B. Connected society: digital inclusion in Latin America and the Caribbean [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2015/02/Connected-Society-Digital-inclusion-in-Latin-America-and-the-Caribbean-1.pdf

Poluição de ar, Cidade do México, México

Exemplos de políticas e programas para melhorar a qualidade do ar

Programa de Gerenciamento de Qualidade do Ar, Jamaica. Este programa, que foi realizado de 2010 a 2016, tinha como objetivo não apenas melhorar a qualidade do ar no meio ambiente mas também oferecer proteção à saúde humana.[1] Suas metas eram proteger o bem-estar e a saúde pública, evitar a degradação da qualidade do ar nas áreas não poluídas do país, controlar a emissão de gases do efeito estuda e poluentes prioritários e fornecer dados e informações para guiar o desenvolvimento de políticas e as decisões a adotar.[2]

Fortalecendo o Papel do Programa Ambiental das Nações Unidas para a Promoção da Qualidade do Ar. Em junho de 2014, a Assembleia das Nações Unidas para o Meio Ambiente (UNEA) adotou a resolução 1/7 Fortalecendo o Papel do Programa Ambiental das Nações Unidas na Promoção da Qualidade do Ar. A UNEA preparou relatórios de algumas das maiores ações realizadas no Caribe para melhorar qualidade do ar. Elas incluem o estabelecimento de incentivos para a promoção de investimentos em energia renovável, tecnologias de controle da poluição, eficiência energética e mecanismos de produção limpa, o aumento da eficiência energética industrial e o arrocho de padrões de emissão por veículos, assim como o aumento dos investimentos em sistemas e infraestrutura de transportes públicos e não motorizados. Quanto à poluição do meio ambiente, as ações incluem melhorar o acesso a combustíveis mais limpos para aquecimento e uso na cozinha, bem como a fogões/ aquecedores mais limpos e eficientes.[3]

Programa para melhorar a qualidade do ar da Cidade do México — ProAire. O atual programa ProAire IV (2011–2020) tem 81 medidas e 116 ações em todos os nove temas: redução transetorial do consumo de energia, energia mais limpa e eficiente, promoção do transporte público e da regulamentação do consumo de combustíveis, mudanças de tecnologia e controle de emissões, educação ambiental e sustentabilidade, participação cultural e cidadã, áreas verdes e reflorestamento, pesquisa científica e capacitação institucional e fortalecimento da proteção à saúde. As iniciativas específicas incluem padrões da qualidade do combustível, um programa para o "dia sem carro", renovação da frota de ônibus, expansão do metrô e do compartilhamento de bicicletas e modernização do sistema de monitoramento do ar. Os objetivos do projeto são melhorar a qualidade do ar e reduzir os níveis de concentração de ozônio, diminuir os riscos à saúde dos poluentes do ar e cortar emissões de gases do efeito estufa.[4]

Lei do Ar Limpo, Estados Unidos da América. A Lei do Ar Limpo entrou em vigor em 1970. Seu programa reduziu os níveis de seis poluentes comuns — partículas, ozônio, chumbo, monóxido de carbono, dióxido de nitrogênio e dióxido de enxofre — assim como outros poluentes tóxicos. De 1970 a 2017, as emissões agregadas nacionais destes poluentes caíram em média 73 por cento, enquanto o BIP cresceu em 324 por cento. Entre 1990 e 2017, as concentrações nacionais de poluentes do ar melhoraram 80 por cento em relação ao chumbo, 77 por cento em relação ao monóxido de carbono, 88 por cento em relação ao dióxido de enxofre, 56 por cento em relação ao dióxido de nitrogênio e 22 por cento em relação ao ozônio. Um motivo chave é o maior padrões de emissões de novos veículos.[5]

Fontes: [1] The Jamaica Environment Trust. Commonwealth Foundation. Review of the legal and policy framework for air and water quality in the Island of Jamaica [Internet]; Agosto de 2016 [citado em 20 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.jamentrust.org/publications/law-advocacy-publications/?&SingleProduct=209
[2] The National Environment and Planning Agency. Jamaica Air Quality Management Programme [Internet]; 2010 [citado em 20 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://nepa.gov.jm/new/services_products/subsites/air_quality/docs/jamaica_air_quality_management_programme.pdf
[3] Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente. Actions taken by governments to improve air quality [Internet]; [citado em 20 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/20244/Caribbean_report.pdf?amp%3BisAllowed=&sequence=1
[4] Climate Interactive. Mexico. Program to improve air quality in Mexico City — PROAIRE [Internet]; [citado em 19 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://img.climateinteractive.org/wp-content/uploads/2018/01/Proaire.pdf
[5] Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos da América. Clean Air Act overview. Progress cleaning the air and improving people's health [Internet]; [citado em 19 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.epa.gov/clean-air-act-overview/progress-cleaning-air-and-improving-peoples-health#pollution

POLUIÇÃO DO AR

A poluição do ar ambiente ou livre é uma grande causa de mortes e doenças na região. A mortalidade por idade atribuída à poluição do ar ambiente ou livre em 2016 na América Latina e no Caribe era de 39 a cada 100.000 pessoas e na América do Norte (Canadá e Estados Unidos da América), 13 a cada 100.000 *(1)*.

Além da poluição do ar livre, a fumaça em ambientes fechados impõe um sério risco à saúde para as pessoas que cozinham e aquecem sua casa com carvão ou combustíveis de biomassa. Em relação à América Latina e o Caribe como um todo, a biomassa, especialmente a lenha usada para cozinhar, continua a ser responsável por mais de um terço do consumo total de energia *(302)*.

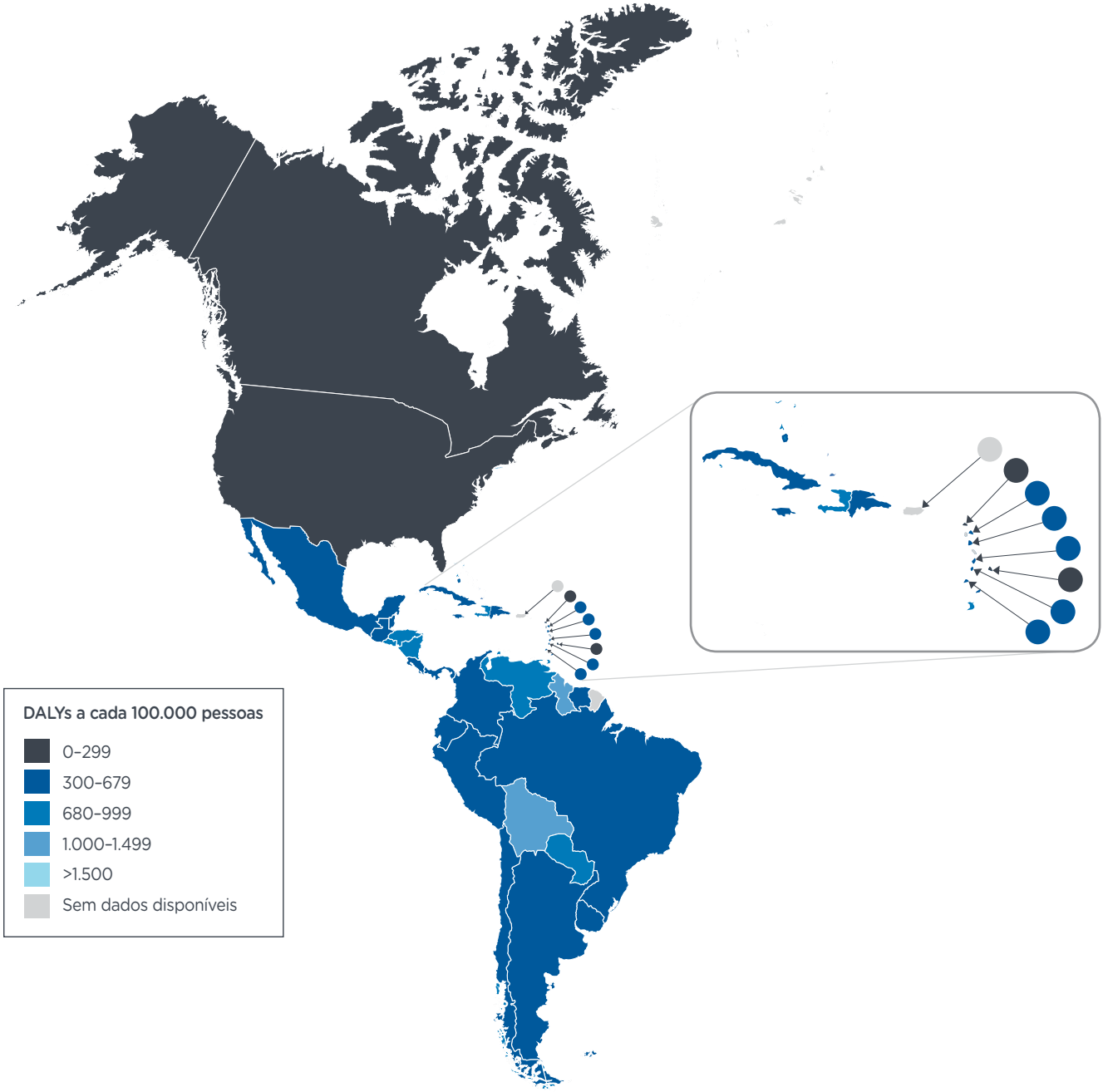
A poluição do ar nas Américas causa até 93.000 mortes por doenças cardiopulmonares, 13.000 mortes por câncer de pulmão e 58.000 anos de vida perdida devido a infecções respiratórias agudas em crianças com menos de 4 anos anualmente *(303)*. A proporção de pessoas expostas a níveis que excedem as diretrizes da OMS para material particulado fino na América Latina e no Caribe era de 90 por cento em 2016 e aproximadamente 41 por cento no Canadá e nos Estados Unidos da América *(304)*. O progresso na redução da poluição do ar nos Estados Unidos da América parece ter diminuído e continua a piorar em algumas áreas na América Latina e no Caribe *(305)*.

Em toda a região, há grandes diferenças entre os países quanto aos anos de vida ajustados por incapacidade (*DALYs*) atribuídos à poluição do ar ambiente, como mostrado na Figura 4.77.

Estudos nessa região mostraram que a exposição à poluição do ar está distribuída de forma desigual: as comunidades mais pobres sofrem mais, particularmente as crianças *(306, 307)*.

Figura 4.77.

Anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) a cada 100.000 pessoas atribuídos à poluição do ar na Região das Américas, 2012



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Genebra: OMS; 2016. Disponível (em inglês) em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250141/9789241511353-eng.pdf?sequence=1

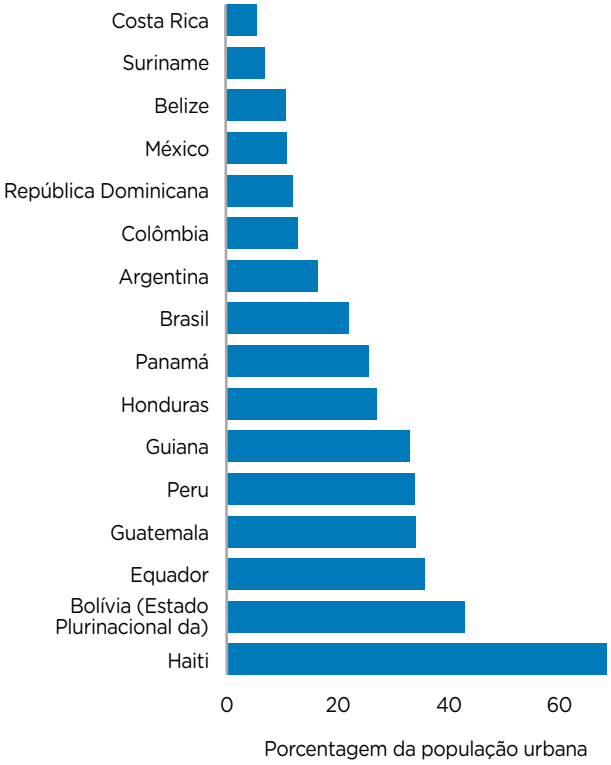
9C. GARANTIR A SEGURANÇA DA POSSE EM ASSENTAMENTOS INFORMAIS E OUTROS AMBIENTES

Em toda a América Latina e o Caribe ainda há elevado número de pessoas vivendo sem nenhum tipo de segurança de posse, quer em favelas ou zonas rurais, embora as taxas tenham melhorado em muitos países.

A proporção da população urbana que vive em favelas na América Latina e no Caribe diminuiu de 35 por cento em 1990 para 20 por cento em 2014, mas seguia havendo desigualdades ainda maiores entre os países. Em 2014, aproximadamente 70 por cento da população urbana no Haiti vivia em favelas — a taxa mais alta das Américas *(1)*. Isto entra em enorme contraste com os 7 por cento do Suriname e os 6 por cento da Costa Rica, como mostrado na Figura 4.78 *(1)*.

As pessoas que vivem em assentamentos informais estão expostas a doenças transmissíveis devido a condições de vida confinada e moradias precárias, que aumentam os surtos de doenças transmissíveis e vetoriais, como a tuberculose, hepatite, dengue, pneumonia, cólera e malária. A falta de água segura e saneamento básico contribuem para a alta recorrência de diarreias dentro das favelas *(1)*. As zonas de assentamento informal são geralmente deixadas de fora das principais redes municipais de acesso a serviços de atenção à saúde e o desenvolvimento urbano não planejado aumenta os riscos de doenças não transmissíveis relacionadas à poluição do ar ambiente e livre. As pessoas que vivem em assentamentos informais também são mais expostas à violência e a lesões no tráfego e têm níveis mais baixos de atividade física do que aqueles em assentamentos formais *(10)*. Os afrodescendentes têm duas vezes mais probabilidade de viver em favelas do que os indivíduos que não o são *(308)*.

Figura 4.78.
Porcentagem da população urbana que vive em favelas nos países das Américas com dados disponíveis, 2014



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Os assentamentos urbanos informais ou favelas têm pouco reconhecimento oficial e limitação quanto a serviços e infraestrutura. É difícil para seus residentes mudar-se, vender suas casas ou acessar proteção social. Eles também enfrentam o risco de evasão devido à falta de títulos de posse de imóveis que certifiquem seus direitos probabilidade *(308)*. A formalização da posse e a outorga de títulos imobiliários é um passo importante na melhoria das condições de assentamentos informais e no acesso dos residentes a serviços, educação, proteção social e emprego *(309)*.

© iStock

Favela Santa Marta, Rio de Janeiro, Brasil

Exemplos de políticas e programas para melhorar as condições das favelas

Outorga de títulos imobiliários, Argentina. Foi feita uma avaliação em Buenos Aires em 2010 em relação aos ocupantes a quem tinham sido outorgados títulos imobiliários em 1984. As famílias que receberam um título tinham substancialmente aumentado os investimentos domésticos e um índice de qualidade de moradia subiu em 37 por cento. A outorga também reduziu o tamanho das famílias para uma média de 5,11 membros e comparação com os 6,06 membros das famílias que ainda viviam sem os títulos. As crianças de famílias beneficiadas mostraram sucesso escolar significativamente maior, com uma média de 0,69 mais anos de escolarização e uma taxa de conclusão da educação secundária duas vezes maior (53 por cento *versus* 26 por cento).[1]

Outorga de títulos imobiliários, Peru. No Peru, aproximadamente 1,2 milhão de títulos imobiliários foram outorgados a famílias que viviam em terras públicas nas zonas urbanas entre 1996 e 2003. O fortalecimento dos direitos à propriedade em favelas teve um efeito significativo nos investimentos residenciais, com a taxa de reformas subindo para mais de dois terços do nível de base. A outorga de títulos imobiliários também aumentou o emprego, devido à menor necessidade de ter de permenecer em casa a fim de garantir moradia informal.[2]

Programa Favela-Bairro, Brasil. Operando de 1996 a 2008, este programa melhorou de forma significativa as moradias e o ambiente das favelas, com várias obras: fornecimento de água e saneamento, nas ruas, iluminação pública e outras melhorias urbanas. Os investimentos foram concentrados na melhoria da acessibilidade através da abertura de novas estradas e caminhos, pavimentação de ruas e expansão do fornecimento de água, serviços de esgoto e drenagem nas moradias. Foram feitos também investimentos em creches, unidades de atenção primaria à saúde e áreas de recreação e esportes. As famílias que viviam em áreas de alto risco foram realocadas em áreas mais seguras dentro da favela. Em sua terceira fase, o programa foi expandido para incluir melhorias nas moradias, geração de renda, prevenção de crimes, capacitação profissional de jovens e adultos e eficiência energética. A fim de conter a expansão dos assentamentos no futuro, um sistema geográfico de informações e um sistema de monitoramento por fotografia aérea foram desenvolvidos, o serviço formal de ruas foi implementado e as cercanias das favelas foram demarcadas pelo reflorestamento da vegetação original.[3]

As favelas incluídas no programa viveram um aumento significativo na disponibilidade de todos os serviços. O abastecimento de água chegou a 81 por cento nas favelas que participaram do programa, em comparação com 55 por cento em outras fora do programa. O Favela-Bairro II aumentou a incidência de posse formal em 3 por cento em comparação com as comunidades fora do programa e também aumentou o número de meios informais de documentação de posse, como contratos de venda, um fator crítico para o sucesso do programa, que teve um grande impacto na percepção de quanto as casas dos moradores valiam a pena. O programa também teve um impacto pequeno, ainda que significativo, na frequência escolar, além de ter levado a um aumento na frequência das creches no fato de as rendas domésticas terem aumentado em 15 por cento.[4]

Alguns dos fatores críticos para o sucesso do programa foram sua abordagem multisetorial, a capacidade técnica e fortemente institucional do governo local e o envolvimento ativo dos moradores das favelas. Mais recentemente, as medidas a fim de conter o crime e a violência, como as unidades de polícia pacificadora, ajudaram a melhorar a segurança nas comunidades, reduzir a violência e criar melhores condições para que os negócios locais florescessem.[3]

Fontes: [1] Jaitman L. Urban infrastructure in Latin America and the Caribbean: public policy priorities. Latin Amer Econ Rev. 2015;24(1):13.
[2] Galiani S. Land property rights and resource allocation. J Law Econ. 2011;54(S4):S329–S345.
[3] Lonardoni F. From mass public housing to a twin-track approach. In: Magalhães F, editor. Slum upgrading and housing in Latin America. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2016: 31–59. Disponível (em inglês) em: https://publications.iadb.org/en/publication/12558/slum-upgrading-and-housing-latin-america
[4] Banco Interamericano de Desenvolvimento. Development effectiveness overview 2010. Washington, D.C: IDB; 2011. Disponível (em inglês) em: https://publications.iadb.org/en/publication/development-effectiveness-overview-deo-2010

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas para melhorar as condições das favelas *(continuação)*

Programa Municipal de Regularização de Favelas [PROFAVELA] e Plano de Regularização e Urbanização de Zonas Especiais de Interesse Social [PREZEIS], Brasil. Estas iniciativas dos governos municipais foram projetadas para garantir a segurança da posse e para melhorar a vida dos moradores de favelas. Criado no início dos anos 80, os programas responderam às demandas crescentes dos movimentos sociais. Ambos os programas se basearam no princípio de reconhecimento e regularização de áreas de favela dentro das leis de zoneamento. Isto permitiu a declaração de zonas especiais de interesse social onde os padrões de construção para melhorias eram mais flexíveis e apropriados às condições das favelas. Em 2002, o programa tinha emitido aproximadamente 9.500 títulos imobiliários, beneficiando mais de 13.000 famílias.[3]

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Resoluções OPAS

Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana (CD51.R4 [2011])

Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (CSP29.R2 [2017])

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 3. Assegurar vida saudável e promover o bem-estar de todos em qualquer idade.

Objectif 5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.

Objetivo 6. Assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável da água e saneamento para todos

Objetivo 7. Assegurar o acesso confiável, moderno e a preço acessível a todos

Objetivo 9. Construir Infraestruturas resilientes, promover a industrialização sustentável e inclusiva e fomentar a inovação

Objetivo 10. Reduzir a desigualdade dentro e entre os países

Objetivo 11. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis

RECOMENDAÇÃO 10.
SISTEMAS DE SAÚDE IGUALITÁRIOS

A Comissão da Equidade da OPAS tem como foco os determinantes sociais de saúde nas Américas, mas os sistemas de saúde também são cruciais para uma maior equidade nesta área. A atenção universal à saúde fomenta a equidade através do fornecimento de serviços de atenção à saúde acessíveis que incluam o tratamento eficiente de doenças e serviços e vacinações que possam preveni-las.

Os serviços de saúde, incluindo as organizações de atenção à saúde e os profissionais de saúde, também podem fomentar a equidade em saúde através da ação sobre os determinantes sociais de saúde. Esta ação trataria as causas de doenças através do trabalho com indivíduos e através do apoio à equidade em políticas e intervenções nos níveis comunitário, nacional e internacional. Em toda a região, há um escopo significativo para que os sistemas de atenção à saúde aumentem sua perspectiva da saúde e trabalhem com parceiros de outros setores a fim de apoiar melhorias nos determinantes sociais. Atualmente, na maioria dos sistemas de atenção à saúde, esta perspectiva é mal desenvolvida.

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
10A. Desenvolver sistemas de saúde universais e assegurar o acesso à atenção à saúde independentemente da possibilidade de pagar por ela	• Seguir as recomendações e diretrizes da OMS para o cuidado universal com a saúde e assegurar o cumprimento do direito aos melhores padrões de saúde, como reconhecido pelo direito internacional de direitos humanos • Alcançar o ODS 3.8 através do fornecimento da atenção universal à saúde, incluindo a proteção ao risco financeiro, assim como o acesso a medicamentos e vacinas seguros, eficientes, acessíveis e de qualidade para todos
10B. Os sistemas de saúde deveriam focar a proteção e a melhoria da saúde mental e física, cumprindo as funções essenciais da saúde pública	• A saúde pública e os sistemas públicos de saúde devem trabalhar juntamente com outros setores, incluindo as comunidades, para assegurar as intervenções realizadas para melhorar as condições da vida diária • Estabelecer avaliações de desempenho de sistemas de saúde nas 11 funções da saúde pública desenvolvidas pela OPAS *(310)* • Os sistemas universais de saúde devem monitorar as desigualdades no acesso e nos resultados — com base no direito à saúde — e objetivar a eliminação e não exacerbar as desigualdades em saúde
10C. Os sistemas de saúde deveriam focar fatores sociais e econômicos de comportamentos relacionados à saúde, saúde menta e suicídio	• Os sistemas de saúde devem criar uma compreensão pública e sistemática de que os comportamentos e a saúde mental são influenciados por fatores estruturais e condições da vida diária • Os profissionais da saúde devem trabalhar como defensores locais e em nível nacional da melhoria das condições individuais e das comunidades, fornecendo tratamentos para pacientes • Incluir na educação e capacitação dos professionais em saúde a forma de compreender e realizar ações sobre determinantes sociais e como apoiar pacientes a fim de que melhorem suas condições de vida diária

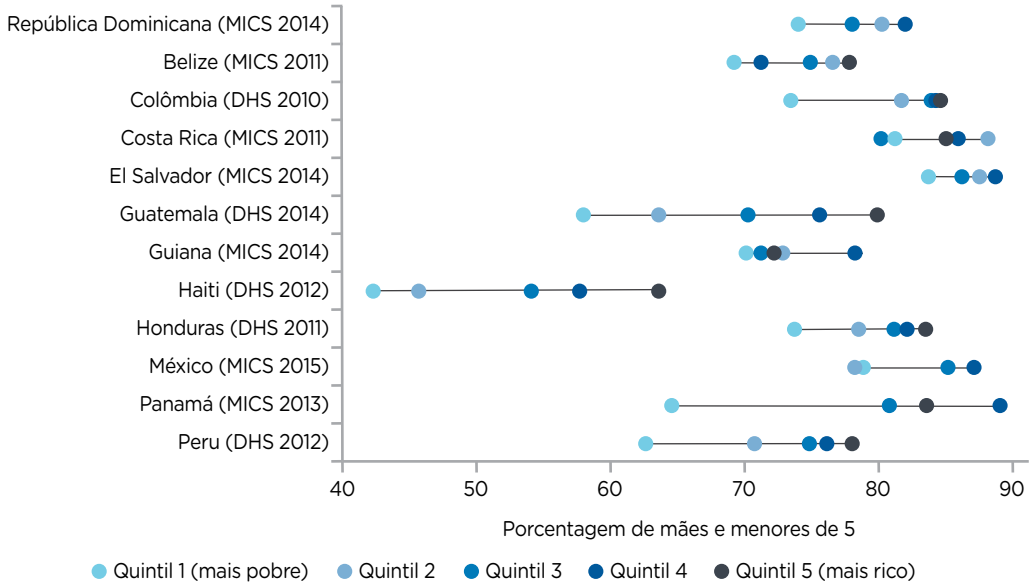
10A. DESENVOLVER SISTEMAS DE SAÚDE UNIVERSAIS E ASSEGURAR O ACESSO À ATENÇÃO EM SAÚDE INDEPENDENTEMENTE DA POSSIBILIDADE DE PAGAR POR ELA

A cobertura universal da saúde é um componente-chave do direito à saúde e um pré-requisito para a equidade em saúde. Em todas as Américas, há altos níveis de desigualdades étnicas e socioeconômicas no acesso à saúde como resultado dos custos dos serviços, discriminação e exclusão de alguns grupos de pessoas, inadequação de certos tipos de serviço, e, em alguns países, níveis altamente inadequados de oferta, particularmente em zonas rurais e assentamentos informais *(29)*.

Algumas destas desigualdades no acesso foram descritas nas seções anteriores, particularmente na recomendação 4, em termos de acesso à contracepção e serviços maternos e neonatais. Os dados adicionais aqui apresentados mostram as desigualdades que em grande medida têm a ver com

Homens e Mulheres de todas as idades usando equipamentos públicos de exercícios, Praia de Copacabana, Rio de Janeiro, Brasil

Figura 4.79.
Índice de saúde reprodutiva, materna, de recém-nascidos e crianças, de acordo com quintis de renda, nos países da América Latina e do Caribe com dados comparáveis disponíveis, 2014 ou o ano mais recente possível



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): software para a exploração e comparação das iniquidades em saúde nos países, Edição com base de dados integrada. Versão 2.1. Genebra: OMS; 2018. Disponível (em inglês em): https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/index1.html

Nota: O índice cobre a demanda de planejamento familiar satisfeita (métodos modernos), cobertura de atenção pré-natal (ao menos quatro consultas), partos realizados por pessoal da área de saúde, cobertura da imunização BCG (contra tuberculose) entre crianças de 1 ano, cobertura da imunização contra sarampo entre crianças de 1 ano, cobertura da imunização DTP3 (contra difteria, tétano e coqueluche) entre crianças de 1 ano, menores de 5 anos com diarreia que recebam terapia de reidratação e alimentação contínua e menores de 5 anos com sintomas de pneumonia que são levados a uma unidade hospitalar.

DHS = pesquisas demográficas e de saúde; MICS = pesquisa por agrupamento de indicadores múltiplos.

a etnia, local de residência e situação socioeconômica no acesso ou uso de uma gama de serviços básicos de atenção à saúde e tratamentos contínuos.

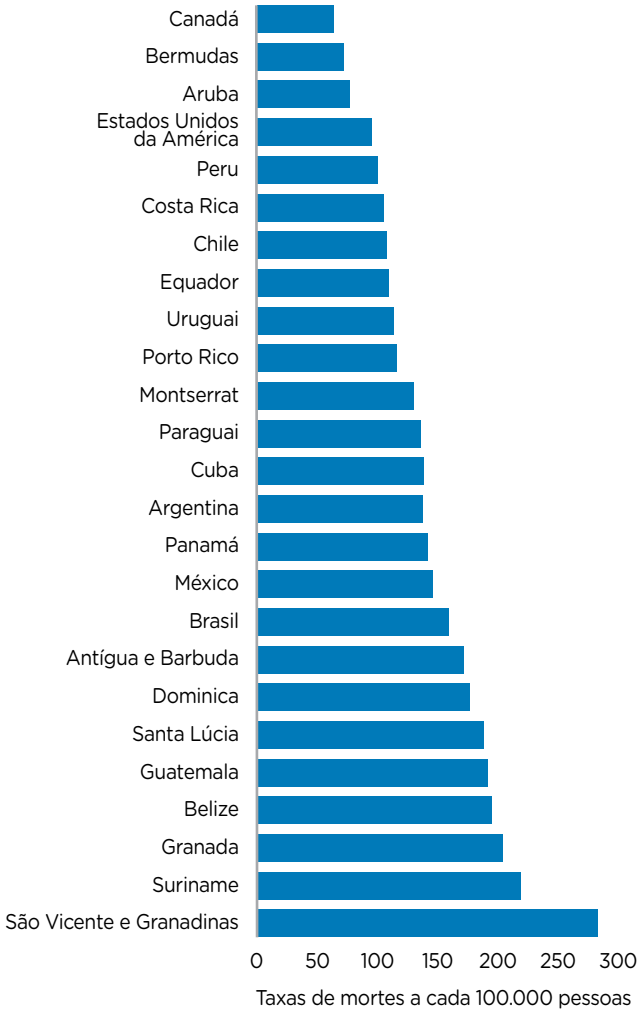
O índice composto de cobertura de saúde infantil e reprodutiva foi desenvolvido pelo Centro Internacional de Equidade em Saúde, com sede em Pelotas, Brasil. O índice descreve a cobertura de oito intervenções em saúde reprodutiva, materna, de recém-nascidos e infantil (descrita na nota abaixo da figura). A cobertura está relacionada com a situação socioeconômica dos países listados na Figura 4.79 *(311–313)*. Em alguns países, há desigualdades significativas, mas em outros, incluindo a Costa Rica, a República Dominicana e El Salvador, as taxas de cobertura geral são altas e as desigualdades, baixas.

As avaliações mostram que ainda que a cobertura universal de saúde seja uma ambição e prioridade clara, ainda há muitas mortes em toda a região — inclusive no país com maior renda, os Estados Unidos da América — que poderiam ser evitadas através de melhorias no acesso à atenção a uma saúde de qualidade (Figuras 4.80, 4.81). As taxas de mortalidade ainda são altas em alguns países do Caribe.

A acessibilidade da atenção em saúde é uma dimensão-chave da determinação do acesso à atenção em saúde, incluindo serviços de prevenção e tratamento. Na região, despesas com atenção em saúde pagas do próprio bolso são altas em comparação com outras regiões do mundo. De acordo com dados do Banco Mundial de 2017, 15 por cento da população da América Latina e do Caribe (88,3 milhões de pessoas) gastaram pelo menos 10 por cento de seu orçamento familiar com saúde, enquanto 2,5 por cento da população (15 milhões de pessoas) gastaram ao menos 25 por cento *(314)*.

A proporção de pessoas na América Latina e no Caribe sujeitas a gastos com cuidados cirúrgicos — definidos como pagamentos do próprio bolso por

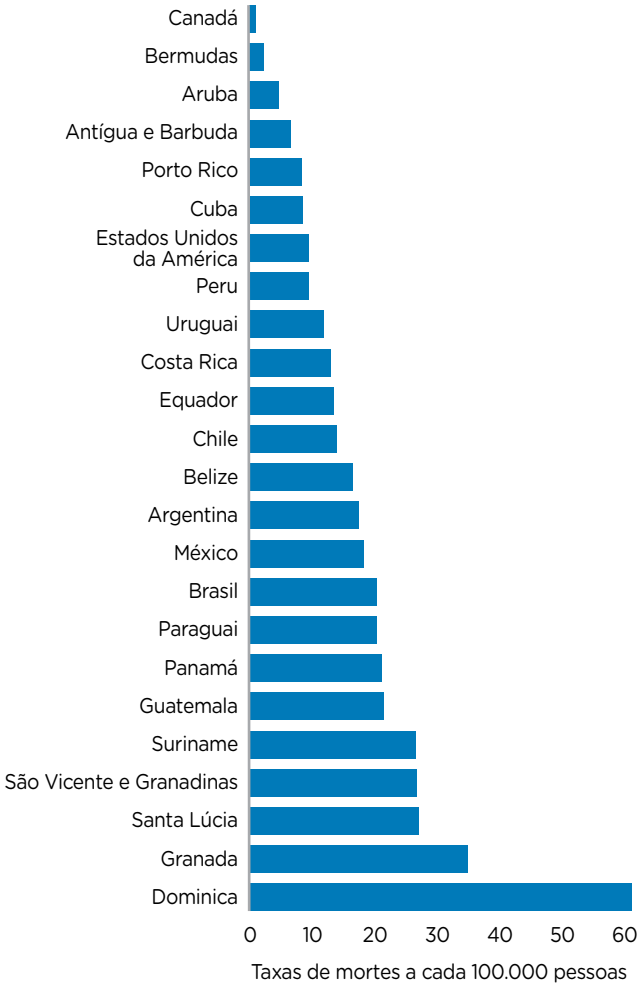
Figura 4.80.
Taxas de mortes ajustadas por idade consideradas evitáveis por atenção em saúde em alguns países das Américas, 2014



Fonte: Organização Panamericana da Saúde. Plataforma de Informação em Saúde nas Américas (PLISA). Principais Indicadores [Internet]; 2018 [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

Nota: Os dados do Canadá são de 2011.

Figura 4.81.
Taxas de mortes maternas e perinatais ajustadas por idade consideradas evitáveis por atenção à saúde em alguns países das Américas, 2014



Fonte: Organização Pan-americana da Saúde. Plataforma de Informação em Saúde nas Américas (PLISA). Principais Indicadores [Internet]; 2018 [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

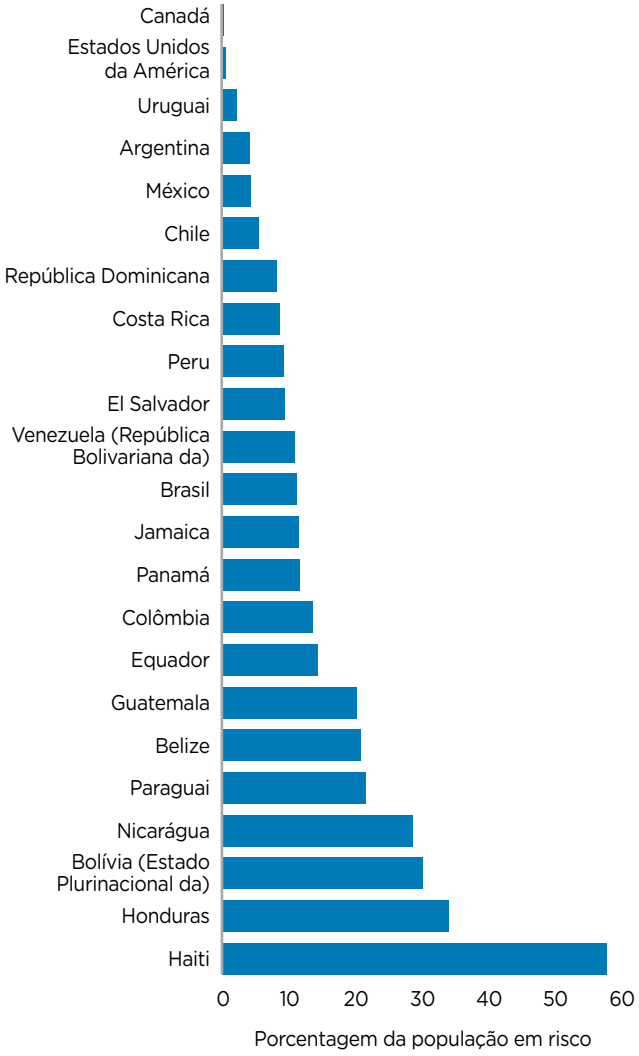
Nota: Mortes perinatais são mortes de fetos imediatamente antes ou depois do nascimento.

serviços de anestesia e cirurgia — maiores do que suas possibilidades diminuiu recentemente quase 20 por cento em 2003, mas segue em aproximadamente 11 por cento da população total na região *(1)*.

Em alguns países, a proporção das pessoas sob risco de empobrecimento como resultado de gastos com cuidados cirúrgicos é muito maior do que a média de 11 por cento da região (Figura 4.82) *(1)*. É claro que o risco de empobrecimento é muito maior para aqueles que já são pobres ou estão sob risco de empobrecer do que para as partes mais ricas da população.

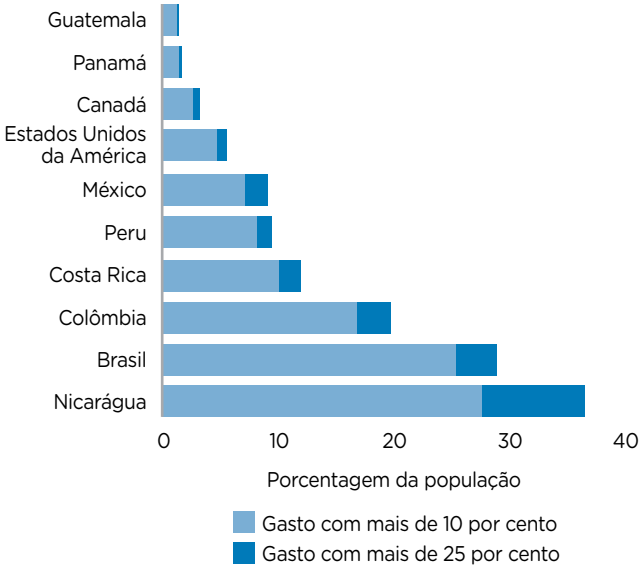
Ao examinar o impacto dos gastos com saúde sobre o bem-estar doméstico e a probabilidade de impacto no acesso e uso de serviços de saúde, os gastos do próprio bolso com saúde (ou pagamentos diretos) são um indicador importante. Este termo se refere ao pagamento pedido no

Figura 4.82.
Porcentagem da população sob risco de empobrecimento devido a gastos com cuidados cirúrgicos em países das Américas com dados comparáveis disponíveis, 2017



Fonte: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

Figura 4.83.
Porcentagem da população que gasta mais de 10 e 25 por cento da renda familiar com atenção à saúde paga do próprio bolso nos países das Américas com dados comparáveis, 2014 ou mais recente



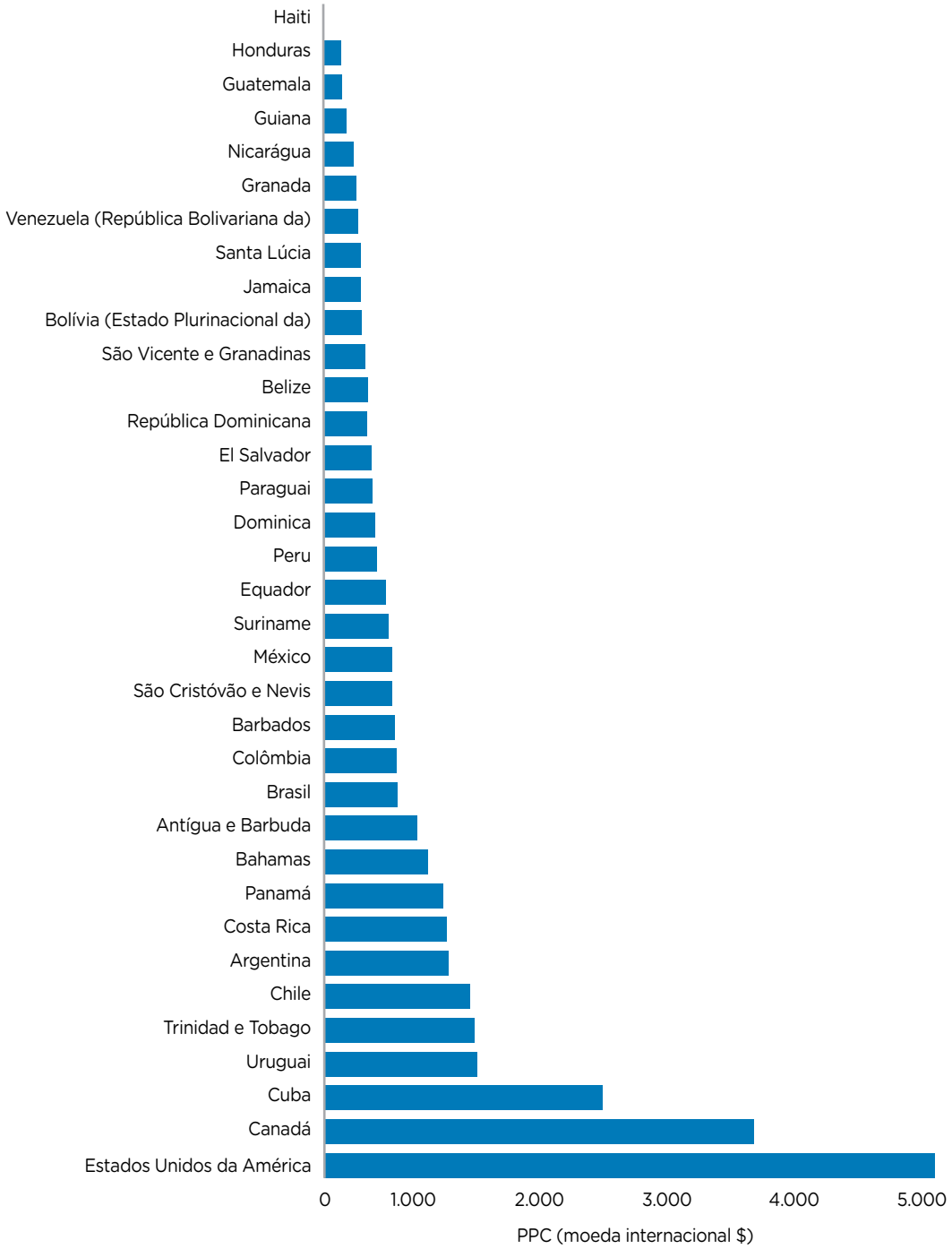
Fontes: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

momento do serviço e por quaisquer produtos de saúde necessários, após o desconto de qualquer reembolso subsequente. Os prêmios de seguros (ou qualquer outra forma de pagamento) não são considerados gastos do próprio bolso, assim como não o são os custos indiretos associados com o uso dos serviços (para transporte, alimentação, etc.) *(315)*. O indicador mais comumente usado para medir os custos com saúde tirados do próprio bolso em um país é a proporção de gastos totais com saúde que representa. Quanto maior a proporção, maior o número de famílias com chances de enfrentar dificuldades financeiras como resultado do usado dos serviços de saúde (Figura 4.83).

A Figura 4.84 mostra o gasto governamental com atenção à saúde na paridade de poder de compra. Especialmente notáveis são os altos níveis de gastos em atenção à saúde no Canadá e nos Estados Unidos da América.

A Figura 4.85 mostra que o nível de gastos com atenção à saúde tem alguma relação com a expectativa de vida ao nascer nos países das Américas. Entretanto, há uma variação considerável. Os Estados Unidos da América, por exemplo, gastam a porcentagem mais alta do BIP em atenção à saúde, mas têm uma expectativa de vida mais baixa do que a média dos outros países que gastam muito menos em proporção — incluindo Canadá, Chile e Costa Rica. Estas variações são esperadas porque, como este relatório apresenta, há muitos outros fatores envolvidos no estabelecimento da saúde e da expectativa de vida além do gasto com atenção à saúde.

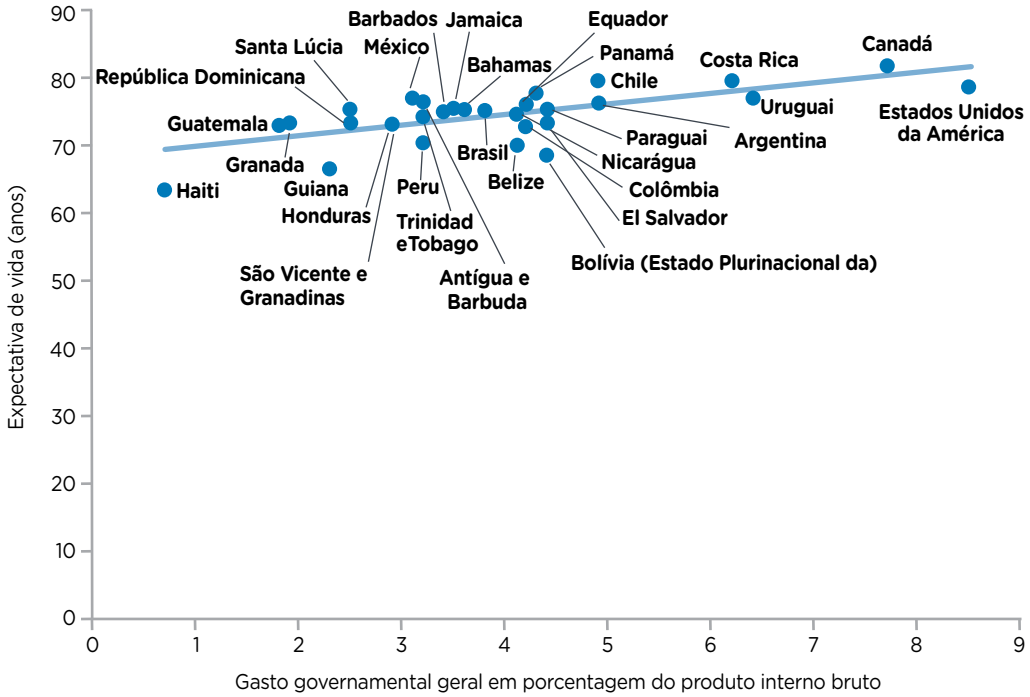
Figura 4.84.
Gasto per capita governamental com atenção à saúde em paridade do poder de compra (PPC) nos países das Américas, 2015



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Banco de Dados do Observatório de Saúde Global [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Figura 4.85.

Expectativa de vida de acordo com o gasto governamental geral em porcentagem do produto interno bruto nos países das Américas, 2015



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Banco de Dados do Observatório de Saúde Global [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Exemplos de políticas e programas para desenvolver sistemas universais de saúde e assegurar o acesso à atenção à saúde independentemente da capacidade para pagar

Equipes Básicas de Atenção Integral à Saúde, Costa Rica. Esta reforma da atenção à saúde de 1995 tinha como objetivo a extensão da cobertura e o fornecimento mais abrangente sem custos, incluindo a criação de equipes multidisciplinares de atenção primária à saúde para o gerenciamento abrangente e preventivo de doenças agudas e crônicas.[1] Antes da reforma, que expandiu a atenção primária à saúde por toda a Costa Rica, somente 25 por cento da população tinha acesso à atenção primária à saúde. Em 2006, esta proporção alcançou os 93 por cento.[2] Um estudo concluiu que em áreas nas quais as equipes EBAIS tinham sido implementadas, a proporão de pacientes com atenção insuficiente caiu em 13 por cento a mais do que nas áreas em que ainda não havia equipes EBAIS.[2] Em 2014, 72 por cento de todas as consultas médicas foram realizadas no nível primário de atenção à saúde.[1]

Serviço nacional de saúde, Brasil. A Constituição de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde passou a ser vista como um direito humano fundamental e seu fornecimento, um dever do Estado.[3] Entre 2000 e 2014, o gasto total com saúde aumentou de 7,0 para 8,3 por cento do BIP e o gasto per capita com saúde de US$ 263 para US$ 947. A expansão do SUS permitiu o crescimento de programas de saúde pública, como imunização, TB e HIV, assim como tratamentos médicos complexos. Entre 2000 e 2016, a cobertura familiar de saúde aumentou de 7,8 por cento para 58,5 por cento da população. Entretanto, uma grande variabilidade na qualidade e na produtividade dos serviços familiares de saúde em todo o país contribuiu para as desigualdades no acesso à atenção primária em saúde.[4] Embora tenha contribuído para grandes melhorias na saúde da população, mais da metade dos gastos em saúde ainda são privados.[3]

Estratégia Saúde da Família, Brasil. Desde 1994, agentes comunitários de saúde estiveram no centro da política de atenção primária no Brasil. A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo o provimento de atenção preventiva e básica usando equipes multidisciplinares, geralmente consistindo em um médico, um enfermeiro e por volta de seis agentes. Desde sua introdução, o Brasil registrou melhoras significativas na redução da iniquidade nessa área, o que os pesquisadores atribuíram ao programa. As melhoras incluem uma redução na mortalidade infantil e nas hospitalizações, aumento na aceitação de *check-ups*, aleitamento infantil, atenção pré-natal e imunizações e redução de problemas de saúde mental. Mais de 265.000 agentes prestam serviços a aproximadamente 67 por cento da população brasileira. A maioria da população que faz uso desses serviços vem de grupos de renda mais baixa.[5]

Programa de Plano de Saúde Infantil (CHIP), Estados Unidos da América. Em resposta às necessidades de 10 milhões de crianças que não tinham plano de saúde, o CHIP foi estabelecido em 1997. Ele forneceu aos estados assistência federal para criar programas especificamente desenvolvidos para crianças e famílias com rendas que excediam os limites do Medicaid, mas que eram insuficientes para permitir-lhes pagar por um plano de saúde particular. As evidências mostram que o CHIP aumentou a cobertura dos planos. Entre 1997 e 2011, o cadastramento cresceu de menos de 1 milhão para 5,3 milhões de crianças. A legislação aprovada em 2009 forneceu apoio financeiro suficiente para o programa e introduziu iniciativas para aumentar o cadastro, melhorar a retenção e fortalecer o acesso e a qualidade da atenção do Medicaid e do CHIP. Um total de 8,13 milhões de crianças foram cadastradas no CHIP em algum momento em 2013 e até 2017 o CHIP atendia aproximadamente nove milhões de crianças.[6, 7] O Medicaid e o CHIP tiveram sucesso ao atingir a população-alvo de crianças sem

Fontes: [1] Pesec M, Ratcliffe H, Bitton A. Building a thriving primary health care system: the story of Costa Rica. Case study, Ariadne Labs [Internet]; 2017 [citado em 17 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ariadnelabs.org/wp-content/uploads/sites/2/2017/12/CostaRica-Report-12-19-2017.pdf
[2] Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Health at a glance. Paris: OCDE; 2017. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm
[3] Gurgel GD, de Sousa IMC, de Araujo Oliveira SR, de Assis da Silva Santos F, Santos S, et al. The national health services of Brazil and Northern Europe: universality, equity, and integrality—time has come for the latter. Int J Health Services. 2017;47(4):690–702.
[4] Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system crossroads: progress, crisis and resilience. BMJ Glob Health. 2018;3(4):e000829.
[5] Wadge H, Bhatti Y, Carter A, Harris M, Parston G, Darzi A. Brazil's family health strategy: using community health workers to provide primary care. Case study. Nova Iorque: The Commonwealth Fund; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_case_study_2016_dec_1914_wadge_brazil_family_hlt_strategy_frugal_case_study_v2.pdf
[6] Centers for Medicare and Medicaid Services. Unduplicated number of children ever enrolled in CHIP and Medicaid. Statistical Enrollment Data System (SEDS) Combined CHIP Enrollment Total Report and Form CMS-64.EC [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.medicaid.gov/chip/downloads/fy-2017-childrens-enrollment-report.pdf
[7] Harrington M, Kenney GM, Smith K, Clemans-Cope L, Trenholm C, Hill I, Orzol S, et al. CHIPRA mandated evaluation of the Children's Health Insurance Program: final findings. Washington, D.C.: Report submitted to the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Ann Arbor: Mathematica Policy Research; 2014. Disponível (em inglês) em: https://www.mathematica-mpr.com/our-publications-and-findings/publications/chipra-mandated-evaluation-of-the-childrens-health-insurance-program-final-findings

(continua na página seguinte)

Exemplos de políticas e programas para desenvolver sistemas universais de saúde e assegurar o acesso à atenção à saúde independentemente da capacidade para pagar

(continuação)

plano de saúde e contribuíram para a redução da falta de plano entre as crianças de baixa renda de 25 por cento em 1997 para 15 por cento em 2012. Todos os grupos étnicos e de renda viram ganhos na cobertura, mas estes foram particularmente importantes entre as crianças hispânicas. Juntos, o CHIP e o Medicaid cobriram 39 por cento das crianças nos Estados Unidos da América em 2015.[8, 9]

Programa SUMAR, Argentina. Com início em 2012, este programa originalmente facilitou o acesso à tenção à saúde de gestantes e crianças menores de 6 anos. Foi, então, estendido para crianças e subsequentemente a homens e mulheres de 20 a 64 anos que não tinham proteção social de saúde por contribuição. Em 2015, o SUMAR cobriu 13 milhões de pessoas. De acordo com o censo nacional de 2010, a população sem qualquer proteção social de saúde era de 14 milhões. Desta forma, o Programa SUMAR contribuiu significativamente para diminuir o hiato de proteção social de saúde na Argentina. O programa é realizado pelo Ministério da Saúde e financiado pelo orçamento público. Sua ligação com a Pensão Universal infantil e a Pensão por Gravidez contribuiu para um aumento no cadastro de crianças e gestantes no Programa SUMAR em 50 e 14 por cento, respectivamente, em 2014.[10]

Sistema de Saúde Baylor (BHCS), Texas, Estados Unidos da América. O BHCS estabeleceu uma Secretaria de Equidade em Saúde em 2006 com a finalidade de reduzir as variações no acesso à atenção à saúde, fornecimento de atenção e resultados em saúde advindas de raça e etnia, renda e escolarização, idade e gênero e outras características pessoas, como habilidades linguísticas primárias. A organização de atenção à saúde redesenhou programas e melhorou a abrangência dos serviços onde foram verificadas iniquidades.[11] O BHCS estabeleceu o Project Access a fim de fornecer cuidados aos trabalhadores pobres sem plano do condado de Dallas. Em 2008, o Project Access forneceu mais de US$ 3,5 milhões em atenção gratuita.[12]

Programa Nacional de Atenção Materno-Infantil (PAMI), Cuba. Estabelecido em 1970, neste programa os setores governamentais trabalham junto a organizações comunitárias para fornecer uma rede de serviços pré- e perinatal orientados à comunidade.[13] O objetivo é reduzir as mortalidades materna e infantil através dos serviços de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. A mortalidade infantil de Cuba caiu de 11,1 a cada 1.000 nascidos vivos em 1989 para 4,3 a cada 1.000 em 2015.[14, 15]

Serviços de saúde comunitária e local, Canadá. Os pesquisadores buscaram documentar as relações entre o acesso local à atenção primária, medidas de controle comunitário e as taxas de hospitalização das populações de Primeiras Nações em reservas. O estudo demonstrou que as comunidades com melhor acesso local à atenção primária à saúde consistentemente demonstraram menores taxas de condições ambulatoriais sensíveis. Além disso, quanto mais tempo os serviços comunitários de saúde haviam passado sob controle comunitário mais baixas eram estas condições.[16]

Fontes: [8] Kaiser Family Foundation. Next steps for CHIP: what is at stake for children? [Internet]; Junho de 2017 [citado em 21 de janeiro de 2019.] Disponível (em inglês) em: http://files.kff.org/attachment/Fact-Sheet-Next-Steps-for-CHIP-What-is-at-Stake-for-Children
[9] Committee on Child Health Financing. Children's Health Insurance Program (CHIP): accomplishments, challenges, and policy recommendations. Pediatrics. 2014;133(3):784–93.
[10] Organização Internacional do Trabalho. Building social protection systems: international standards and human rights instruments. Genebra: ILO; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=54434
[11] Mayberry RM, Nicewander DA, Qin H, Ballard DJ. Improving quality and reducing inequities: a challenge in achieving best care. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2006;19:103–18.
[12] Baylor Health Care System. Report to the community 2008. Garland: Baylor Health Care System; 2009.
[13] Cooper RS, Kennelly JF, Fernandez-Garcia PO. Health in Cuba. Int J Epidemiol. 2006;35:817–24.
[14] Gorry C. Cuba's family doctor-and-nurse teams: a day in the life. MEDICC Rev. 2017;19(1):6–9.
[15] Pattison KH. The family doctor and nurse: the dynamic duo of Cuban healthcare. Int J Stud Nursing. 2018;(1):3.
[16] Lavoie JG, Forget EL, Prakash T, Dahl M, Martens P, O'Neil JD. Have investments in on-reserve health services and initiatives promoting community control improved First Nations' health in Manitoba? Soc Sci Med. 2010;71(4):717–24.

10B. NA BUSCA DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DA SAÚDE PÚBLICA, O FOCO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DEVERIAM ESTAR NA PROTEÇÃO E MELHORA DA SAÚDE MENTAL E FÍSICA

Em toda a Região das Américas, há um objetivo importante para a ampliação das perspectivas dos sistemas de atenção à saúde quanto à saúde e fortalecer seu fornecimento a fim de apoiar a ação com respeito a determinantes sociais, permitindo que as pessoas mantenham uma boa saúde e a existência de tratamentos mais eficientes.

Em geral, na maioria dos sistemas de atenção à saúde estes tipos de perspectiva são mal desenvolvidos. As parcerias com outros setores tendem a ser fracas ou inexistentes e mesmo as parcerias entre atenção à saúde e saúde pública podem ser mal desenvolvidas.

Contudo, há evidências de que as parcerias entre os serviços de cuidados dispensados em saúde e outros setores, como moradia, meio ambiente, planejamento urbano e proteção social, e entre serviços e empregadores podem, junto com comunidades locais, fomentar o desenvolvimento de um sistema de saúde com base na melhoria das condições sociais, econômicas e ambientais. Essa perspectiva apoiará uma boa saúde, assim como o tratamento de doenças. Os sistemas de atenção à saúde que focam a melhoria dos determinantes sociais, assim como o fornecimento de cuidados, podem promover melhorias na saúde e na equidade em saúde, bem como ter outros resultados sociais e econômicos desejados, como melhorias em

Mãe e filho comprando vegetais durante o dia de mercado, Zunil, Guatemala

Boxe 4.1. Componentes de um sistema popular de saúde com base na prevenção e na equidade em saúde

Foco na prevenção de doenças e no suporte à saúde, além do tratamento de doenças. Envolve a mudança de serviços reativos que focam somente no tratamento de pessoas que já estão doentes para serviços que tentam melhorar as condições nas quais as pessoas vivem, o que, por sua vez, melhorará sua saúde.

Foco no local. Apoia o foco de pequenas áreas e busca influenciar as condições ambientais, sociais e econômicas do local para melhorar a saúde dos residentes, especialmente para a maioria das áreas em desvantagem.

Colaborações entre setores. A redução das desigualdades em saúde requer colaborações próximas entre diferentes organizações e setores, além da atenção à saúde, saúde pública e cuidado social. Podem-se incluir, por exemplo, moradia, serviços nos primeiros anos de vida e educação, sendo todos eles aspectos que afetam profundamente a saúde.

Foco na saúde da população. A fim de melhorar a saúde e reduzir as desigualdades, é importante compreender a saúde da população local e os riscos à saúde de grupos e áreas. Isto requer avaliações que incluam os fatores econômicos e sociais mais abrangentes na área da saúde, assim como o foco e a inclusão de comunidades particulares que estejam em risco de ter sua saúde precarizada.

Ação sobre os determinantes sociais da saúde e no tratamento médico. Há muitas coisas que os profissionais da saúde e os organizadores de atenção à saúde podem fazer para lidar com fatores sociais, econômicos e ambientais que melhorariam de forma significativa os resultados e as desigualdades em saúde.

Desenvolvimento de perspectivas universais equilibradas. O desenvolvimento de intervenções e estratégias que respondam aos riscos e necessidades locais na área da saúde requer recursos e ações adicionais voltados às comunidades e áreas mais precárias. As perspectivas que focam a melhoria da equidade em saúde podem parecer diferentes daquelas que focam somente a melhoria da saúde da população, já que respondem àqueles com os maiores níveis de necessidades e com os maiores riscos de saúde precária.

Envolvimento da comunidade. O envolvimento e a participação ativos da comunidade no desenvolvimento e fornecimento da atenção à saúde e outros serviços de sistemas de saúde.

Fonte: Allen J, Goldblatt P, Daly S, Jabbal J, Marmot M. Reducing health inequalities through new models of care: a resource for new care models. Londres: Institute of Health Equity; 2018. Disponível (em inglês) em: http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/reducing-health-inequalities-through-new-models-of-care-a-resource-for-new-care-models

moradias e práticas de emprego. Isto é apoiado por evidências que incluem estudos recentes nos Estados Unidos da América que descreveram como uma maior atenção aos determinantes sociais em saúde podem melhorar os resultados de saúde e reduzir os gastos com os cuidados *(316)*.

Um sistema de atenção à saúde que se concentre na saúde com equidade mediante uma ação sobre os determinantes sociais é conhecido como um "sistema popular de saúde", como descrito abaixo na Boxe 4.1.

No início dos anos 2000, a OPAS liderou um processo destinado a definir as funções essenciais da saúde pública (FESP) *(310)*. As FESP foram concebidas como atividades necessárias para melhorar a saúde e o bem-estar da população e tinham como objetivo a avaliação dos sistemas nacionais de saúde com a finalidade de implementar estas ações. A ideia por trás disto era fortalecer a governança e o gerenciamento dos sistemas de saúde, usando uma visão abrangente dos serviços pessoais e da população *(317)*.

A OPAS apontou 11 funções essenciais da saúde pública *(310)*:

- FESP 1. Monitoramento, análise e avaliação da situação da saúde

- FESP 2. Vigilância, investigação e controle de riscos e danos à saúde pública
- FESP 3. Promoção da saúde
- FESP 4. Participação social em saúde
- FESP 5. Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde
- FESP 6. Fortalecimento da regulamentação e aplicação na saúde pública

Exemplos de ações para destacar sistemas de saúde quanto à proteção e melhoria da saúde física e mental através do cumprimento das funções essenciais da saúde pública

Implementação das funções da saúde pública. Os países foram ativamente encorajados a usar os resultados das avaliações das funções essenciais da saúde pública de seus sistemas de saúde como base para reformas em nível nacional. Entretanto, somente alguns países o fizeram. Entre eles, de forma mais notável a Argentina iniciou um trabalho de longo-prazo com o Banco Mundial para fortalecer as FESP e o Brasil adotou-as em seu sistema de saúde. A Colômbia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Peru e os Estados do Leste do Caribe também continuaram a trabalhar com as FESP.[1] Uma nova lista das funções atualmente circula entre os parceiros nacionais para consulta.

Kaiser Permanente, Estados Unidos da América. Este fornecedor de plano de saúde de longa data e sem fins lucrativos dos Estados Unidos da América inaugurou um fundo de empréstimo nacional de US$ 100 milhões em 2019. O fundo é voltado ao fornecimento de moradias multiunitárias para residentes de baixa renda em oito regiões do país. Espera-se que esta perspectiva do fornecimento de moradias sustentáveis melhore a saúde das pessoas que morem nelas. O Kaiser Permanente também ajudará a fornecer uma gama de serviços, incluindo moradia, financiamento e cuidados sociais às pessoas em situação de rua. Estes programas são parte de um plano para melhorar as condições econômicas, sociais e ambientais das comunidades atendidas pelo Kaiser Permanente.[2, 3]

Programa Bold Goal, Humana, Estados Unidos da América. Esta estratégia do Humana, o fornecedor de planos de saúde dos Estados Unidos da América, busca melhorar a saúde da população. Iniciado em 2015, ele ressalta na identificação e tratamento de determinantes sociais da saúde a fim de fomentar os resultados dos beneficiários do Medicare. O programa procura fazer que as comunidades sejam 20 por cento mais saudáveis até 2020 através da priorização dos determinantes sociais da saúde, inclusive a insegurança alimentar, a solidão e o isolamento social e grupos como o necessidades especiais, idosos e adultos de baixa renda. O Humana concluiu que os idosos que conviviam com a insegurança alimentar tinham 50 por cento mais risco de ter diabetes e 60 por cento mais risco de ter um ataque cardíaco do que aqueles que não passavam fome. Os idosos solitários e em isolamento social têm duas vezes mais risco de desenvolver Alzheimer e mais de três vezes mais risco de sofrer depressão do que aqueles que não vivem em solidão.[4,5] Em 2017, a iniciativa Bold Goal decidiu implementar pilotos e programas em diversas comunidades dos Estados Unidos da América para diminuir os problemas de saúde causados por esses determinantes sociais chave. Todas as comunidades mostraram alguma melhora nos resultados apresentados na saúde. O programa consistiu no trabalho colaborativo, unindo o Humana, os grupos consultivos da área da saúde, os bancos de alimentos, o Young Mens's Christian Association (YMCA) e organizações que trabalham para melhorar a capacidade de leitura.[4,5]

Fontes: [1] Organização Mundial da Saúde. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Genebra: OMS; 2018. Disponível (em inglês) em: https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/document-library/document/WHO%20EPHF-Health%20Security-compressed.pdf
[2] Pruitt Z, Emechebe N, Quast T, Taylor P, Bryant K. Expenditure reductions associated with a social service referral program. Popul Health Manag. 2018;21(6):469–76.
[3] Kaiser Permanente. Fast facts about Kaiser Permanente [Internet]; [citado em 24 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://share.kaiserpermanente.org/about-us/fast-facts/
[4] Health IT Analytics. Humana targets social determinants to improve population health [Internet]; [citado em 24 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://healthitanalytics.com/news/humana-targets-social-determinants-to-improve-population-health
[5] Humana. We are at the center of something BOLD [Internet]; [citado em 24 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://populationhealth.humana.com/#bold-goal

- FESP 7. Promoção e avaliação do acesso equitativo aos serviços de saúde necessários
- FESP 8. Desenvolvimento de recursos humanos e formação em saúde.
- FESP 9. Garantia da qualidade dos serviços de saúde pessoais e voltados para a população.
- FESP 10. Pesquisa em saúde pública.
- FESP 11. Redução do impacto de emergências e desastres na saúde

Ainda que a implementação destas 11 funções essenciais fortaleça consideravelmente a capacidade e o desempenho da saúde pública em toda a região, a prestação de contas e o gerenciamento do desempenho e do modo como os países as implementam ainda são insuficientes. É importante que os resultados em saúde pública e o desempenho dos sistemas sejam monitorados a fim de facilitar uma melhor compreensão das perspectivas mais eficientes em diferentes contextos.

10C. FOCO DE SISTEMAS DE SAÚDE EM FATORES SOCIAIS E ECONÔMICOS DE COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE, SAÚDE MENTAL E SUICÍDIO

Conforme se descreve em todo este relatório, os resultados em saúde geralmente estão fortemente relacionados com as condições de vida diária, assim como com fatores estruturais mais amplos na sociedade. De forma similar, comportamentos como abuso de drogas, álcool e tabagismo estão relacionados com as condições sociais e econômicas em que a pessoa vive..

A redução de comportamentos que impõem riscos à saúde terá impactos significativos na saúde e na equidade em saúde em toda a Região das Américas, mas melhorias substanciais não virão sem que melhorem as condições de vida diária. Há uma relação próxima que precisa ser considerada entre os comportamentos que impõem riscos à saúde e a pobreza, a desvantagem relativa, condições precárias de trabalho, desemprego, moradia insegura e de baixa qualidade, solidão e estresse. Também há relações próximas entre a saúde mental e as condições de vida diária, muitas das quais foram descritas neste relatório, e entre a saúde mental e os comportamentos que impõem riscos à saúde.

A Comissão para a Equidade da OPAS se preocupa com os fatores políticos, sociais, econômicos e ambientais dos comportamentos precários de saúde e melhoras nessas áreas levariam à redução de tais comportamentos e a melhora na saúde mental. Desse modo, ainda que muitas as formas de melhorar os comportamentos em saúde estejam fora dos serviços de atenção em saúde convencionais, há formas significativas segundo as quais as organizações de saúde e as pessoas que trabalham com nessa área podem melhorá-los através da ação sobre os determinantes sociais.

A melhora da saúde e a redução das desigualdades requerem que as organizações de saúde, a mão de obra da área da saúde, os sistemas públicos de saúde e outros parceiros influenciem as condições de vida diária através de ações com pacientes e organizações comunitárias e em seus papeis como empregadores e líderes comunitários. Há muitas coisas que os profissionais da saúde podem fazer. De forma individual, eles podem encaminhar os pacientes aos apoios existentes em questões de moradia, apoio financeiro, acesso a benefícios e proteção social. No âmbito da comunidade, os profissionais de saúde podem defender a proteção e a melhora da saúde através do acesso à educação de qualidade, os sistemas eficientes de transporte, a redução da poluição, a proteção de ambientes naturais e o fomento de integração social. Em nível nacional e internacional, os profissionais de saúde podem influenciar as perspectivas governamentais e internacionais mediante defesa das Políticas de Saúde para Todos e outras políticas mais igualitárias, assim como do maior acesso a sistemas de saúde acessíveis *(318)*.

Por sua vez, as organizações de atenção à saúde podem usar seus ativos locais — recursos financeiros, construções, experiência e conhecimento a respeito da saúde da população — a fim de apoiar e desenvolver práticas locais saudáveis de emprego e uma sociedade civil forte *(318)*. De forma similar à mão de obra da área da saúde, as organizações de saúde podem ser defensores poderosos nos níveis local e nacional. A formação e capacitação de profissionais de saúde deve incluir a forma de compreender e agir sobre determinantes sociais e como encaminhar os pacientes para o apoio às melhorias em suas condições de vida diária. Em muitas faculdades de saúde, há pouco ou nenhum foco sobre os determinantes sociais da saúde. Contudo, a fim de realmente avançar em melhora na equidade em saúde, quem presta serviço nessa área precisa ter experiência e conhecimento sobre os fatores que promovem ou prejudicam a boa saúde. Uma educação e capacitação mais eficientes quanto aos determinantes sociais são necessárias, de forma de que os profissionais da saúde tenham as habilidades e experiência para começar a influenciar mais fatores que afetam a saúde de seus pacientes.

Profissional de saúde prestando assistência médica a uma comunida rural indígena no estado de Bolivar, República Bolivariana da Venezuela

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Resoluções OPAS

Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e à Cobertura Universal de Saúde (CSP29.R15 [2017])

Tratamento de Causas de Disparidades no Acesso e Uso do Serviço de Saúde por Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT) (CD52.R6 [2013])

Sistemas de Saúde Resilientes (CD55.R8 [2016])

Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e à Cobertura Universal de Saúde (CD53.R14 [2014])

Agenda Sustentável de Saúde para as Américas 2018–2030 (CCSP29/6, Rev. 3 [2017])

Saúde de Imigrantes (CD55.R13 [2016])

Plano de Ação sobre Saúde Mental (CD53.R7 [2014])

Saúde, Seguridade e Bem-estar (CD50.R16 [2010])

Política sobre Etnia e Saúde (CSP29.R3 [2017])

Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação (CD53.R12 [2014])

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 3. Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar de todos em todas as idades.

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas

Exemplos de políticas e programas para salientar os sistemas de saúde como fatores sociais e econômicos de comportamentos relacionados à saúde, saúde mental e suicídio

Iniciativa de Círculo das Grandes Universidades [Greater University Circle Initiative] (GUCI), Cleveland, Estados Unidos da América, 2005. Esta é uma iniciativa de diversas partes interessadas com coordenação entre as três maiores instituições âncora localizadas na área do Cleveland's University Circle, que inclui instituições educacionais, culturais e de saúde. Através da iniciativa, a Cleveland Clinic, University Hospitals e Case Western Reserve University usaram seus recursos para desafiar a persistente pobreza e os baixos investimentos em sete bairros periféricos, onde os residentes tinham pouco contato ou benefício das prestigiosas instituições da área.

A estratégia busca melhorar as perspectivas e a renda de 60.000 pessoas que moram nestes bairros, fortalecer as redes comunitárias, melhorar a qualidade de vida nos bairros ao redor e dar aos residentes mais voz e conexão com os recursos das instituições âncora.[1] As instituições estabeleceram um série de programas a fim de apoiar a capacitação e o emprego de residentes locais, levar investimentos a áreas carentes e, através destes programas, melhorar a saúde de seus residentes.[1] De 2010 a 2015, os University Hospitals dirigiram 92 por cento de um orçamento de construção e expansão de US$ 1,2 bilhão à economia regional, incluindo a compra a partir de mais de 100 negócios locais chefiados por minorias.[2]

Lei de Atenção Acessível e determinantes sociais, Estados Unidos da América. Esta lei foi promulgada em 2010. Ela requer que hospitais sem fins lucrativos regularmente avaliem os desafios sociais, econômicos, ambientais e de saúde enfrentados por suas comunidades e se comprometam a tratá-los a fim de ajudar a produzir uma população mais saudável. O amplo foco da lei quanto á prevenção ajudou a reconhecer que as intervenções na área da saúde têm um papel apenas parcial na criação de comunidades e populações saudáveis. As regulamentações da lei incluem requisitos para priorizar as necessidades da comunidade em saúde de uma análise abrangente dos dados locais da área da saúde e da contribuição da comunidade. Após esta análise inicial, cada hospital sem fins lucrativos deve preparar e implementar estratégias que mostrem como ele usará os benefícios e recursos de caridade da comunidade e seus ativos no tratamento das necessidades na área da saúde.[3]

Política de inscrição em escolas de medicina, Cuba. Na Escola Latino-americana de Medicina (ELAM), é dada preferência à matrícula de pessoas advindas de grupos socioeconômicos mais baixos, que de outra forma não poderiam pagar seus estudos na área médica, e/ou negras que mostram grande interesse em trabalhar com comunidades em desvantagem. Oitenta por cento dos formados trabalham em zonas rurais pobres.[4] O currículo da ELAM é projetado para formar médicos que darão atenção relevante e de qualidade, ao mesmo tempo em que fomentam a equidade e melhoram os resultados em saúde individuais e da população. A ELAM tem várias características notáveis, inclusive no fornecimento de bolsas de estudos de seis anos a todos os alunos, no encorajamento para que eles de comprometam com as práticas como médicos de atenção primária em áreas com atendimento insuficiente após sua formação, na integração de conceitos de prevenção, determinantes sociais de saúde e parceria ativa com a comunidade no projeto do currículo, uso de uma metodologia com base na comunidade e de aprendizagem através dos serviços, preparação de alunos para a solução de problemas de saúde locais e fornecimento de pesquisa clínica de pós-graduação e oportunidades de educação continuada.[5]

Fontes: [1] Wright W, Hexter KW, Downer N. Cleveland's Greater University Circle Initiative. An anchor-based strategy for change. Washington, D.C.: The Democracy Collaborative; 2016. Disponível (em inglês) em: https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://democracycollaborative.org/sites/clone.community-wealth.org/files/downloads/ClevelandGreaterUniversityCircle-web.pdf
[2] Norris T, Howard T. Can hospitals heal America's communities? "All in for Mission" is the emerging model for impact. Washington, D.C.: The Democracy Collaborative; 2015. Disponível (em inglês) em: https://democracycollaborative.org/sites/clone.community-wealth.org/files/downloads/CanHospitalsHealAmericasCommunities.pdf
[3] Rosenbaum S. Law and the public's health. Public Health Rep. 2011 Jan-Feb;126(1):130.
[4] Reed G. Cuba answers the call for doctors. Bull World Health Organ. 2010;88(5):325–6.
[5] Gorry C. Cuba's Latin American medical school: can socially-accountable medical education make a difference? MEDICC Rev. 2012;14(3):5–11.

5. GOVERNANÇA PARA EQUIDADE EM SAÚDE

Esta seção discorre sobre o desenvolvimento de perspectivas de governança que fomentam e apoiam políticas e ações para melhorar a equidade em saúde em toda a Região das Américas. Os acordos eficientes de governança são um pré-requisito para os países comprometidos com ações de desenvolvimento sobre determinantes sociais: eles são necessários para que se possa compreender o problema e desenvolver respostas eficientes e apropriadas, assim como sistemas de prestação de contas fortes, como se discutiu na recomendação 11. Em todo este relatório, foram ressaltadas as perspectivas dos direitos humanos que apoiam a equidade em saúde e uma maior equidade nos determinantes sociais. As perspectivas dos direitos humanos estão bem estabelecidas na América Latina e no Caribe e representam importantes meios de encaminhamento para esta região, sendo também necessárias para o progresso do Canadá e dos Estados Unidos da América, como se discutiu na recomendação 12.

RECOMENDAÇÃO 11.
ACORDOS DE GOVERNANÇA PARA A EQUIDADE EM SAÚDE

Os governos comprometidos podem fazer progressos significativos ao tratar os determinantes sociais da saúde através de suas políticas e ações, conforme descrito nas seções anteriores. Para se entender as razões pelas quais as boas intenções em relação à melhora da equidade em saúde nem sempre se traduzem em maior equidade em saúde, é necessário olhar as respostas políticas e como estas decisões políticas são feitas, implementadas, monitoradas e analisadas e quais mecanismos de prestação de contas — em outras palavras os acordos de governança — são postos em prática. Uma perspectiva de maior equidade na saúde que tome como base os determinantes sociais da saúde requer uma nova perspectiva de governo *(319)*.

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
11A. Fazer da equidade em saúde o indicador-chave do desenvolvimento social e estabelecer mecanismos de prestação de contas	• Todos os ministérios, não somente os ministérios da área da saúde, devem trabalhar para melhorar a saúde e reduzir as iniquidades em saúde através das ações sobre os determinantes sociais da saúde • Estabelecer mecanismos transgovernamentais e desenvolver planos estratégicos para melhorar a equidade em saúde • Comprometer-se com análises de equidade em saúde de todas as políticas e desenvolver políticas para amplificar as ações sobre a equidade em saúde • Desenvolver planos de ação nacionais e públicos em relação às iniquidades em saúde e incorporar perspectivas transetoriais do governo local e das comunidades, incluindo o setor privado
11B. Todo o governo — incluindo o legislativo, o judiciário e o executivo — devem ter responsabilidade por assegurar a equidade em todas as políticas	• Envolver os diferentes setores e níveis de governança na criação e apoio de políticas relacionadas à equidade em saúde como um bem social • Fortalecer a coerência e os recursos das ações entre setores e partes interessadas públicas, privadas e voluntárias a fim de corrigir os padrões atuais e a magnitude das iniquidades em saúde
11C. Desenvolver e assegurar o envolvimento da sociedade em geral — incluindo a sociedade civil e as comunidades — ao estabelecer prioridades e políticas para alcançar a equidade em saúde	• Fazer com que os conhecimentos e dados sobre a equidade em saúde sejam acessíveis ao domínio público, em nível local e nacional • Promover um relato público e transparente das ações e dos progressos através de um sistema de monitoramento abrangente da equidade em saúde e dos determinantes sociais • Fornecer apoio à população e às comunidades locais para que participem de tomadas de decisões locais e desenvolvam soluções que informem as políticas e investimentos nos níveis local e nacional • Fortalecer a capacidade de organizações não governamentais e de autoridades locais em seu uso de métodos participativos de planejamento que melhorem a saúde e reduzam as iniquidades sociais • Adotar medidas positivas para apoiar os direitos das crianças a participar em questões que as afetem, incluindo a educação pública, processos e defesa para alcançar a equidade em saúde

Ainda que a governança seja tipicamente usada para descrever as instituições, regras e normas por meio das quais as políticas são desenvolvidas e implementadas e a prestação de contas entra em prática, ela precisa constituir mais do que um conjunto de regulamentações ou mecanismos burocráticos. Trata-se também das relações de poder na sociedade *(320)*. Os sistemas de governança determinam quem toma as decisões sobre as políticas, como os recursos são distribuídos em toda a sociedade e como os governos são responsabilizados.

A governança voltada para a equidade em saúde pela ação sobre os determinantes sociais requer, no mínimo, adesão aos princípios de boa governança do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas — legitimidade e voz, instruções e visão claras, desempenho mensurável, prestação de contas e idoneidade *(11)*. Contudo, ela também requer perspectivas abrangentes quanto à sociedade e governo a fim de reduzir as desigualdades e que tenham como base a colaboração, engajamento civil, regulamentações e persuasão, uso de agências independentes e órgãos especializados, estruturas resilientes e previsões *(321)*.

Os objetivos gerais das perspectivas de equidade em saúde devem ser a melhoria da distribuição dos determinantes que afetam a saúde, a correção dos padrões atuais e a redução da magnitude das iniquidades em saúde e dos riscos e consequências de doenças e mortalidade prematura em diferentes grupos da população. Estes objetivos requerem acordos governamentais que sejam capazes de construir e assegurar a ação conjunta e a prestação de contas de todos os participantes chave que tenham um comprometimento político e público com a melhoria da equidade em saúde e a equidade de determinantes sociais. Isto inclui setores dentro e fora da área da saúde, setores público e privado, sociedade civil e comunidades e cidadãos *(322)*.

Nesta seção, fazemos recomendações para os tipos de governança e sistemas de monitoramento necessários para apoiar a equidade em saúde e a perspectiva ética e com base nos direitos que precisam ser a base destes sistemas *(323)*.

Reunião da Comunidade, Porto Príncipe, Haiti

11A. FAZER DA EQUIDADE EM SAÚDE O INDICADOR-CHAVE DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E ESTABELECER MECANISMOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

À medida que a saúde de cada indivíduo é influenciada pelas condições de sua vida diária e pelos fatores estruturais destas condições, os resultados desiguais fornecem indicadores sensíveis de quão bem uma sociedade funciona. Sociedades disfuncionais e desiguais tendem a ter saúde pior e maiores desigualdades em saúde do que sociedades mais igualitárias e funcionais. Conforme as sociedades se desenvolvem, o aumento ou a diminuição da equidade em saúde mostra em que medida a justiça social é integral ao seu desenvolvimento *(324)*.

Assegurar que os governos adotem ações que abranjam toda a sociedade a fim de atingir maior equidade em saúde requer que esta seja reconhecida como um indicador-chave do desenvolvimento social e que os governos se responsabilizem por alcançá-la. Por sua vez, isto requer uma nova perspectiva em relação à governança e à medidas de políticas *(319)*. Os governos precisam adotar ações para assegurar que todos os ministérios, não apenas os da área da saúde, adotem ações em relação aos determinantes sociais da saúde.

Exemplificamos que há muitos países e cidades nas Américas que trabalham tanto para melhorar a saúde quanto para reduzir as desigualdades que há nela. Também mostramos que, ainda que a saúde geral tenha melhorado como resultado de seus esforços, as desigualdades persistem. Uma das principais razões para esta persistência é o fato de que os ministérios e os setores cobertos por eles operem em silos, sem ação transgovernamental ou prestação de contas. Este método de política de fornecimento reflete uma falta de reconhecimento de como seus efeitos combinados impactam a saúde e seus determinantes sociais *(322)*. Uma cadeia de fornecimento eficiente precisa ser capaz de atuar em múltiplos determinantes para reduzir as desigualdades, reconhecendo os caminhos que conectam a posição social, as estruturas sociais, os fatores materiais e os comportamentos individuais (apresentados na Figura 1.1 deste relatório). De forma crítica, os mecanismos transgovernamentais, com base nos planos nacionais estratégicos para melhorar a equidade em saúde, são necessários (ver a Boxe 5.1).

Ainda que os componentes da Declaração do Rio sejam todos necessários, eles não fornecem detalhes suficientes ou indicam soluções práticas. Por exemplo, nos níveis global e nacional, uma gama de fatores sociais, tecnológicos, políticos e culturais tornam a governança eficiente uma tarefa mais complexa, à medida que o *locus* de controle quanto à governança se dissipa em múltiplos setores e influências multinacionais globais *(5, 325)*.

Para começar, os governos deveriam assegurar que se comprometem com as avaliações de equidade em saúde de todas as políticas e desenvolverão políticas para amplificar a ação sobre a equidade em saúde. Exemplos de estratégias e planos de ação que foram desenvolvidos na região são mostrados na Boxe 5.2.

As avaliações de equidade de políticas e intervenções são importantes para assegurar que o impacto da equidade de cada política e programa seja definido e modificado adequadamente para o maior impacto positivo sobre a equidade em saúde. As avaliações de equidade são mais frequentemente realizadas dentro da estrutura das avaliações de impacto à saúde (AIS), através do uso das lentes de equidade para avaliar o impacto. Entretanto, há um consenso na literatura de que a equidade nas avaliações padrão de impacto é difícil de se atingir *(326)*. As questões de equidade não são tratadas de forma sistemática, e mesmo quando se consideram explicitamente os diferentes

Boxe 5.1. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde

Um passo-chave na implementação de uma perspectiva de determinantes sociais quanto às desigualdades em saúde foi a adoção global em 2011 das prioridades esboçadas na Declaração Política do rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Abaixo, resumimos as cinco áreas de prioridade, todas relacionadas com a governança.

Melhor governança para a saúde e o desenvolvimento. Governança tem a ver com a forma como os governos (incluindo seus diferentes setores) e outras organizações sociais interagem e como estes órgãos se relacionam com os cidadãos. A ação intersetorial em relação à saúde que assegure uma perspectiva de Política de Saúde para Todos é essencial para tratar os determinantes sociais da saúde.

Promoção da participação no desenvolvimento e implementação de políticas. A participação das comunidades e grupos da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas, no monitoramento de sua implementação e em sua avaliação é essencial para a ação sobre os determinantes sociais.

Reorientação do setor da saúde para uma redução nas desigualdades em saúde. O setor da saúde tem um papel-chave na defesa da perspectiva dos determinantes sociais da saúde e na explicação de como esta perspectiva é benéfica, tanto na sociedade quanto em diferentes setores. O setor da saúde tem uma experiência particular e é responsável pelo monitoramento em desigualdades nesta área e pelo impacto das políticas sobre os determinantes sociais. O setor da saúde pode ter um papel importante na união dos setores para o planejamento e a implementação do trabalho com os determinantes sociais da saúde. Ele também deve desenvolver suas próprias capacidades para o trabalho junto a determinantes sociais.

Fortalecendo a governança e a colaboração globais. A governança e a colaboração globais devem ser fortalecidas e alinhadas com as prioridades e as políticas locais e nacionais. Isto irá melhorar a interconexão nacional e global dos fatores governamentais e não governamentais a fim de promover uma perspectiva dos determinantes sociais da saúde a fim de reduzir as desigualdades em saúde.

Monitorando o progresso e aumentando a prestação de contas. A governança eficiente de determinantes sociais requer o monitoramento e a medição de contribuições e resultados de políticas a fim de informar o seu desenvolvimento, avaliar a implementação de suas intervenções e prestar contas.

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: OMS; 2011. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1

impactos na saúde, eles raramente são discutidos em termos de tais diferenças serem evitáveis ou injustas *(327)*. As razões para as avaliações do impacto sobre a equidade em saúde são o fortalecimento das perspectivas e processos atuais de avaliação de impactos e, a seu modo, a possibilidade dada aos desenvolvedores de políticas de fixar especificamente em diferentes necessidades dos grupos da população *(328)*. Sem tais avaliações, há evidências de que os desenvolvedores de políticas não tomam decisões igualitárias *(329)*. Uma variedade de ferramentas de avaliação do impacto sobre a equidade em saúde foi desenvolvida na região e fora dela (Boxe 5.3).

As avaliações sobre equidade em saúde de políticas e intervenções podem ser usadas para assegurar que as políticas individuais não criam ou aumentam as desigualdades e, de forma ideal, são projetadas para diminui-las. Entretanto, por si só, isto não resultará em ações transetoriais coerentes que reduzam as desigualdades.

De maneira similar, os planos e alvos nacionais são geralmente projetados para melhorar o desempenho econômico e, em muitos casos, alcançar melhorias gerais na saúde e no bem-estar. Por esta razão, é importante desenvolver planos de ação públicos e nacionais voltados para as desigualdades em saúde, assim como incorporar o governo local, as comunidades e perspectivas transetoriais, incluindo o setor privado. Um exemplo de um destes planos é descrito na Boxe 5.4.

Dia do Trabalhador, Los Angeles, Estados Unidos da América

Boxe 5.2. Exemplos de planos de ação de determinantes sociais

Vários países das Américas desenvolveram planos de ação. Por exemplo, em 2006, uma lei criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no Brasil, com dois anos de mandato. O CNDSS foi organizado com base na produção e disseminação de conhecimento, fortalecendo o foco sobre os determinantes sociais da saúde em políticas e programas, a mobilização da sociedade civil, a comunicação e cooperação internacional.[1]

Mais recentemente, o plano de ação de 2010–2015 da União de Nações Sul-Americanas (UNASUR) incluiu os determinantes sociais entre as cinco prioridades, e o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) criou uma Comissão Intergovernamental sobre a Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais da Saúde.[2]

O atual Plano Estratégico da OPAS para 2014–2019 inclui, como uma de suas categorias abrangentes, os determinantes da saúde e a promoção da saúde em todo o curso da vida.[3]

Fontes: [1] Organização Mundial da Saúde. Social determinants of health — Brazil [Internet]; [citado em 9 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/brazil/en/
[2] União de Nações Sul-Americanas. South American Health Council 2010–2015 five-year plan. Rio de Janeiro: União de Nações Sul-Americanas; 2010. Disponível (em inglês) em: http://isags-unasur.org/en/documento/plan-quinquenal-del-consejo-de-salud-suramericano-2010-2015/
[3] Organização Pan-Americana da Saúde. Strategic plan of the Pan American Health Organization 2014–2019. Championing health: sustainable development and equity. Washington, D.C.: OPAS; 2014. Disponível (em inglês) em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/paho-strategic-plan-eng-2014-2019.pdf

Boxe 5.3. Exemplos de ferramentos de avaliação do impacto sobre a equidade em saúde

A **Ferramenta de Avaliação de equidade em Saúde (HEAT)** é uma colaboração entre a OMS e o Centro Internacional de Equidade em Saúde, no Brasil.[1] Seu foco é a avaliação dos resultados desiguais na área da saúde dentro dos países ao invés das intervenções e dos programas. Ela permite a exploração dos resultados desiguais dentro e entre os países. Os dados desagregados e as medidas de síntese de resultados desiguais estão disponíveis. Os indicadores refletem múltiplos objetivos e metas de ODS. Atualmente, as informações disponíveis concentram na saúde reprodutiva, materna, de recém-nascidos e crianças, usando informações da base de dados do Monitor de Equidade em Saúde da OMS.[1,2]

Ferramenta de Avaliação do Impacto Sobre a Equidade em Saúde (HEIA), Ontário, Canadá. Esta ferramenta foi desenvolvida em 2013 pelo Ministério da Saúde e Atenção de Longo-Prazo de Ontário em parceira com a Saúde Pública de Ontário, as Unidades de Saúde Pública e as Redes Locais de Integração em Saúde. Ela pode ser usada para ajudar responsáveis por decisões a considerar questões de equidade em seu planejamento. Ela incorpora evidências internacionais, assim como dados reunidos durante programas piloto regionais e conversas com fornecedores de serviços de saúde.[3]

Esta ferramento identifica cinco passos na condução de uma avaliação dos impactos sobre a equidade em saúde:

1. Abrangência: identificar as populações afetadas e os potenciais impactos colaterais sobre a saúde dos grupos alvo da política, programa ou iniciativa.
2. Potenciais impactos: usar dados ou evidências disponíveis para avaliar de forma antecipada os impactos colaterais da política, programa ou iniciativa sobre os grupos identificados em relação à população em geral.
3. Mitigação: desenvolver recomendações com base em evidências para minimizar ou eliminar os impactos negativos e maximizar os impactos positivos sobre grupos vulneráveis identificados.
4. Monitoramento: determinar como a implementação de inicitivas será monitorada a fim de determinar seu impacto sobre grupos vulneráveis em relação a outros subgrupos ou a toda a população.
5. Disseminação: comopartilhar resultados e recomendações para o tratamento da equidade.

Haber, do Wellesley Institute, em Ontário, produziu uma base para a realização da HEIA. O site de Wellesley contém informações sobre uma variedade de ferramentas, estruturas e modelos.[4] Harris-Roxas e Harris desenvolveram uma estrutura conceitual para a avaliação da eficiência da avaliação do impacto sobre a saúde com foco na equidade.[5]

Fontes: [1] Organização Mundial da Saúde. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): software para a exploração e comparação das iniquidades em saúde nos países, Edição com base de dados integrada. Versão 2.1. Genebra: OMS; 2018. Disponível (em inglês em): https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/index1.html
[2] Organização Mundial da Saúde. Monitor de Equidade em Saúde. Atualização de 2018 [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/gho/health_equity/en/
[3] National Collaborating Centre for Methods and Tools. Conducting a health equity impact assessment (HEIA): MOHLTC tool. Toronto: Ministério da Saúde e Atenção de Longo-Prazo; 2012. Disponível (em inglês) em: https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/146
[4] Haber R. Health equity impact assessment: a primer. Health equity road map. Toronto: Wellesley Institute; 2010. Disponível (em inglês) em: https://www.wellesleyinstitute.com/publications/health-equity-impact-assessment/
[5] Harris-Roxas B, Harris E. The impact and effectiveness of health impact assessment: a conceptual framework. Environ Impact Assess Rev. 2013;42:51–9.

Boxe 5.4. Exemplo de um plano estratégico nacional que englobe a sociedade civil

Plano nacional o bem-estar, Equador. O plano nacional de ação do Equador incorpora uma perspectiva dos determinantes sociais da saúde voltados para a saúde e a política. O plano se compromete a desenvolver e implementar políticas sociais. Ele foi desenvolvido por uma consultoria com diversos participantes e reconhece a participação cidadã como um direito básico. Foram criados fóruns a fim de permitir a participação de diferentes grupos, formados por homens e mulheres de diferentes ambientes sociais e culturais e de distinta idade e orientação sexual para opinar sobre o que foi alcançado pelo Plano Nacional de Desenvolvimento anterior. O resultado obtido foi incorporado ao novo plano.

Fonte: República do Equador, Conselho Nacional de Planjemento. National development plan/national plan for good living, 2013–2017. Summarized version. Quito: National Secretariat of Planning and Development; 2013. Disponível (em inglês) em: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/12/Buen-Vivir-ingles-web-final-completo.pdf

11B. TODO GOVERNO — LEGISLATIVO, JUDICIÁRIO E EXECUTIVO — DEVE TER RESPONSABILIDADE PELA GARANTIA DE EQUIDADE EM TODAS AS POLÍTICAS

Muitos dos fatores que moldam os padrões e a magnitude das iniquidades em saúde dentro de um país vão além do controle direto dos ministérios da área da saúde. Por esta razão, as perspectivas eficientes da governança quanto à equidade em saúde requerem uma perspectiva que englobe todo o governo, na qual os diferentes setores e níveis de governança estejam envolvidos para criar e manter o suporte político que garanta a equidade em saúde como um bem social.

Uma perspectiva como esta inclui o fortalecimento da coerência das ações de forma transetorial e envolvendo as partes interessadas — públicas, privadas e voluntárias — a fim de criar fluxos de recursos para corrigir os padrões atuais e reduzir a magnitude da iniquidade em saúde. A perspectiva também inclui a melhoria da distribuição dos determinantes de oportunidades para que toda a população seja.

A fim de alcançar estas metas, é importante fortalever a coerência e os recursos das ações. O setor da saúde tem um papel crítico nas ações transgovernamentais em defesa da visão de equidade em saúde como uma prioridade do governo e fortalecimento da mudança. Tem um papel chave na liderança e influencia junto à opinião pública. Entretanto, somente será eficiente se houver capacidade em outros setores — legislativo, ministérios, governo local, ONGs, sociedade civil, comunidades — para lidar com as mudanças impostas pela ação intersetorial sobre as "causas das causas" das desigualdades na saúde.

> Sem compromissos éticos, a organização social e a redistribuição de recursos não são possíveis; estes esforços devem ser voluntários e se basear em princípios morais...O público em geral e os representantes eleitos e outros funcionários do governo devem aceitar e adotar o viés moral da equidade em saúde para todos.
>
> **Jennifer Prah Ruger, Professora de Equidade em Saúde, Economia e Política da Universidade da Pensilvânia, em *Global health justice and governance*, 2018**

PERSPECTIVA DE SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS (STP)

Umas das perspectivas adotadas quanto à política pública na região é a da Saúde em Todas as Políticas. Ela pode fornecer a base para uma necessária adoção de ações coerentes e concretas em todo o governo a fim de melhorar a saúde, já adotada por muitos países nas Américas *(330)*. Entretanto, há necessidade de uma ênfase mais forte ao assegurar a equidade em todas as políticas.

As perspectivas de equidade em saúde em todas as políticas vão além das perspectivas STP convencionais *(331)*. Ainda que o setor da saúde de modo geral tenha um papel central, a perspectiva sistematicamente leva em conta as implicações sobre a equidade em saúde das decisões intersetoriais. Como advertência, contudo, uma análise das perspectivas já empregadas mostrou que a ação intersetorial parece ter sido usada na maioria dos casos a fim de se lidar com os determinantes em saúde do meio para a frente, com respeito aos comportamentos, por exemplo, tendo sido a ação sobre as "causas da causas" usada com menor frequência *(332)*.

As Américas foram a primeira região da OMS a estabelecer uma plano regional de ação sobre a

Boxe 5.5. Exemplos de planos baseados na Perspectiva de Saúde em Todas as Políticas

Após receber o primeiro treinamento em Saúde em todas as Políicas (STP) da sub-região do Caribe em 2015, o governo do Suriname começou a se mover na direção da implementação da perspectiva STP a fim de tratar dos determinantes sociais em saúde. Sob a liderança do Ministério da Saúde e com o apoio da OPAS, o governo do Suriname implementou uma "Avaliação Rápida dos Determinantes Sociais da Saúde" para entender as causas dos maiores problemas e desigualdades na área. A avaliação dos dados disponíveis concluiu que a localização, a situação socioeconômica, o grupo populacional e o gênero são os determinantes sociais que se relacionam de maneira predominante com as principais doenças que impactam os anos de vida ajustados à deficiência no país. Essas conclusões foram usadas para estabelecer oito áreas de ação específicas para a implementanção da STP:

- Educação e emprego
- Planejamento e gerenciamento da terra
- Ambientes (moradia, infraestrutura viária, mobilidade)
- Planejamento comunitário abrangente (integração da comunidade nos processos sociopolíticos e administrativos)
- Responsabiliadde no consumo (tabaco, álcool e alimentação)
- Capacitação para o emprego
- Governança do sistema de saúde
- Organização e gerencimanto do sistema de saúde

A experiência do Suriname ressalta as fortes relações entre os determinantes sociais da saúde e a adoção da STP intersetorial.[1]

Estados Unidos da América: Avaliação das STP

A fim de ajudar na informação da avaliação das iniciativas de STP nos Estados Unidos da América, uma perspectiva foi desenvolvida em 2017 por profissionais de saúde pública em vários estados. Ela inclui um modelo lógico e um conjunto de potenciais indicadores que podem ser usados para descrever e avaliar as atividades, resultados e respostas de STP. Ela centra em políticas que têm como objetivo tratar os determinantes sociais da saúde através do aumento da colaboração intersetorial e da integração das considerações da área da saúde nas decisões feitas pelos setores de outras áreas. Sua base é:

- uma análise da literatura das perspectivas, práticas e avaliações de STP e
- consultorias com especialistas com conhecimento substancial na implementação ou avaliação de iniciativas de STP.

Estudos de caso dos estados da Califórnia e Washignton e da cidade de Nashville ressaltam exemplos de avaliação de STP e as formas pelas quais o contexto local e as metas afetam as avaliações.[2]

Fontes: [1] Organização Pan-Americana da Saúde. Health in All Policies in the Americas. Health in All Policies approach: quick assessment of health inequities [Internet]; 2015. Disponível (em inglês) em: http://saludentodaslaspoliticas.org/en/experiencia-amp.php?id=29
[2] Gase LN, Schooley T, Lee M, Rotakhina S, Vick J, Caplan J. A practice-grounded approach for evaluating health in all policies initiatives in the United States. J Public Health Manag Pract. 2017;23(4):339–47.

Saúde em Todas as Políticas, em 2014. O plano de ação da região marca um passo significativo para a aceitação global da ação coletiva e coordenada em relação à saúde. O progresso feito desde então nas Américas inclui uma série de documentações e atividades de guia projetadas para apoiar os Estados Membros na implementação, incluindo o Guia para o Plano de Ação de Saúde em Todas as Políticas e a criação da Força Tarefa e Grupo de Trabalho de Saúde em Todas as Políticas e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Além disso, muitos países, inclusive o Brasil, Chile, México e Suriname, recentemente se comprometeram com a capacitação e o planejamento que assegurarão que a saúde seja firmemente colocada no centro do desenvolvimento e planejamento político nacional *(21)*.

Exemplos de planos nacionais com base na perspectiva STP são mostrados na Boxe 5.5.

ALINHAMENTO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Além de ter reconhecimento explícito da formulação da Saúde em Todas as Políticas, uma perspectiva que englobe todo o governo está alinhada com a perspectiva holística da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus 17 ODS *(94)*. Os ODS podem não ter sido formulados com a colocação da saúde como objetivo específico, já que não foi adotada a perspectiva de STP, mas quase todos os ODS são diretamente relevantes para atingir maior equidade em saúde e seus determinantes sociais, caso sejam consistentemente desagregados para lidar com as redistribuições dentro da sociedade. Muitos dos ODS também são diretamente relevantes para o combate à discriminação, que geralmente é a base para as desigualdades.

Cada um dos ODS tem metas específicas para alcançar nos mais de 15 anos a partir de sua adoção, e a maioria deles tem indicadores existentes ou desejados em relação a cada meta. Para se chegar aos ODS, a ONU reconhece que todos precisam fazer sua parte, incluindo os governos, o setor privado e a sociedade civil *(6)*. Esse anseio está alinhado com os acordos governamentais identificados anteriormente como sendo necessários para o tratamento dos determinantes sociais e a melhoria da equidade em saúde.

Para fazer progresso no alcance dos ODS, é necessário desenvolver acordos governamentais, incluindo legislações e regulamentações, a fim de fortalecer a responsabilidade conjunta para a equidade intersetorial e entre os responsáveis por decisões e dentro e fora do governo *(321)*. Isto requer uma considerável capacitação em habilidades e uma substancial mudança na cultura das organizações em nível nacional, local e comunitário. Um exemplo do Canadá é dado na Boxe 5.6.

Boxe 5.6. Exemplos de programas e políticas para que todo o governo — o legislativo, o judiciário e o executivo — devem ter responsabilidade na garantia de equidade em todas as políticas

Os passos da Agência de Saúde Pública do Canadá para a ação intersetorial

A Agência de Saúde Pública do Canadá identificou os passos necessários para a implementação da ação intersetorial na área da saúde da forma a seguir:

- Criar uma estrutura política e uma perspectiva da saúde que levem à ação intersetorial.
- Enfatizar os valores, interesses e objetivos compartilhados entre parceiros de fato e em potencial.
- Assegurar o apoio político e construir fatores positivos no ambiente político.
- Engajar parceiros chave desde o início e ser inclusivo.
- Assegurar relações horizontais adequadas em todo o setor, assim como relações verticais dos níveis dentro dos setores.
- Investir no processo de construção de alianças através do trabalho para o consenso na etapa de planejamento.
- Focar objetivos concretos e resultados visíveis.
- Assegurar que a liderança, a responsabilidade e as recompensas sejam compartilhadas entre os parceiros.
- Construir equipes estáveis de pessoas que trabalhem juntas com sistemas de apoio apropriados.
- Desenvolver modelos, ferramentas e mecanismos práticos para apoiar a implementação da ação intersetorial.
- Assegurar a participação pública, educar o público e criar consciência sobre os determinantes da saúde e a ação intersetorial

Fonte: Agência de Saúde Pública do Canadá. Crossing sectors — experiences in intersectoral action, public policy and health. Ottawa: Governo do Canadá; 2007. Disponível (em inglês) em: https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/2007/crossing-sectors-experiences-intersectoral-action-public-policy-health.html

© iStock

11C. DESENVOLVER E ASSEGURAR O ENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE EM GERAL — INCLUINDO A SOCIEDADE CIVIL E AS COMUNIDADES — AO ESTABELECER PRIORIDADES E POLÍTICAS PARA ALCANÇAR A EQUIDADE EM SAÚDE

Os governos precisam do envolvimento da sociedade civil e das comunidades como parte da perspectiva que abranja todo o governo. Em particular, o envolvimento da sociedade civil é necessário para estabelecer prioridade e desenvolver políticas. Para isto, é essencial divulgar maciçamente ao público em geral, no âmbito local ou nacional, conhecimentos e dados sobre saúde, equidade e determinantes a fim de que os governos possam ser transparentes quando à natureza e a dimensão do desfaio da equidade em saúde.

Isto requer que os governos se comprometam e disponibilizem análises de uma gama de dados de resultados em saúde, tanto em termos absolutos (por exemplo, os números de anos adicionais com saúde precária como resultado das desigualdades) e em termos relativos (por exemplo, a razão das taxas de saúde precária no pior grupo quando comparado com o melhor).

As comparações são necessárias quanto aos hiatos entre os melhores e os piores, assim como quando as medidas de distribuição, como o índice absoluto de desigualdade e os índices de concentração da desigualdade de acordo com o gradiente. Entretanto, nas Américas há uma grande variabilidade dos dados disponíveis. Alguns países não têm mesmo as informações mais básicas. Sistemas de vigilância devem ser construídos e investimentos ser feitos na infraestrutura necessária.

Um importante marcador da qualidade da informação em relação a países e áreas dentro dos países é o nível de "registro civil", particularmente quanto a nascimentos, mortes e casamentos. Em muitos dos países de baixa renda, os níveis gerais de registro são geralmente baixos ou instáveis em relação à região do país, com níveis mais baixos em áreas menos acessíveis ou que vivem conflitos. As Nações Unidas estimam que por volta de um quarto dos países das Américas tem menos de 90 por cento de cobertura *(1)*.

A Figura 5.1 mostra 27 países das Américas onde os dados de registro de nascimento são prontamente fornecidos. Ainda que sete deles tenham registros completos ou quase completos no momento da amostragem, em sete países mais de 10 por cento dos nascimentos não estavam registrados *(1)*.

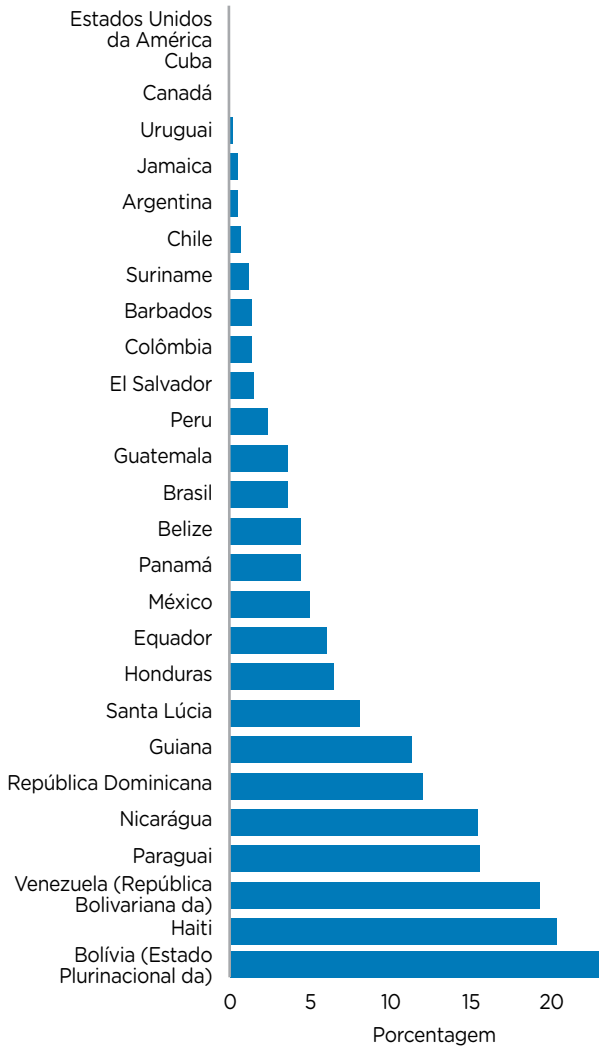
À medida que é importante identificar e ser transparente sobre as escalas das desigualdades em saúde e seus determinantes sociais, estes não podem ser processos definitivos. Os governos devem promover de forma ativa a transparência, a prestação de contas de suas ações e o progresso através de um sistema de monitoramento eficiente da equidade em saúde e dos determinantes sociais.

Medir as mudanças pelos níveis médios dos indicadores de saúde e condições sociais em um país é importante para monitoramento da eficiência geral dos sistemas de saúde, da contribuição feita pelos programas sociais e do possível impacto neste contexto de desenvolvimentos nacionais e globais maiores e fora do controle dos governos. Contudo, estas medidas gerais raramente fornecem informações suficientes para a conversão de informação em ação.

DESAGREGAÇÃO DE DADOS

As formas segundo as quais os diferentes grupos são afetados e reagem a mudanças sociais e

Figura 5.1.
Porcentagem de nascimentos não registrados em alguns países das Américas, 2016 ou o ano mais recente



Fontes: Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial. Indicadores de desenvolvimento mundial [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

políticas varia sistematicamente de um para outro. É, portanto, importante desagregar indicadores com base nas medidas reais ou representativas tanto dos grupos sociais quanto das mudanças que ocorrem com o tempo. De maneira crucial, a lista dos indicadores de ODS começa com um parágrafo da Agenda de Ação de Addis Abeba *(333)* sobre a desagregação, como segue:

Os indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável devem ser desagregados, quando for relevante, por renda, sexo, idade, raça, etnia, situação migratória, deficiência e localização ou outras características, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais.

As medidas das tendências de desigualdades nestas condições também são necessárias para traçar as consequências das decisões políticas sobre as desigualdades na área da saúde *(334)* e para a responsabilização dos governos pelo progresso na equidade em saúde. A desagregação precisa refletir — tanto quanto possível na rotina de estatísticas de monitoramento — variações de tempo e gerações. Com base nisto, a desagregação por idade, gênero, geografia (como urbano/rural, região, administração local ou desapropriação de terras), escolarização e alguns indicadores de recursos materiais (como renda, posse/carência material, riqueza, situação socioeconômica) é necessária. Quando a vulnerabilidade está associada a características adicionais específicas, ela é necessária par a se entender a base contextual de desigualdade — por exemplo, gênero, etnia/raça ou situação de migração.

A Boxe 5.7 mostra quais indicadores de ODS podem ser usados para monitorar os determinantes sociais de equidade em saúde nas Américas.

A OMS realizou uma consulta global a respeito de seus sistemas de monitoramento global de ação sobre os determinantes sociais da saúde em 2016 *(325)*. Uma estrutura e um conjunto de indicadores estão sendo desenvolvidos a fim de alinhar as dimensões da Declaração do Rio com os indicadores de ODS ou outros indicadores existentes, quando os indicadores de ODS relevantes não estiverem disponíveis.

Uma estrutura existente de desagregação de indicadores para o monitoramento de base foi fornecida pelo Canadá (Boxe 5.8).

ENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL

De forma geral, há uma falta de entendimento da vida social, cultural e econômica das comunidades e grupos para as quais se desenvolvem políticas com o intuito de lidar com a desigualdade. Quando isto ocorre, o resultado são intervenções inadequadas às realidades da vida das pessoas e que podem ser insuficientes para garantir os benefícios pretendidos por aqueles que deles necessitam. Assim, há uma necessidade de mais envolvimento das pessoas e comunidades locais na definição dos problemas e na geração e implementação de soluções. Isto também é necessário

para dar mais ênfase às soluções locais a fim de se acabar com as iniquidades e se compreender a vida social, cultural e econômica das populações mais afetadas. Este tipo de engajamento com as pessoas e as comunidades locais pode ser visto nos exemplos apresentados anteriormente, como os passos dados pelo Plano Nacional para o Bem-Viver do Equador (Boxe 5.4) e pela Agência de Saúde Pública do Canadá para a ação intersetorial (Boxe 5.6).

Os governos devem fornecer apoio para que as pessoas e comunidades participem das decisões locais e desenvolvam soluções que atinjam políticas e investimentos em nível local e nacional. A fim de alcançar isto através de uma abordagem que considere o governo e a sociedade um todo, os governos devem:

- Fortalecer a capacidade das ONGs e autoridades locais para que usem métodos de participação no planejamento que melhorem a saúde e reduzam as iniquidades sociais;
- Usar ferramentas e instrumentos para fornecer apoio em nível local a fim de definir problemas e soluções com informações a partir de dados locais;
- Comprometer-se, pedir e encorajar a prestação e contas ao público de ações e do progresso feito para permitir o acesso e o debate de resultados e novos desafios por e junto às comunidades e terceiros; e
- Disponibilizar conhecimentos e dados sobre saúde, equidade e determinantes sociais em domínio público a nível nacional e local *(319, 322)*.

Boxe 5.7. Uso de indicadores de ODS para monitorar os determinantes sociais de equidade em saúde

Para se ampliar a disponibilidade de indicadores de determinantes sociais da saúde, a forma mais promissora parece ser alinhar esses indicadores com alguns daqueles recomendados para monitorar o progresso dos ODS-chave, selecionados com base em sua relevância para a equidade em saúde. Também é preciso assegurar que os indicadores sejam adequadamente desagregados para se saber se há uma diminuição da iniquidade social na sociedade.

A lista abaixo é ilustrativa da gama dos indicadores de ODS que podem ser apropriados para monitorar a equidade na região, caso tenham sido bem desagregados s, conforme recomendação da Assembleia Geral da ONU *(333)*.

Objetivo de Desenvolvimento Sustentável	Indicadores-chave para monitorar a equidade em saúde e seus determinantes	
	1.2.1	Proporção da população que vive abaixo da linha da pobreza nacional, por sexo e idade
	1.a.2	Proporção do gasto público total com serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)
	1.3.1	Proporção da população coberta por sistemas/pisos de proteção social, por sexo, distinguindo crianças, desempregados, idosos, pessoas com deficiência, gestantes, recém-nascidos, vítimas de lesões por trabalho e pessoas pobres e vulneráveis
	2.2.1	Prevalência de baixa estatura entre crianças com menos de 5 anos
	2.2.2	Prevalência de problemas nutricionais entre crianças com menos de 5 anos, por tipo (desnutrição e sobrepeso)

(continua na página seguinte)

Boxe 5.7. Uso de indicadores de ODS para monitorar os determinantes sociais de equidade em saúde *(continuação)*

Objetivo de Desenvolvimento Sustentável	Indicadores-chave para monitorar a equidade em saúde e seus determinantes	
	3.1.1	Taxa de mortalidade materna
	3.1.2	Proporção de nascimentos assistidos por pessoal qualificado
	3.2.1	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos
	3.6.1	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito
	3.7.1	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos
	3.7.2	Taxa de nascimentos na adolescência (entre 10 e 14 anos e entre 15 e 19 anos) a cada 1.000 mulheres nesta faixa etária
	3.8.2	Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares
	3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída à poluição do ar ambiente e livre
	3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída à falta de água segura, saneamento básico e higiene
	4.5.1	Índices de paridade de todos os indicadores de educação nesta lista que podem ser desagregados: homem/ mulher, rural/ urbano, quintil inferior/ superior de riqueza e outros, como pessoas com deficiência, indígenas e pessoas afetadas por conflitos, à medida que haja dados disponíveis

(continua na página seguinte)

A governança para a equidade em saúde também requer novas formas de liderança que mudem o local do poder para as comunidades e apoiem uma mudança para sistemas de tomada de decisões descentralizados que envolvam as comunidades locais. Para isto, é necessário fortalecer a capacidade das ONGs e autoridades locais de usar métodos de participação no planejamento que melhorem a saúde e diminuam as iniquidades sociais.

Para alcançar estas mudanças, os instrumentos e mecanismos precisam ser fortalecidos para assegurar a equidade de voz e perspectivas na tomada de decisões. Deve-se especificamente dar ênfase à garantia de que as diferentes necessidades de grupos marginalizados e em risco sejam reconhecidas e que eles se envolvam na alocação de recursos, assim como no projeto, monitoramento e análise de políticas, serviços e intervenções. A fim de reconhecer estas necessidades e envolver estes grupos, são necessários:

- Mecanismos que promovam de maneira ativa o envolvimento das pessoas e partes interessadas locais na definição de problemas e no desenvolvimento de soluções;

Boxe 5.7. Uso de indicadores de ODS para monitorar os determinantes sociais de equidade em saúde *(continuação)*

Objetivo de Desenvolvimento Sustentável	Indicadores-chave para monitorar a equidade em saúde e seus determinantes	
	5.1.1	Existência ou não de estruturas jurídicas em vigor para promover, aplicar e monitorar a igualdade e a não discriminação por sexo
	5.4.1	Proporção de tempo gasto em trabalhos domésticos e de cuidado não remunerados, por sexo, idade e local
	5.5.1	Proporção de assentos detidos por mulheres nos parlamentos nacionais e governos locais
	5.5.2	Proporção de mulheres em cargos de gerência
	5.a.1	(a) Proporção da população agrícola total com posse ou segurança de direitos sobre a terra, por sexo e (b) quantidade de mulheres entre proprietários ou detentores de direitos de terra agricultável, por tipo de posse
	5.a.2	Proporção de países onde a estrutura jurídica (incluindo o direito consuetudinário) garante os direitos igualitários das mulheres à posse e/ou controle da terra
	5.c.1	Proporção de países com sistemas para rastrear e fazer investimentos públicos voltados para a igualdade de gênero e empoderamento das mulheres
	6.1.1	Proporção da população com acesso a serviços de fornecimento de água potável
	6.2.1	Proporção da população que faz uso de (a) serviços de saneamento básico e (b) local para lavagem das mãos com água e sabão
	8.5.2	Taxa de desemprego, por sexo, faixa etária e pessoas com deficiência
	8.6.1	Porcentagem de jovens (com idade entre 15 e 24 anos) sem escolarização, emprego ou capacitação
	8.7.1	Proporção e número de crianças com idade entre 5 e 17 anos que trabalham, por sexo e idade

(continua na página seguinte)

- A garantia de análise regular e abrangente do progresso feito, que promova o compromisso e a compreensão comuns do alcance dos resultados compartilhados; e
- O uso de evidências para assegurar que as políticas se encarreguem das principais causas e elas possam ser adaptadas com o tempo.

Boxe 5.7. Uso de indicadores de ODS para monitorar os determinantes sociais de equidade em saúde *(continuação)*

Objetivo de Desenvolvimento Sustentável	Indicadores-chave para monitorar a equidade em saúde e seus determinantes	
	10.1.1	Taxas de crescimento de gastos com moradia ou renda per capita entre os 40 por cento mais pobres da população e da população total
	10.2.1	Proporção de pessoas que vivem abaixo dos 50 por cento de renda média, por idade, sexo e pessoas com deficiência
	10.4.1	Parcela do PIB gasta em salários, incluindo os salários e a proteção social
	10.6.1	Proporção de membros e pessoas com direito a voto dos países em desenvolvimento nas organizações internacionais
	10.a.1	Proporção de linhas de impostos aplicadas a importações de países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento com taxa zero
	11.1.1	Proporção da população urbana que vive em favelas, assentamentos informais e moradias inadequadas

(continua na página seguinte)

PARTICIPAÇÃO INFANTIL

O papel central que a infância tem no desenvolvimento das desigualdades em saúde em toda a vida aponta para a necessidade de dar às crianças uma voz apropriada nos fatores que afetam sua saúde e futuros. Os governos precisam adotar medidas positivas para apoiar estes direitos de participação, inclusive na educação pública, processos jurídicos e defesa, para chegar à equidade em saúde.

As instituições de direitos das crianças, sob suas várias formas em toda a região, têm o potencial de garantir voz às crianças. Elas podem contribuir desafiando e combatendo as barreiras legais, políticas, econômicas, sociais e culturais que impedem que as crianças sejam escutadas e que participem em todas as questões que as afetam *(335)*. As instituições tornaram-se uma fonte de conhecimento e apoio para que os governos e outras partes interessadas criem oportunidades para a participação infantil. Estas instituições foram criadas nos anos 20 e 30 como resultado da conscientização nas Américas quanto ao abuso vivido por crianças em situações muito vulneráveis (como em instituições). Entretanto, as reformas legislativas que seguiram esta criação concentraram-se mais na prevenção de excessos em tais instituições, como prisões, do que em evitar que as crianças sejam enviadas para lá em primeiro lugar e privadas de sua liberdade *(336)*.

A adoção da Convenção sobre os Direitos da Criança em 1989 *(337)* acelerou a criação de instituições independentes de direitos das crianças e permitiu que elas tivessem papéis mais amplos e criativos. A Convenção reconhece que cada criança tem o direito a atenção e assistência especiais, assim como a ser preparada de forma completa para ter uma vida individual na sociedade, ser educada em um ambiente de paz, dignidade, tolerância, igualdade e solidariedade. Para isto, o Artigo 12 da Convenção requer que

Boxe 5.7. Uso de indicadores de ODS para monitorar os determinantes sociais de equidade em saúde *(continuação)*

Objetivo de Desenvolvimento Sustentável	Indicadores-chave para monitorar a equidade em saúde e seus determinantes	
	16.1.1	Número de vítimas de homicídio intencional a cada 100.000 pessoas por sexo e idade
	16.1.2	Mortes relacionadas a conflitos a cada 100.000 pessoas, por sexo, idade e causa
	16.1.3	Proporção da população sujeita a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses
	16.1.4	Proporção da população que se sente segura andando sozinha na área em que vive
	16.7.1	Proporções de cargos (por sexo, idade, pessoas com deficiência e grupos populacionais) em instituições públicas (legislações local e nacional, serviço público e judiciário) comparadas com distribuições nacionais
	16.7.2	Proporção da população que acredita que a tomada de decisões é inclusiva e rápida, por sexo, idade, deficiência e grupo populacional
	16.8.1	Proporção de membros e pessoas com direito a voto dos países em desenvolvimento em organizações internacionais
	16.10.1	Número de casos verificados de mortes, sequestros, desaparecimento, prisão arbitrária e tortura de jornalistas, pessoal associado à mídia, sindicalistas e ativistas dos direitos humanos nos últimos 12 meses
	17.18.1	Proporção de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos a nível nacional com total desagregação, quando relevante, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais
	17.19.2	Proporção de países que (a) realizaram ao menos um censo populacional e de moradia nos últimos 10 anos e (b) alcançaram 100 por cento de registros de Nascimento e 80 por cento de registros de óbitos

Fonte: United Nations. SDG indicators. Metadata repository [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://unstats.un.org/sdgs/metadata/

os Estados assegurem que uma criança capaz de formar suas próprias visões tenha o direito de expressar tais visões de maneira livre em relação a todos os assuntos que a afetem e que elas sejam consideradas de acordo com a idade e a maturidade das crianças. De maneira similar, o Artigo 13 dá às crianças liberdade, inclusive para buscar, receber e expressar informações e ideias de todos os tipos.

Boxe 5.8. Monitoramento de base no Canadá

Em um relatório intitulado Key Health Inequities in Canada: A National Portrait de 2018, vários indicadores são identificados como base para o monitoramento, como mostra a Tabela 5.1. Estes indicadores foram analisados por cada um dos estratificadores sociais a seguir, quando possível:

- Sexo/gênero
- Identidade indígena
- Origem cultural/ racial
- Sexualidade
- Condições de saúde
- Limitação de atividades e participação
- Situação de migração
- Renda
- Escolarização
- Emprego
- Profissão
- Carência material e social
- Residência urbana/rural

Fonte: Agência de Saúde Pública do Canadá; Rede Pan-canadense de Saúde Pública. Key health inequalities in Canada: a national portrait [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research--data/key-health-
inequalities-canada-national-portrait-executive-
summary.html

Tabela 5.1.
Lista de base de indicadores-chave, Canadá, 2016/2017

Resultados em saúde	Expectativa de vida e mortalidade	• Expectativa de vida ao nascer (nível ecológico) e expectativa de vida ajustada à saúde aos 18 anos (nível individual) • Mortalidade infantil — peso > 500 gramas • Mortalidade por lesão não intencional — todas as idades
	Doença mental	• Suicídio/ automutilação intencional — todas as idades • Hospitalização por doença mental — maiores de 15 anos
	Saúde autoavaliada	• Saúde mental percebida como precária ou boa — maiores de 18 anos
	Resultados de causas específicas	• Artrite — maiores de 18 anos • Asma — maiores de 18 anos • Diabetes — excluindo gestantes, maiores de 18 anos • Deficiência — maiores de 18 anos • Incidência de câncer de pulmão • Obesidade — maiores de 18 anos • Saúde bucal — incapacidade de mastigar — maiores de 18 anos • Tuberculose
Determinantes da saúde (condições de vida diária)	Comportamentos de saúde	• Uso intenso de álcool • Tabagismo — maiores de 18 anos
	Ambiente físico e social	• Necessidades básicas de moradia • Exposição a tabagismo passivo em casa maiores de 18 anos
Determinantes da saúde (fatores estruturais)	Iniquidades sociais	• Insegurança alimentar — família • Trabalhadores pobres
	Desenvolvimento na primeira infância	• Vulnerabilidade no desenvolvimento da primeira infância — entre 5 e 6 anos

Fonte: Public Health Agency of Canada; Pan-Canadian Public Health Network. Key health inequalities in Canada: a national portrait [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary.html

Boxe 5.9. Exemplos de apoios locais na melhoria dos ambientes social e local como meio de promoção da saúde para todos

Healthy People 2020, Estados Unidos da América. Este plano estratégico é coordenado em nível federal pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos (DHHS) dos Estados Unidos da América.[1] A área de determinantes da saúde no Healthy People 2020 é projetada para identificar formas de criar ambientes físicos e sociais que promovam a saúde para todos.[2] Ele conta com um estrutura local que reflete cinco áreas-chaves dos determinantes sociais da saúde: estabilidade econômica, educação, contextos social e comunitário, saúde e atenção à saúde e vizinhança e ambiente construído. De maneira específica, o plano para 2020 enfatiza a necessidade de considerar fatores como a pobreza, a educação e aspectos da estrutura social que não só influenciam a saúde das populações, mas que também limitam a habilidade de muitos de alcançar a equidade em saúde.[2]

Orçamento Participativo, Porto Alegre, Brasil. Em 1989, a Prefeitura de Porto Alegre desenvolveu um sistema inovador e participativo de orçamento municipal chamado Orçamento Participativo como resposta à má administração dos orçamentos, coleta de impostos e gastos públicos. O Orçamento Participativo tinha como objetivo implementar uma administração democrática e transparente dos recursos municipais a fim de evitar a corrupção e apoiar os investimentos em infraestrutura urbana. Os cidadãos puderam tomar decisões em questões públicas e ativamente participar de reuniões, convenções regionais e assembleias. Em 1996, aproximadamente 1.000 entidades e associações estavam registradas junto ao Orçamento Participativo e a Prefeitura tinha encaminhado entre 15 e 25 por cento da renda dos investimentos, com o resto sendo gasto com o pagamento de funcionários e outras despesas administrativas. Como resultado, em Porto Alegre, a cobertura do fornecimento de água aumentou de 400.000 domicílios em 1990 para 465.000 em 1995. A cobertura de coleta de resíduos e esgoto também aumentou de 46 por cento da população em 1989 para 74 por cento em 1996.[3]

Fontes: [1] Koh K, Piotrowski JJ, Kumanyika S, Fielding JE. Healthy people: a 2020 vision for the social determinants approach. Health Educ Behav. 2011 Dec;38(6):551–7.
[2] Office of Disease Prevention and Health Promotion. Social determinants of health [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health
[3] Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. The experience of the participative budget in Porto Alegre Brazil. Paris: UNESCO; 1996. Disponível (em inglês) em: http://digital-library.unesco.org/shs/most/gsdl/cgi-bin/library?e=d-000-00---0most--00-0-0--0prompt-10---4------0-1l--1-en-50---20-about---00031-001-1-0utfZz-8-00&a=d&c=most&cl=CL3.1&d=HASHdc400ee310c647023cf286

Boxe 5.10. Exemplos de instituições e políticas que promovem medidas para apoiar o direito à participação infantil

Promoção de perspectivas igualitárias para as crianças mais marginalizadas

As instituições independentes que lutam pelos direitos das crianças têm um papel importante na defesa de políticas que objetivam corrigir as desvantagens vividas por algumas crianças e tratar a exclusão. Em 2010, por exemplo, o Conselho Canadense para a Defesa da Criança e do Adolescente convocou um plano nacional para melhorar o bem-estar e as condições de vida das crianças e adolescentes indígenas do Canadá. Em particular, recomendou uma estratégia coordenada para diminuir os hiatos significativos nos resultados de saúde, educação e segurança aparentes entre as crianças indígenas e não indígenas.[1]

Muitos dos desafios da promoção das perspectivas igualitárias estão na marginalização das questões sobre um contexto político e social mais amplo. Fazer mudanças quanto às crianças excluídas requer esforços significativos para aumentar a visibilidade das questões que as afetam e sejam consideradas dignas de atenção políticas. Outros desafios dizem respeito à natureza da instituição individual em si. A habilidade de uma delas em promover os direitos das crianças mais excluídas geralmente requer que se considere de forma específica seus trabalhos e perfil interno, por exemplo, através da contratação de funcionário de grupos minoritários ou indígenas para ajudar a satisfazer as necessidades das crianças mais marginalizadas.[2]

Fontes: [1] Canadian Council of Provincial Child and Youth Advocates. Aboriginal children and youth in Canada: Canada must do better. Position paper, 23 June 2010. Edmonton: Canadian Council of Provincial Child and Youth Advocates; 2010.
[2] Hughes T. Final progress report on the implementation of the recommendations of the BC Children and Youth Review. Victoria: Representative for Children and Youth; 2006. Disponível (em inglês) em: https://rcybc.ca/sites/default/files/documents/pdf/reports_publications/final_progress_report.pdf

(continua na página seguinte)

Boxe 5.10. Exemplos de instituições e políticas que promovem medidas para apoiar o direito à participação infantil *(continuação)*

Em Ontário, no Canadá, a Secretaria da Defesa Provincial das Crianças e Adolescentes faz visitas mensais a escolas especiais para crianças com deficiências visual e auditiva e/ou com dificuldades de aprendizagem severa a fim de conhecer suas experiências de acesso a estes serviços. À medida que outros meios de comunicação apresentam barreiras significativas a estes alunos, eles se sentem mais confortáveis ao levar seus problemas aos funcionários desta Secretaria.[3]

Promoção da participação infantil na sociedade

Em 2012, a UNICEF publicou um relatório chamado *Championing Children's Rights: A Global Study of Independent Human Rights Institutions for Children*, que terminava com várias recomendações.[4] Aquelas que são relevantes para o apoio do direito à participação infantil podem ser resumidas como se segue:

- Os **governos e parlamentos** devem assegurar que as instituições sejam fundadas de acordo com a lei, que tem várias disposições importantes relativas a este assunto. Uma instituição deve explicitar sua base na Convenção sobre os Direitos da Criança.
- Os **governos** devem instruir os departamentos e órgãos públicos relevantes em todos os níveis para que cooperem com as instituições em todas as suas fases de operação.
- Os **parlamentos** devem se engajar de forma ativa com as instituições independentes.
- As instituições independentes que lutam pelos direitos das crianças, em especial aquelas integradas a uma instituição de direitos humanos com frente ampla, devem analisar sua eficiência no encorajamento da participação infantil, especialmente em relação às crianças mais novas e marginalizadas.
- A **sociedade civil** deve apoiar as instituições independentes através de cooperação presente, do compartilhamento das informações, do apoio às crianças e outros agentes nas denúncias, apoio ao seguimento das recomendações e, quando apropriado, compartilhamento de conhecimento técnico.
- Os **doadores e as organizações intergovernamentais** devem fornecer assistência técnica no estabelecimento e fortalecimento das instituições independentes, criar conscientização de seu papel, prestar consultorias quanto à legislação que lhes concerne e promover capacitações solidárias dentro do país.[4]

As ONGs podem complementar e apoiar o papel desempenhado pelas instituições independentes que lutam pelos direitos das crianças de várias formas.[5] Em muitos lugares, os representantes das ONGs também são membros de comissões de direitos humanos e, assim, têm a possiblidade de influenciar prioridades de uma instituição.[6]

Muitas dessas instituições na América Latina contam com ouvidorias locais, que facilitam a acessibilidade geográfica. Isto ajuda as comunidades rurais e indígenas e acessar estas instituições da mesma forma que as pessoas que vivem em centros urbanos o fazem. No Peru, por exemplo, há 840 Ouvidorias locais da Criança e do Adolescente que lideram com mais de 130.000 casos em 2010.[7]

O site da Ouvidoria do povo no Peru é mais prontamente acessível por estar disponível em língua indígena, quéchua, inclusive com um formulário de denúncia nesta língua.[7]

Outra forma de aumentar a acessibilidade geográfica das instituições é viajar até áreas remotas com a finalidade de ter interação direta com as pessoas. Em 2009, a Comissão Nacional de Direitos Humanos de Honduras estabeleceu unidades móveis para fomentar a conscientização pública da Comissão, ouvir denúncias e informar o público sobre casos pendentes e resultados de investigações.[8]

Fontes: [3] Provincial Advocate for Children and Youth. Report to the legislature: annual report 2010–2011. Toronto: Provincial Advocate for Children and Youth; 2011: 19. Disponível (em inglês) em: https://open.alberta.ca/dataset/2053399b-8ddd-4b0f-8060-c5d7b7c57d26/resource/5b865c09-34fe-4516-b1ef-914c620e2447/download/4439121-2010-2011-Children-Youth-Services-Annual-Report.pdf
[4] Fundo das Nações Unidas para a Infância. Championing children's rights: a global study of independent human rights institutions for children – summary report. Florença: Escritório de Pesquisa da UNICEF - Innocenti; 2012. Disponível (em inglês) em: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/championing2_eng.pdf
[5] Vuckovic-Šahovic N. The role of civil society in implementing the general measures of the Convention on the Rights of the Child. Innocenti Working Paper No. 2010–18. Florença: Centro Internacional de Desenvolvimento Infantil da UNICEF; 2010: 39. Disponível (em inglês) em: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2010_18.pdf
[6] Agência de Saúde Pública do Canadá. Canadian best practices portal: social determinants of health [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/public-health-topics/social-determinants-of-health/
[7] Ministério da Mulher e das Populações Vulneráveis. Governo do Peru [Internet]; 2018 [citado em 3 de março de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.gob.pe/mimp
[8] Comissão Nacional dos Direitos Humanos da República de Honduras. Informe anual 2009 [Internet]; 2009 [citado em 3 de março de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://190.92.18.85/descargas/InformesAnuales/CONADEH_2009.pdf

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Convenção sobre os Direitos da Criança de 1990 (Nações Unidas [1990])

A Convenção tem 54 artigos que cobrem todos os aspectos da vida de uma criança e estabelecem os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais aos quais todas as crianças têm direito em todos os lugares. Ela também explica como os adultos e os governos devem trabalhar juntos para assegurar que todas as crianças possam gozar de todos os seus direitos. Todas as crianças têm direitos, independentemente de sua etnia, gênero, religião, língua, habilidades e quaisquer outros status.

A Convenção pressupõe o reconhecimento da dignidade inerente e dos direitos igualitários e inalienáveis de todos os seres humanos como sendo a fonte da liberdade, da justiça e da paz no mundo. A Convenção inclui quatro "Princípios Gerais":

- Não discriminação (Artigo 2)
- Melhor interesse da criança (Artigo 3)
- Direito à vida e ao desenvolvimento (Artigo 6)
- Direito a ser ouvida (Artigo 12)

Resoluções OPAS

Plano de Ação de Saúde em Todas as Políticas (CD53/10, Rev. 1 [2014])

Plano de Ação para a Implementação da Política de Igualdade de Gênero (CD49.R12 [2009])

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas

Objetivo 10. Reduzir a desigualdade dentro e entre os países

Objetivo 14. Conservação e uso sustentável dos oceanos, mares e recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.

Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, garantir acesso à justiça para todos e construir instituições inclusivas, responsáveis e eficientes em todos os níveis

Objetivo 17. Fortalecer os meios de implementação e revitalização da Parceira Global para o Desenvolvimento Sustentável

RECOMENDAÇÃO 12.
RESPEITO E PROTEÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS

Uma perspectiva de direitos humanos com a finalidade de se alcançar a equidade em saúde se alinha bem com uma perspectiva de determinantes sociais. Há vários mecanismos de direitos humanos já existentes que apoiam a equidade em saúde, todos bastante conhecidos e ratificados na maior parte da Região das Américas, particularmente na América Latina. As leis de direitos humanos podem ser ferramentas poderosas para conscientizar e trazer um consenso sobre os valores compartilhados e para guiar as análises e fortalecer a quantificação e a responsabilização como apoios à equidade em saúde *(201)*. Elas podem ajudar a assegurar que as ações governamentais sejam razoáveis e justas à luz dos compromissos com os quais os países concordam ao ratificar os direitos humanos *(338)*.

A boa governança para a equidade em saúde precisa desenvolver ação de direitos humanos que, conforme observado por Braveman *(201)*:

- Requeiram equidade nas condições sociais, assim como em outros determinantes alteráveis de saúde;

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS	AÇÕES
12A. Fortalecer direitos que se relacionem aos determinantes sociais da saúde enquanto aspectos do direito à saúde e à vida digna	• Desenvolver os princípios e recomendações do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas sobre os direitos relacionados aos determinantes sociais da saúde • Aumentar a consideração dos determinantes sociais da saúde através do Sistema Interamericano de Direitos Humanos e outros órgãos de direitos humanos no monitoramento do respeito ao direito à saúde e à vida digna • Fortalecer as perspectivas de direitos humanos das organizações internacionais de saúde, incluindo a OMS
12B. Fortalecer a responsabilização de determinantes sociais da saúde enquanto aspectos do direito à saúde e à vida digna	• Expandir o treinamento de juízes na inclusão de determinantes sociais da saúde como entrando no escopo do direito à saúde e na independência de outros direitos e o conceito de uma vida digna • Expandir o treinamento de funcionários e líderes públicos, incluindo funcionários dos sistemas de saúde, na total responsabilização requerida pelos compromissos com os direitos humanos, particularmente em relação às populações em desvantagem • Fortalecer a prestação de contas sobre os determinantes sociais da saúde para o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas • Fortalecer o acesso à justiça e o acesso a recursos para as violações de direitos humanos relacionados ao direito à saúde e seus determinantes sociais
12C. Fortalecer a proteção contra todas as formas de discriminação em todas as esferas, incluindo a reação às múltiplas formas de discriminação	• Fortalecer as proteções e recursos legais contra todas as formas de discriminação nas esferas pública e privada • Integrar os princípios de não discriminação em todas as políticas e serviços públicos e assegurar a coleta de dados adequada para monitorar a igualdade e a não-discriminação

- Apoiem o direito a um padrão de vida adequado do ponto de vista da saúde; e
- Melhorem a distribuição dos determinantes de oportunidades de ser saudável para toda a população.

A existência do direito à saúde em acordos nacionais e internacionais fortalece o argumento de que, quando diferenças nos resultados na área da saúde forem observados entre grupos devido a fatores sociais e políticos, a redução de tais iniquidades na saúde devem ser consideradas um requisito direto da justiça *(339)*. Assim, a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas coloca seus direitos à autodeterminação como um direito inerente e fundamental e um precedente necessário para maior gozo dos direitos humanos, o que inclui o direito à saúde *(151)*.

© iStock

Protesto político, Asheville, Estados Unidos da América

12A. FORTALECER DIREITOS QUE SE RELACIONEM AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE ENQUANTO ASPECTOS DO DIREITO À SAÚDE E À UMA VIDA DIGNA

Na Região das Américas, pode-se ver que o uso explícito das redes e estratégias de direitos humanos levou à exposição da discriminação sistemática de populações marginalizadas, à realocação de orçamentos na área da saúde a fim de que melhorassem a equidade, à melhora da qualidade da atenção nas unidades, a um panorama mais abrangente dos sistemas de saúde e ao acesso à atenção de qualidade como direito político e legal do público *(338)*. Além do acesso à atenção à saúde, os mecanismos de direitos humanos podem chamar atenção sobre os determinantes sociais da saúde.

O direito à saúde é um "direito inclusivo" que vai além do acesso à atenção ou à saúde física, abrangendo também os determinantes sociais da saúde. O Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), que monitora a implementação do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, indica que o direito aos padrões mais altos em saúde inclui um direito aos determinantes sociais da saúde inerentes a ele *(340)*:

> O direito à saúde abrange uma ampla gama de fatores socioeconômicos que promovem as condições nas quais as pessoas podem ter uma vida saudável e alcançar os determinantes da saúde inerentes a ele, como alimentação e nutrição, moradia, acesso a água segura e potável e saneamento básico, condições de trabalho seguras e saudáveis e um ambiente saudável... O Comitê entende o direito à saúde... como um direito inclusive que abrange não somente a atenção adequada e no tempo correto à saúde, mas também os determinantes sociais da saúde inerentes a ele.

Venkatapuram, ao criar os conceitos desenvolvidos por Sen e Nussbaum, desenvolveu a noção de uma "capacidade de ser saudável" como a base para o direito à saúde e à dignidade humana *(341)*. De acordo com Venkatapuram, esta noção dá ênfase ao direito moral a uma capacidade igualitária e suficiente de ser saudável, com base no respeito pela dignidade humana *(341)*:

> Todo ser humano tem um direito moral à capacidade de ser saudável em um nível equivalente à dignidade humana.... A Capacidade de ser saudável inclui a capacidade de ter uma longevidade normal e alcançar um conjunto de capacidades e funções... Sem a capacidade da saúde, não há dignidade humana igualitária e não é possível buscar a justiça social e econômica.

Uma perspectiva de direitos a determinantes sociais implica não só uma necessidade de tratar os erros individuais, mas também as mudanças estruturais — governos que ajam de acordo com os princípios de participação, igualdade, não discriminação e responsabilização — e o direito dos cidadãos de exigir que os Estados ajam desta maneira. Os ajustes em caso de falhas na adequação às obrigações em relação aos direitos humanos e, de outro lado, quando os acordos a respeito dos direitos humanos tenham lavado a melhores políticas e ações, requerem a reunião de evidências de desigualdades com a avaliação do cumprimento ou não destes acordos *(342)*.

O artigo "Health and Human Rights", apresentado no 50º Conselho Diretor da OPAS em 2010, analisou a relação entre a saúde de grupos

em situações de vulnerabilidade e os direitos humanos reconhecidos em instrumentos internacionais *(343)*. O artigo identificou quais trechos desses instrumentos se relacionavam com direitos humanos específicos. A Tabela 5.2 é um excerto deste artigo e indica os direitos que nas análises mais fortemente se relacionavam com determinantes sociais da saúde e os trechos em que cada um dos instrumentos é relevante quanto a eles *(343)*.

Tabela 5.2.
Instrumentos internacionais de direitos humanos e os trechos específicos que são aplicáveis a alguns determinantes sociais da saúde em relação a grupos em situações de vulnerabilidade

a) Sistema de direitos humanos da ONU

Exemplo dos direitos humanos	Declaração Universal dos Direitos Humanos	Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção sobre os direitos da Criança	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Convenção nº 169 sobre os Povos Indígenas e Tribais nos Países Independentes	Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência
Vida	3	4		6.1			10
Liberdade de movimento e residência	13	22		10.2	15.4		18
Trabalho	23		6, 7	32	11	20	27
Mais altos padrões de saúde	25		10	17, 19.1, 24	12	25	25
Educação	26		13	28	10	26, 27	24
Segurança social	22		9	26	11	24	28
Alimentação e nutrição	25		12	24	14		28
Proteção à família	16		17	5, 27	16		23
Proteção de idosos	25	17	15				25

(continua na página seguinte)

(continuação)

b) Sistema interamericano de direitos humanos

Exemplos de direitos humanos	Declaração Americana dos Direitos e Deveres dos Homens	Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José)	Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador)	Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência	Convenção Interamericana sobre a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)
Vida	I	4			4.a
Liberdade de movimento e residência	VIII	22			4
Trabalho	XIV		6, 7	III.l.a	4
Mais altos padrões de saúde	XI		10	III.2.a, III.2.b	4.b
Educação	XII		13	III.l.a, III.2.b	4
Segurança social	XXXV		9		4
Alimentação e nutrição	XI		12		4
Proteção à família	XVI		17		9
Proteção de idosos	VI	17	15		4

Fonte: Organização Pan-American da Saúde. Health and human rights: concept paper. 50th Directing Council, 62nd Session of the Regional Committee, Washington, D.C., 27 de setembro – 1 de outubro de 2010 (CD50/12). Disponível (em inglês) em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31127

Boxe 5.11. Exemplos de fortalecimento de direitos relacionados aos determinantes sociais da saúde enquanto aspectos dos direitos à saúde e à vida digna

Exemplos de instrumentos

A **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, em seu artigo 25, afirma: "Todos têm direito a padrões de vida adequados para saúde e bem-estar próprios e de sua família."[1]

A **Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem**, em seu artigo XI, afirma: "Todas as pessoas têm direito à conservação de sua saúde através de medidas sanitárias e sociais relacionadas à alimentação, moradia e atenção médica no limite permitido pelos recursos públicos e comunitários."[2]

O **Protocolo de San Salvador à Convenção Americana**, em seu artigo 10, afirma: "Todos terão direito à saúde, entendida como o gozo dos mais altos níveis de bem-estar físico, mental e social."[3]

Exemplos de caso

O direito à vida não é apenas um direito negativo, mas um direito a uma existência Digna
"O direito à vida é um direito humano fundamental e seu exercício é essencial para o exercício de todos os outros direitos humanos. Caso ele não seja respeitado, todos os direitos perdem sentido... Em resumo, o direito fundamental à vida inclui não somente o direito de todos os seres humanos de não serem arbitrariamente privados de sua vida, mas também o direito de que não serão privados do acesso a condições que garantem uma existência digna. Os Estados têm a obrigação de garantir a criação das condições necessárias para que as violações desse direito básico não ocorram." *Crianças na Rua, caso 63, 1999*[4]

Proteção de uma existência digna
"Esta Corte afirma que o direito à vida é fundamental na Convenção Americana, razão pela qual o respeito a outros direitos depende da proteção deste primeiro. Quando o direito à vida não é respeitado, todos os outros direitos desaparecem, porque seu portador deixa de existir. Devido à natureza básica deste direito, as perspectivas que restringem o direito à vida são inadmissíveis. Essencialmente, este direito inclui não só o direito de todos os seres humanos a não ser arbitrariamente privados de sua vida, mas também o direito a que as condições que impedem ou obstruem o acesso a uma existência decente não sejam criadas.

"Umas das obrigações das quais o Estado mais inextricavelmente é garantidor, a fim de proteger e salvaguardar o direito à vida, é a geração de condições mínimas de vida compatíveis com a dignidade do ser humano e a não criação de condições que a impeçam ou comprometam. A este respeito, o Estado tem o dever de adotar medidas positivas e concretas que objetivem o respeito ao direito a uma vida decente, especialmente no caso de pessoas em situação de vulnerabilidade ou risco, cujo cuidado se torna uma prioridade." *Comunidade Indígena Yakye Axa v. Paraguai*[5]

Proteção no curso da vida

"Todos vivemos no tempo, que eventualmente nos consome todos. Precisamente por causa desta autopercepção que temos de nós mesmos como existências no tempo, cada um de nós busca conceber um projeto de vida. O termo "projeto" implica em si mesmo uma dimensão temporal. O conceito de projeto de

Fontes: [1] Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral, Paris, 10 de dezembro de 1948 (217A). Disponível (em inglês) em: https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/
[2] Organização dos Estados Americanos, Comissão Interamericana dos Direitos Humanos. Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem. Adotada pela Nona Conferência Internacional dos Estados Americanos, Bogotá, Colômbia, 1948. Disponível (em inglês) em: https://www.cidh.oas.org/basicos/english/basic2.american%20declaration.htm
[3] Organização dos Estados Americanos. Additional protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural rights. "Protocol of San Salvador." San Salvador, 17 de novembro de 1988. Disponível (em inglês) em: http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-52.html
[4] Corte Interamericana de Direitos Humanos. Case of the "Street Children" (Villagran-Morales et al.) v. Guatemala. Inter-Am. Ct. H.R. (ser. C) No. 63 (Nov. 19, 1999).
[5] Corte Interamericana de Direitos Humanos. Case of Yakye Axa Indigenous Community v. Paraguay, Merits, Reparations and Costs, Judgment, Inter-Am. Ct. H.R. (ser. C) No. 125 (June 17, 2005).

(continua na página seguinte)

Boxe 5.11. Exemplos de fortalecimento de direitos relacionados aos determinantes sociais da saúde enquanto aspectos dos direitos à saúde e à vida digna *(continuação)*

vida tem, então, um valor essencialmente existencial, baseado na ideia de alcance pessoal completo. Em outras palavras, dentro do quadro de uma vida passageira, as pessoas têm o direito de fazer as escolhas em relação às quais se sintam melhor, de acordo com sua livre vontade, a fim de alcançar seus ideais. Assim, os esforços para realizar um projeto de vida parecem ter valor existencial e o potencial para dar sentido a vida de cada um.

"Quando esta procura é repentinamente freada por fatores externos causados pelo homem (como violência, injustiça e discriminação), que arbitrária e injustamente alteram e destroem um projeto de vida, temos uma questão particularmente séria — e a Lei não pode se abster dela. A vida — ao menos na forma como a conhecemos — é a única que temos e tem um limite temporal. A destruição de um projeto de vida quase sempre implica um dano verdadeiramente irreparável ou algumas vezes reparável somente com grande dificuldade." *Juiz Antônio A. Cançado Trindade, no caso Gutiérrez-Soler v. Colômbia*[6]

Fontes: [6] Corte Interamericana de Direitos Humanos. Case of Gutiérrez-Soler v. Colombia. Judgment of September 12, 2005. Case No. 132.

12B. FORTALECER A RESPONSABILIZAÇÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE ENQUANTO ASPECTOS DO DIREITO A SAÚDE E A UMA VIDA DIGNA

O monitoramento feito pelo Centro de Direitos Econômicos e Sociais (CDES) inclui a identificação de quais tratados de direitos humanos da ONU foram ratificados pelos países. A Figura 5.2 resume o número de tais tratados ratificados por cada país nas Américas. Com exceção de sete países, todos ratificaram 15 ou mais dos 18 tratados monitorados. Entretanto, a ratificação não necessariamente envolve seu cumprimento e o monitoramento também inclui a avaliação de quais países respeitam os direitos, mas a ratificação segue sendo um primeiro passo importante *(344)*.

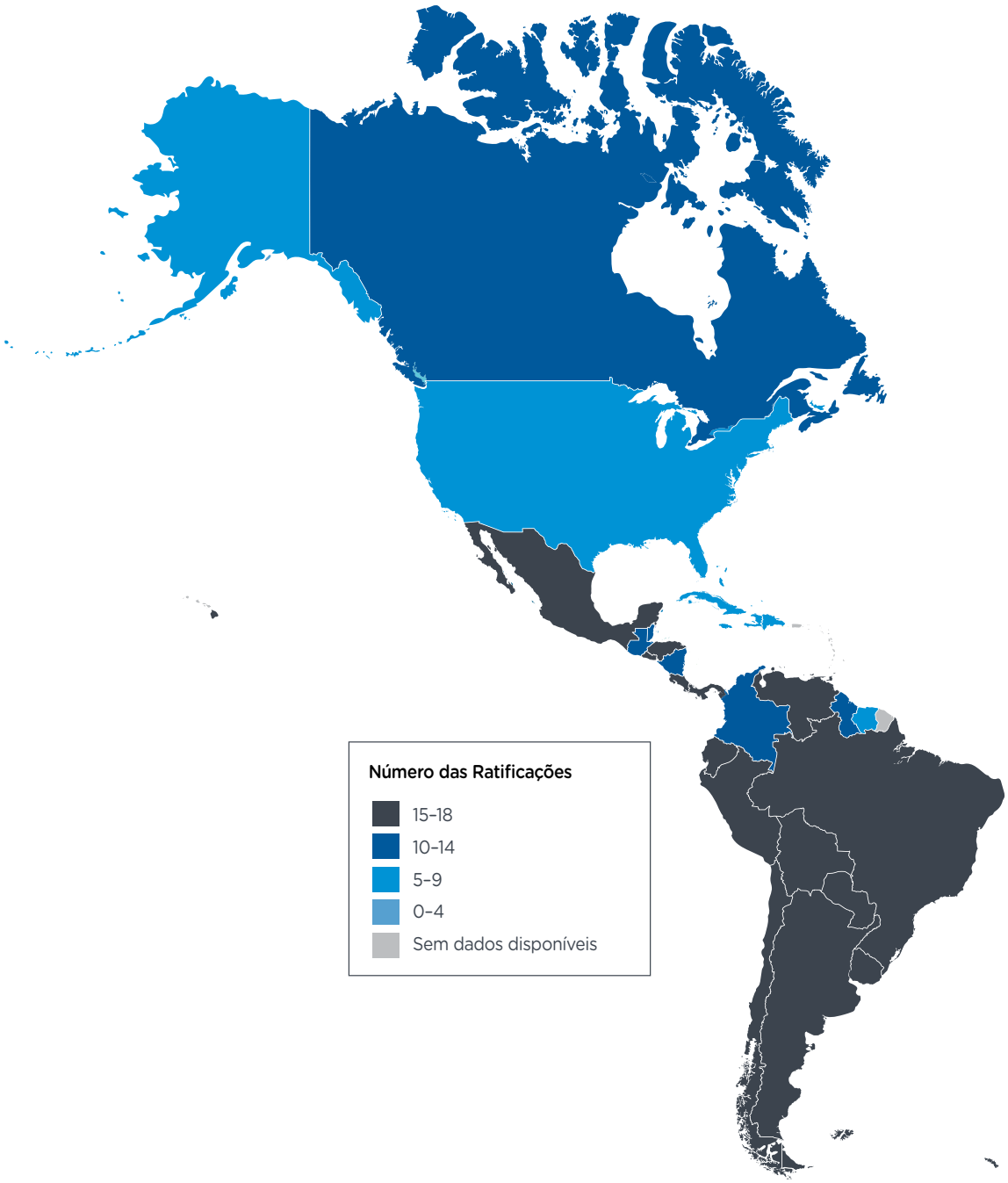
A Figura 5.3 indica os números dos instrumentos de direitos humanos que cada Estado membro da OPAS tinha ratificado até 2010. Enquanto 15 deles haviam ratificado nove ou mais instrumentos, seis tinham ratificado somente entre um e quatro. De forma notável, os Estados membros haviam ratificado apenas um.

Usando uma perspectiva ligeiramente diferente, o WORLD Policy Anlysis Center desenvolveu uma estrutura de direitos e proteções para analisar a constituição dos Estados Membros da ONU, com base nas 37 convenções internacionais. Isto permitiu identificar e comparar a existência e qualidade das proteções em ternos de direitos civis

© iStock

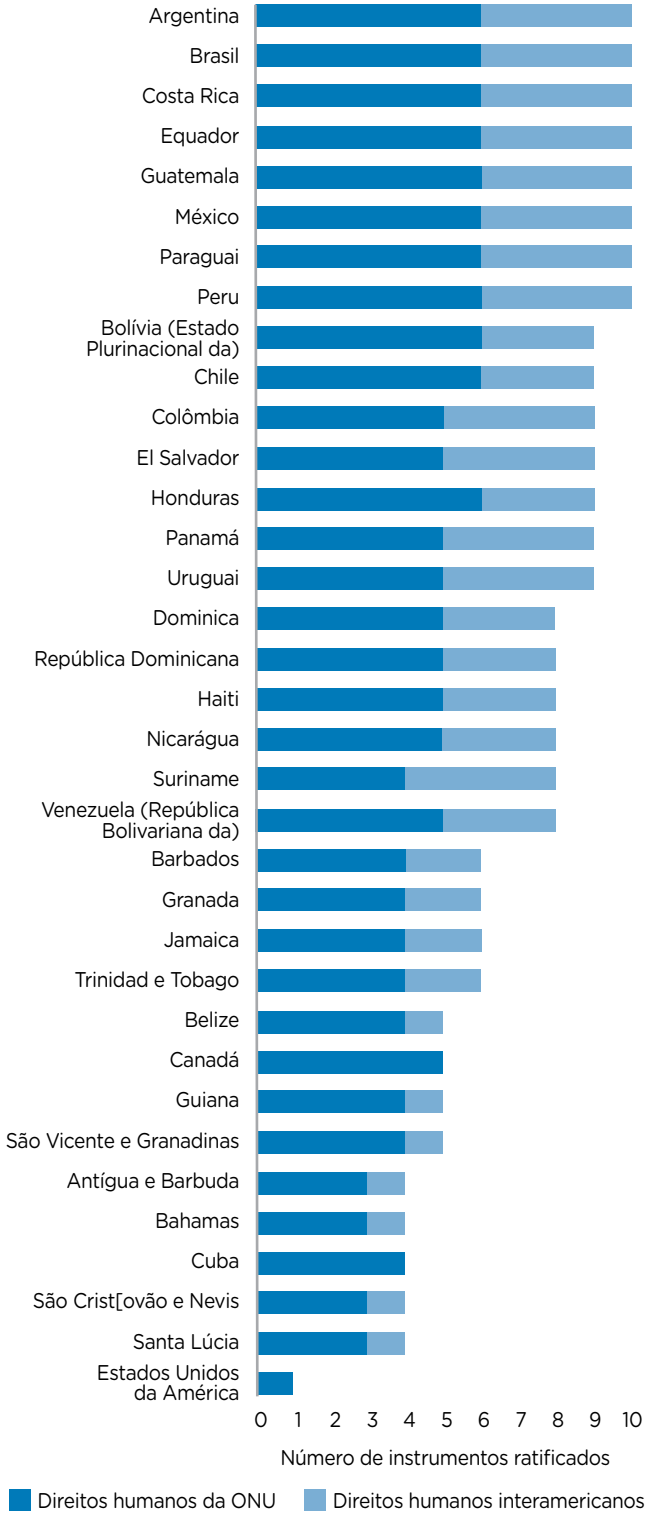
Referência aos dos direitos humanos, Halifax, Canadá

Figura 5.2.
Número de tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelos países das Américas, 2018



Fonte: Organização das Nações Unidas, Alto Comissariado. Indicadores de direitos humanos [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://www.ohchr.org/EN/Issues/Indicators/Pages/HRIndicatorsIndex.aspx

Figura 5.3.
Estados-Membros da OPAS que ratificaram instrumentos de direitos humanos, de acordo com o número de ratificações, 2010



Fonte: Organização Pan-americana da Saúde. Health and human rights: concept paper. 50th Directing Council, 62nd Session of the Regional Committee, Washington, D.C., 27 de setembro –1 de outubro de 2010 (CD50/12). Disponível (em inglês) em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31127

e políticos, direitos econômicos e sociais e proteção contra a discriminação durante o curso de vida *(345)*. O Centro afirmou que *(345)*:

> As Constituições refletem o caráter social e político das nações e estruturam seus sistemas jurídicos e políticos. As garantias constitucionais podem ser usadas para exigir maior equidade no fornecimento e acesso aos serviços básicos, para desafiar a legislação e as práticas discriminatórias e para mudar as normas sociais. Os direitos igualitários dão base para chances de ida igualitárias para todos.

Por exemplo, o Artigo 2 da Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU *(337)* pede que:

> Os Estados-Partes respeitarão e assegurarão os direitos estabelecidos na presente Convenção a cada criança sob sua jurisdição sem discriminação de qualquer tipo, independentemente da raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica ou social, propriedade, deficiência, local de nascimento ou outra característica da criança ou de seus pais.

O WORLD Policy Analysis Center também analisou a legislação trabalhista de cada país a fim de criar uma base de dados com respeito às garantias no local de trabalho de proteção contra discriminação de gênero em termos de condições de trabalho, promoções e/ou rebaixamentos, pagamentos igualitários, capacitação e assédio sexual.

Como um exemplo da perspectiva do Centro, a Figura 5.4(A) ilustra que tipo de garantias os países das Américas oferecem para que as crianças tenham acesso a educação secundária, de nível médio. A Figura 5.4(B) indica se a conclusão da educação secundária é obrigatória, e a Figura 5.4(C) mostra em quais países existe o direito à educação primária e se ele é estendido à educação secundária. Como indicado na Seção 4, conseguir uma qualificação na educação secundária é uma grande fonte de diferenciação e discriminação social nas sociedades em todas as Américas. A Figura 5.4(D) mostra até onde está garantido o direito à educação em relação às meninas em todas as Américas.

Figura 5.4.
Garantias constitucionais e jurídicas nas Américas quanto à educação secundária, 2014

A) A Constituição garante aos cidadãos o direito a educação secundária?

Fonte: World Policy Analysis Center. Does the constitution guarantee citizens the right to secondary education? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitution-guarantee-citizens-theright-to-secondary-education

Figura 5.4.
Garantias constitucionais e jurídicas nas Américas quanto à educação secundária, 2014

B) A conclusão da educação secundária é obrigatória?

Fonte: World Policy Analysis Center. Does the Constitution guarantee citizens the right to secondary education? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitution-guarantee-citizens-theright-to-secondary-education

Figura 5.4.
Garantias constitucionais e jurídicas nas Américas quanto à educação secundária, 2014

C) Os cidadãos têm direito constitucional a educação primária ou secundária?

Fonte: World Policy Analysis Center. Does the constitution guarantee citizens the right to secondary education? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitution-guarantee-citizens-theright-to-secondary-education

Figura 5.4.
Garantias constitucionais e jurídicas nas Américas quanto à educação secundária, 2014

D) Que tipo de direito a educação secundária a Constituição garante para as meninas?

Fonte: World Policy Analysis Center. What type of education rights does the constitution guarantee for girls? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/what-type-of-education-rights-does-the-constitutionguarantee-for-girls

FERRAMENTAS E RECOMENDAÇÕES PARA SE LIDAR COM AS VIOLAÇÕES DOS DIREITOS HUMANOS

Ao se comprometer com o monitoramento da ratificação dos instrumentos de direitos humanos, o Centro de Direitos Econômicos e Sociais reconhece que embora as leis e políticas na esfera socioeconômica possam contribuir de maneira significativa para garantir os direitos econômicos e sociais — ao fornecer infraestrutura e serviços como escolas, hospitais ou capital para investimento —, elas podem ser desenvolvidas ou implementadas de uma forma que exclua ou não satisfaça as necessidades de setores particulares da sociedade *(346)*. Isso cria ou perpetua a iniquidade e a privação. A fim de usar o monitoramento dos direitos humanos como uma ferramenta de defesa da justiça social, o CDES fornece a organizações da sociedade civil, ONGs e outros defensores recursos práticos e acessíveis para serem usar ferramentas multidisciplinares de monitoramento de direitos econômicos e sociais e para pedir responsabilização pela negligência e violação destes direitos. Ele desenvolveu uma estrutura para analisar resultados, esforços políticos e recursos.

O CDES construiu uma comunidade de ativistas e profissionais de direitos humanos que têm usado uma gama de ferramentas para monitorar as ações de governos e outros agentes a partir de uma perspectiva de direitos humanos. Isto permitiu que o CDES e outras ONGs nacionais e internacionais fizessem recomendações com base em evidências sobre como tratar as violações sistemáticas em sete países das Américas. As Boxes 5.12 a 5.19 trazem exemplos disto.

© iStock

Nações Unidas, Genebra, Suíça

Boxe 5.12. Brasil: direitos humanos em tempos de austeridade

Em 2017, o Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) do Brasil, a Oxfam Brasil e o Centro de Direitos Econômicos e Sociais (CDES) examinaram os impactos sobre os direitos humanos causados por medidas austeras no Brasil. Esta análise concluiu que as desigualdades impuseram custos significativos para o desempenho econômico, o desenvolvimento sustentável e o gozo dos direitos humanos. Os cortes orçamentários de 2015 tinham como alvo investimentos em direitos humanos, proteção social, mudanças climáticas e igualdade racial e de gênero. Estas reduções afetaram gastos em saúde e educação, programas de alimentação, instituições que asseguram a igualdade de gênero e programas de direitos das mulheres. A análise argumentou que estas medidas rompiam com os direitos humanos internacionais e a Constituição brasileira. O Supremo Tribunal Federal concluiu que algumas políticas austeras não eram permitidas, já que ignoravam cláusulas da Constituição, como o dever de progressivamente garantir os direitos sociais. Como alternativa à austeridade, a análise de 2017 destes três grupos propôs uma reforma tributária abrangente e progressiva com base nos princípios de justiça fiscal e de eliminação da corrupção e evasão fiscal.

Fonte: Instituto de Estudos Socioeconômicos; Oxfam; Centro para os Direitos Econômicos e Sociais. Brazil — human rights in times of austerity [Internet]; 2017. Disponível (em inglês) em: http://www.cesr.org/sites/default/files/Brazil%20Austerity%20Factsheet%20English%20FINAL.pdf

Boxe 5.13. Estado Plurinacional da Bolívia: tornando a responsabilização por direitos humanos mais gráfica

A fim de contribuir com a responsabilização dos Estados quanto a suas obrigações com respeito aos direitos econômicos e sociais, o Centro de Direitos Econômicos e Sociais (CDES) produziu planilhas que analisam e interpretam alguns indicadores de desenvolvimento humano e direitos humanos. A intenção é dar ênfase a possíveis áreas problemáticas com respeito ao cumprimento pelo governo de suas obrigações para garantir direitos econômicos e sociais a fim de ajudar a ONU e outros mecanismos intergovernamentais de direitos humanos, inclusive Órgãos de Tratados, Relatores Especiais e a Análise Periódica Universal do Conselho de Direitos Humanos.

Uma análise do CDES sobre o Estado Plurinacional da Bolívia levantou as seguintes questões:

- Por que a desigualdade de renda no Estado Plurinacional da Bolívia aumentou recentemente?
- O governo boliviano está adotando políticas redistributivas para satisfazer suas obrigações mínimas em relação a, entre outros, os direitos à saúde, educação, alimentação e moradia?
- O governo boliviano recentemente adotou passos concretos para reduzir a desnutrição infantil e melhorar a segurança alimentar das famílias pobres?
- Por que há disparidades tão grandes nas oportunidades de educação entre meninos e meninas, populações indígenas e não indígenas e entre crianças que vivem na zona rural e na zona urbana?
- O que o governo boliviano está fazendo para reduzir a grande desigualdade no acesso à educação, que impossibilita que todos desfrutem, de forma igualitária, do direito à educação?
- Quais os passos que o Estado Plurinacional da Bolívia está dando para assegurar que as crianças na zona rural e em comunidades marginalizadas gozem de direitos igualitários à educação primária de qualidade?

Fontes: Centro para os Direitos Econômicos e Sociais. Bolivia: making human rights accountability more graphic. Fact sheet no. 2 [Internet]; 2008. Disponível (em inglês) em: http://www.cesr.org/sites/default/files/Bolivia_Fact_Sheet.pdf

Boxe 5.14. Colômbia: política tributária, paz e direitos humanos

Desde 2015, o CDES vem contribuindo com os esforços da sociedade civil colombiana para alcançar maior justiça econômica. Ao levar a estrutura dos direitos humanos para o campo da política tributária nos níveis nacional, regional e internacional, o CDES ajudou a criar uma alternativa em relação à justiça tributária da Colômbia e mais amplamente a toda a sub-região andina e ao resto da América Latina. Esta narrativa tem como objetivo o posicionamento favorável das demandas das comunidades em maior desvantagem (por exemplo, as mulheres e as populações indígena e afrodescendente) através da atual distribuição de recursos públicos.

Fontes: Centro para os Direitos Econômicos e Sociais. Colombia factsheet: Fiscal policy, peace and human rights [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://cesr.org/colombia-factsheet-fiscal-policy-peace-and-human-rights

Boxe 5.15. Equador: violação dos direitos na Amazônia equatoriana

As políticas de desenvolvimento na Amazônia tiveram impactos devastadores para a saúde e o bem-estar das comunidades locais, assim como para o meio ambiente, conforme descrito nas recomendações 2 e 3. Em 1993, o CDES criou uma equipe de cientistas que produziu a primeira prova substancial de que as comunidades na Amazônia equatoriana estavam sendo sistematicamente expostas a resíduos tóxicos emitidos por empresas da área de petróleo. Seu relatório fortaleceu os esforços locais no confrontamento com o desenvolvimento irresponsável nessa área através do fornecimento de dois elementos críticos: uma estrutura internacional de direitos humanos e evidência científica crível de violações.

Depois de um esforço de 18 anos por parte das comunidades afetadas, a maioria delas de origem indígena, que buscava os danos causados pela Chevron e correções por parte do governo equatoriano, em 2011, um tribunal local do Equador sentenciou a Chevron a pagar mais de US$ 9 bilhões como ressarcimento pelos impactos ambientes e à saúde de contaminação por petróleo na Amazônia equatoriana. Uma coalizão de grupos de direitos humanos, indígenas e ambientais apoiou as comunidades afetadas.

Fonte: Centro para os Direitos Econômicos e Sociais. Rights violations in the Ecuadorian Amazon: the human consequences of oil development [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://www.cesr.org/rights-violations-ecuadorian-amazon-human-consequences-oil-development

Boxe 5.16. Guatemala: direitos ou privilégios? Compromisso fiscal com os direitos à saúde, educação e alimentação

Um relatório feito pelo Instituto Centro-americano de Estudos Fiscais (ICEFI) e pelo CDES analisou o cumprimento pela Guatemala das obrigações quanto ao uso dos recursos máximos disponíveis a fim de se avançar progressivamente para a concretização dos direitos econômicos e sociais de todos os cidadãos, sem discriminação, assim como a promoção do papel da política tributária como uma importante ferramenta para o cumprimento desta obrigação.

O documento concluiu que os indicadores de desenvolvimento da Guatemala estavam abaixo dos apresentados por outros países nas Américas, a despeito de sua renda. Embora o país tenha um PIB per capita comparável ao do Equador, mais da metade da população vive abaixo da linha da pobreza, e um em cada sete guatemaltecos vive em condições de pobreza extrema. De acordo com o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, a Guatemala apresenta o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo da América Latina e do Caribe, com exceção do Haiti, o que realça a disparidade existente entre os recursos econômicos disponíveis neste país e seus resultados nos direitos econômicos e sociais.

As recomendações do relatório incluíram uma estimativa de várias medidas tributárias, como a tributação e proporções aumentadas dos recursos do PIB necessários ao avanço na concretização dos direitos à educação, saúde e nutrição, assim como uma série de mecanismos que poderiam fortalecer o apoio estatal a estes direitos.

Fontes: Centro para os Direitos Econômicos e Sociais; Instituto Centro-americano para Estudos Fiscais. Rights or privileges? Fiscal commitment to the rights to health, education and food in Guatemala. New York: CESR; 2009. Disponível (em inglês) em: http://www.cesr.org/guatemala-rights-or-privileges

Boxe 5.17. Haiti: integração de direitos nos processos orçamentários

O Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos organizou, em 2009, um programa de capacitação no Haiti com foco na integração da proteção dos direitos humanos em políticas públicas e processos orçamentários. Contou com a presença de 50 pessoas de grupos da sociedade civil, entidades da ONU e do governo do Haiti. Dado o contexto da persistente pobreza e desigualdade no Haiti, a finalidade era criar conscientização e capacidade para a promoção e proteção de direitos econômicos, sociais e culturais, assim como de direitos civis e políticos dentro dos processos de criação de políticas. Como um participante haitiano comentou: "Nossos recursos são limitados, mas nossas necessidades são enormes, tornando muito difícil estabelecer prioridades."

Fonte: Centro para os Direitos Econômicos e Sociais. Integrating rights into budget processes in Haiti [Internet]; 2009. Disponível (em inglês) em: http://www.cesr.org/integrating-rights-budget-processes-haiti

Boxe 5.18. A Declaração de Lima sobre Justiça Tributária e Direitos Humanos

A Declaração de Lima, endossada por 157 organizações de todo o mundo em 2015, aponta para profundas reformas nas políticas e práticas tributárias a fim de alinha-las com os padrões e princípios dos direitos humanos. Ela estabelece o cenário para esforços conjuntos em toda a comunidade dos direitos humanos, incluindo indivíduos e grupos que trabalham pela justiça tributária, direitos das mulheres, sindicatos, desenvolvimento e direitos humanos.

Fonte: Centro para os Direitos Econômicos e Sociais. Endorse the Lima Declaration on Tax Justice and Human Rights [Internet]; 2015. Disponível (em inglês) em: http://www.cesr.org/endorse-lima-declaration-tax-justice-and-human-rights

Boxe 5.19. Mulheres afrodescendentes na América Latina e no Caribe: dívidas de igualdade

O relatório *Afrodescendent Women in Latin America and the Caribbean: Debts of Equality* da CEPAL fornece um panorama dos tipos de desigualdade vividos pelas mulheres afrodescendentes na região e discute os tipos de políticas que podem ajudar a eliminar todas as diferentes formas de discriminação a que estão sujeitas. Ele destaca três principais dimensões da autonomia das mulheres: autonomia econômica, autonomia física e autonomia de decisões. Ele examina várias iniciativas de políticas públicas que os governos desenvolveram e implementaram no esforço para diminuir os hiatos de desigualdade que persistem na região.[1] A importância de se abordar o caráter interseccional da discriminação étnica e de gênero também é apontada pelo relatório da CEPAL para a décima terceira sessão da Conferência Regional sobre a Mulher na América Latina e no Caribe (Montevidéu, 25–28 de outubro de 2016). Ele identifica os compromissos e obrigações com relação aos direitos das mulheres, necessários para abrir caminho para que a região alcance o desenvolvimento sustentável com total igualdade de gênero.[2]

Fonte: [1] Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Afrodescendent women in Latin America and the Caribbean: debts of equality. Santiago: CEPAL; 2019. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/44387-afrodescendent-women-latin-america-and-caribbean-debts-equality
[2] Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Equality and women's autonomy in the sustainable development agenda. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/40675-equality-and-womens-autonomy-sustainable-development-agenda

12C. FORTALECER A PROTEÇÃO CONTRA QUALQUER FORMA DE DISCRIMINAÇÃO EM TODAS AS ESFERAS, INCLUINDO A REAÇÃO ÀS MÚLTIPLAS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO

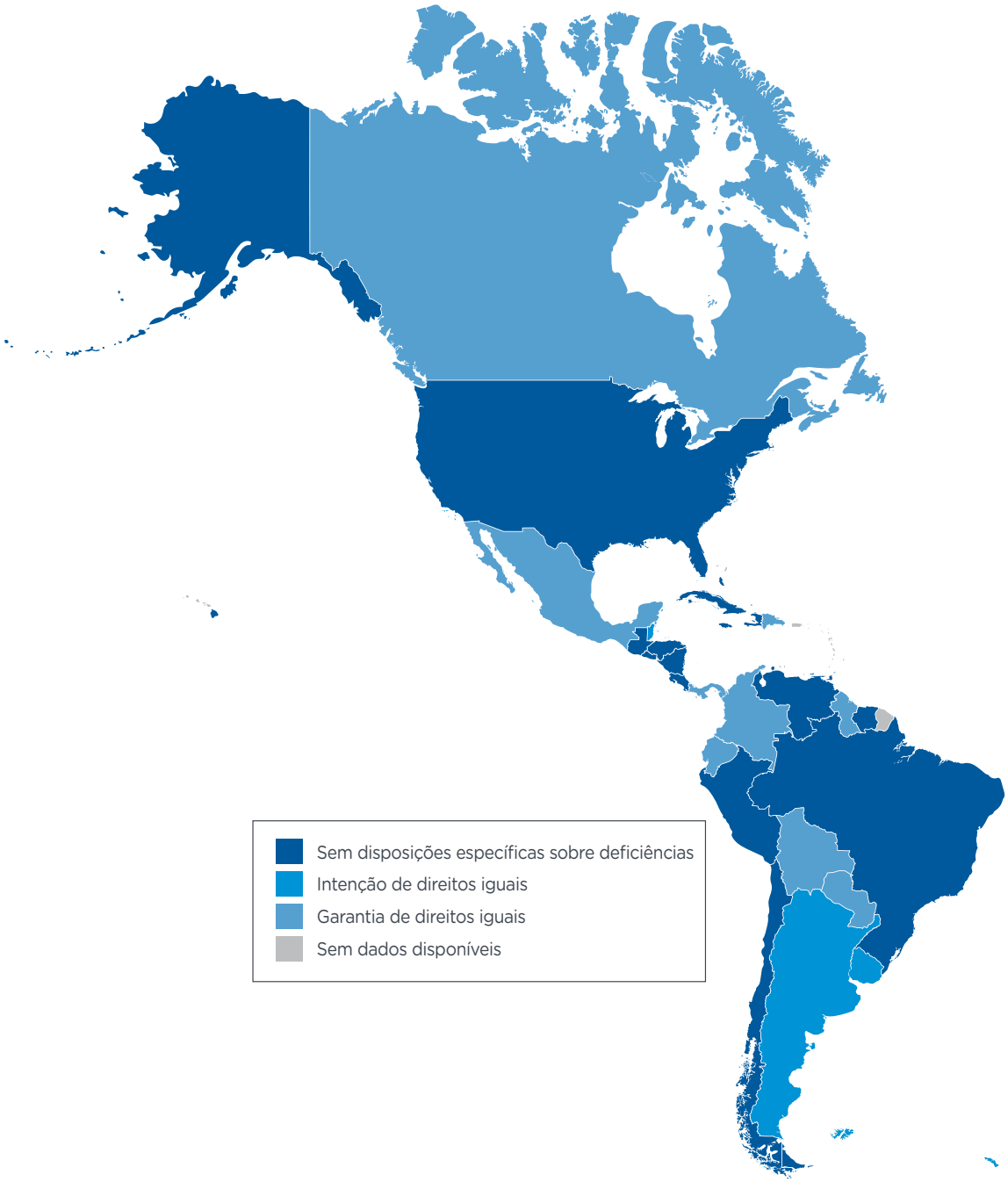
Há vários mecanismos que resultam na negação, a indivíduos e grupos, do direito à saúde. Eles incluem barreiras ao acesso a serviços de saúde e outros, assim como a condições adequadas de vida no dia a dia. Um deles é a discriminação aberta, por exemplo, em relação à etnia. Há obstáculos financeiros, como subornos, propinas ou pagamentos excessivos que restringem a participação. Entre as barreiras mais sutis estão complexas regras e regulamentações (que requerem altos níveis de escolarização que correspondam a educação e habilidades) e controles ou separações sociais (como ter de pedir permissão para usar um serviço).

Se existem barreiras dentro das estruturas de um governo, como a falta de direitos de participar no processo de criação de políticas, por exemplo, há uma alta probabilidade de que seu acesso e resultados serão desiguais *(347)*. É claro que apenas a participação não é suficiente para se alcançar a igualdade de acesso e resultados. Outros direitos comumente listados são a liberdade de fazer escolhas sobre sua própria saúde, o direito a um sistema de proteção à saúde, a disponibilidade e acessibilidade de instalações, bens e serviços aceitáveis na área da saúde que sejam adequados e de qualidade, proteção contra discriminação e fornecimento de serviços culturalmente adequados *(348)*.

Barreiras como as mencionadas acima podem efetivamente limitar o uso de serviços pelas mulheres ou pessoas em situações de vulnerabilidade. Elas também podem criar as condições para levar à "lei de atenção inversa", em que aqueles com as maiores necessidades de serviços, dadas suas condições sociais adversas, recebem menos atenção do que aqueles com menores necessidade *(349)*.

O acesso a todos os determinantes sociais é altamente desigual, como descrito neste relatório. Em muitos casos, as desigualdades nos determinantes sociais são resultado de discriminações abertas e veladas contra grupos particulares, inclusive em termos de acesso à terra, educação e emprego, de prisão e violência, participação política e condições ambientais decentes. Os mecanismos constitucionais que têm como base as perspectivas dos direitos humanos pode apoiar a não discriminação. Entretanto, há proteções constitucionais desiguais em todas as Américas (Figuras 5.5 a 5.8) e mesmo onde as constituições garantem proteção, seu cumprimento nem sempre é cumprido.

Figura 5.5.
A Constituição garante a igualdade e a não discriminação contra as pessoas com deficiência (até 2014)?



Fonte: World Policy Analysis Center. Does the constitution guarantee the right to education for children with disabilities? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitution-guarantee-theright-to-education-for-children-with-disabilities

Figura 5.6.
A Constituição adota ao menos uma perspectiva de igualdade em relação à etnia (até 2014)?

Fonte: World Policy Analysis Center. Does the constitution guarantee protection from discrimination at work based on ethnicity? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitutionguarantee-protection-from-discrimination-at-work-based-on-ethnicity

Figura 5.7.
A Constituição adota ao menos uma perspectiva de igualdade de gênero (até 2014)?

Fonte: World Policy Analysis Center. Does the constitution take at least one approach to gender equality? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitution-take-at-least-one-approach-togender-equality

Figura 5.8.
A Constituição adota alguma perspectiva para garantir a saúde dos cidadãos (até 2014)?

Fonte: World Policy Analysis Center. Does the constitution take any approach to health? [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitution-take-any-approach-to-health

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Sistema de direitos humanos da ONU

Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas (2007)

Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948, não sujeito a ratificação)

Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966)

Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1976)

Convenção sobre os Direitos da Criança (1990)

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1969)

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) (1979)

Convenção nº 169 sobre os Povos Indígenas e Tribais nos Países Independentes

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006)

Sistema interamericano: a Corte Interamericana de Direitos Humanos

A Corte Interamericana de Direitos Humanos é um órgão central e autônomo da Organização dos Estados Americanos (OEA), cuja missão é promover e proteger os direitos humanos nas Américas

Declaração Americana sobre os Direitos e Deveres do Homem (1948, não sujeito a ratificação)

Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (Pacto de San José) (1969)

Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador) (1988)

Convenção Interamericana sobre a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) (1994)

Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência (1999)

Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Idosos (2015)

Resoluções OPAS

Deficiência: Prevenção e reabilitação no contexto do direito ao gozo dos mais altos padrões de saúde física e mental e outros direitos relacionados (CD47.R1 [2006]]

Saúde e Direitos Humanos (CD50.R8 [2010])

6. CONCLUSÃO

@ OPAS

Fizemos doze recomendações com base em evidências que são passos-chaves para alcançar maior equidade em saúde nas Américas. Doze parecem muitos. Se tivéssemos de recomendar apenas uma coisa aos governos, à sociedade civil e às organizações internacionais, seria: equidade em todas as políticas. A fim de fazer que a equidade em saúde se torne uma prioridade, você deve fazer da equidade uma prioridade.

A equidade em saúde deveria ser uma prioridade porque está no cerne do tipo de sociedades que queremos. É inaceitável que a perspectiva de se ter uma vida digna, completa e saudável seja desigualmente distribuída na sociedade — determinada por históricos étnicos e indígenas, circunstâncias socioeconômicas na infância e durante toda a vida, identidade de gênero, orientação sexual e a presença de deficiência. As ações presentes neste relatório suavizam essas iniquidades com o único propósito de que todas as pessoas possam ter mais saúde.

Também há chances de que as ações transgovernamentais necessárias para se atingir a equidade em saúde que resultará em sociedades mais coesas, de cidadãos conseguindo chegar a níveis mais altos em escolaridade e bem-estar e menos crimes e instabilidade social — em resumo, sociedades mais justas e funcionais. As mudanças climáticas e as iniquidades implicam perigos para as Américas, o que ocorre em todas as regiões do mundo. A agenda estabelecida por nós enfrenta estas duas ameaças à equidade em saúde.

Quando alguém ouve um pedido de prioridade, é tentador responder: dê a todas as crianças o melhor início na vida — equidade desde o início. A injustiça de se ter as oportunidades de vida moldadas por acidente ao nascer é simplesmente indefensável. A primeira infância tem importância vital. Isto posto, resistimos à tentação desta perspectiva única por duas principais razões. Primeiro, porque há muitas coisas para serem feitas em outros estágios da vida, desde a infância, passando pela idade de trabalho, até a terceira idade. Segundo, porque a ação precisa ser dirigida a fatores estruturais e condições de vida diária que influenciam as vividas na primeira infância, assim como o fazem em relação a outras etapas no curso da vida.

As recomendações de 1 a 10 postularam o que precisa ser feito. Como fazê-lo é o assunto das recomendações 11 e 12. A seguir resumimos a maneira como se constroi esta base para atingir a equidade em saúde.

> Somos confrontados com a urgência do momento atual. Neste dilema da vida e da história que se põe a nossa frente, é possível chegar tarde demais.
>
> **Martin Luther King, Jr. Stride toward freedom: the Montgomery story**
>
> Não é hora para apatia ou complacência. É hora de uma ação positive e firme.
>
> **Martin Luther King, Jr. discurso "Beyond Vietnam, A Time to Break Silence", 4 de abril de 1967, Cidade de Nova Iorque story**

COMPROMISSO TRANSGOVERNAMENTAL COM A AÇÃO

Os governos precisam ver que a equidade em saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde é uma prioridade. Uma decisão destas precisar vir de cima. A saúde é geralmente vista como assunto dos ministérios da área da saúde. De fato, a OPAS é governada pelos ministérios da área da saúde. Porém, a ação sobre os determinantes sociais da saúde requer ação do governo como um todo, com ações transgovernamentais. Esta ação requer que os ministérios da educação, da fazenda, da proteção social ou do meio ambiente avaliem os efeitos de suas políticas sobre a equidade e, assim, sobre a equidade em saúde. Um sistema educacional mais igualitário traria avanços à causa da equidade em saúde, redução da pobreza e desigualdade, que seriam benéficos para a equidade em saúde.

Mais uma vez, a experiência nos ensina que o impulso da ação transgovernamental precisa vir de cima, enquanto a maior parte do conhecimento técnico virá dos ministérios da área da saúde. Um exemplo do que um país pode fazer vem do Brasil. No momento da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, o Brasil estabeleceu uma comissão nacional, incluindo membros de áreas importantes para a vida dos brasileiros além do setor da saúde. Parte do raciocínio por trás desta iniciativa está na necessidade de adaptação das recomendações de uma comissão global a fim de adequá-la ao contexto nacional.

É por esta razão que recomendamos aos governos de todos os países das Américas que estabeleçam mecanismos transgovernamentais para tratar os determinantes sociais das iniquidades em saúde, seguindo o tipo que foi extensivamente comentado neste relatório.

Tal ação pode se dar em nível nacional ou subnacional. Algumas políticas e programas são mais bem desenvolvidos e realizados em nível nacional. Entretanto, as cidades e as regiões podem representar níveis apropriados de ação governamental. É nas cidades que a vida acontece para a maioria da população e onde a grande parte das nossas recomendações precisam ser planejadas e implementadas. Ainda que o reconhecimento da crescente importância das cidades para a maioria da população seja bem-vindo, o perigo é de que a zona rural seja deixada para trás. O foco no desenvolvimento sustentável da zona rural também pode estar no nível regional.

OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Os ODS foram endossados por muitos países. Como consta na recomendação 11, a ação seguindo os ODS significa, de fato, ação em alguns dos determinantes sociais da saúde. Alcançar os ODS estabelecidos para 2030 — em relação à pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, água potável e saneamento básico, trabalho decente e crescimento econômico, redução das desigualdades, cidades e comunidades sustentáveis, paz e justiça e instituições fortes — particularmente de forma separada em relação à saúde e às parcerias, significaria um grande progresso em relação aos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde. Em outras palavras, o compromisso governamental com a equidade em saúde através da ação sobre os determinantes sociais da saúde seriam um passo importante para alcançar os ODS até 2030.

DIREITOS HUMANOS

Em toda a extensão deste relatório, e em todas as suas 12 recomendações, encontram-se os instrumentos de direitos humanos que identificamos como tendo o potencial de liderar a ação sobre os determinantes sociais da saúde e melhorar as perspectivas de que todos nas Américas tenham uma vida digna. Enxergamos os mecanismos de direitos humanos como um meio importante de levar adiante a agenda da equidade em saúde.

SOCIEDADE CIVIL

A sociedade civil tem um papel-chave a desempenhar. Os grupos que fazem parte dela podem pressionar os governos para que ajam segundo o interesse da equidade. Estes grupos geralmente lideram o surgimento de novos conhecimentos em relação aos fatores estruturais das iniquidades em saúde. Sem a ação da sociedade civil, pode ser que se dê ainda menos atenção a questões de iniquidades entre povos indígenas e outros, às necessidades reais dos afrodescendentes, às desigualdades de gênero, à discriminação por orientação sexual e à negligência ou discriminação contra as pessoas com deficiência.

Os grupos da sociedade civil podem também ser instrumentos para o fornecimento de serviços. A caridade não deveria ser vista como algo que exime o governo de suas responsabilidades, mas elas fazem tanta coisa, que nas circunstâncias atuais são insubstituíveis. À medida que os grupos da sociedade civil são verdadeiros representantes das comunidades, são também instrumentos do empoderamento dela.

MEDIDAS E MONITORAMENTO

Este relatório foi baseado em dados disponíveis dentro dos países em relação às desigualdades na saúde e em seus determinantes sociais. Muitos dos dados sobre as iniquidades em saúde se relacionam com a saúde materno-infantil. Em muitos países das Américas, há uma imensa falta de dados sobre

as desigualdades na saúde dos adultos. Ainda que o Canadá e os Estados Unidos da América mostrem o que é possível fazer, ainda há grandes lacunas. È urgente contar com evidência: medições desglosadas da saúde segundo as dimensões da desigualdade, que é o tema central deste informe..

O trabalho feito pela CEPAL é vital na avaliação das desigualdades econômicas e sociais dentro dos países e em toda a região.

UNIVERSALISMO PROPORCIONAL

Chamamos atenção para dois fenômenos que se sobrepõem. Primeiro, para o fato de a desvantagem em saúde de grupos em desvantagem social especial: indígenas, afrodescendentes, pobres, mulheres, LGBT e pessoas com deficiência. Segundo, o gradiente social na saúde. Quando as pessoas são classificadas por escolaridade, renda ou alguma outra medida de desvantagem social, as desigualdades em saúde não ficam fechadas em saúde precária para os mais pobres, mas a relação se dá de forma graduada: quanto mais abaixo uma pessoa estiver na hierarquia social, mais precária será sua saúde. O primeiro fato requer um foco nas pessoas em desvantagem especial e o segundo requer políticas universais que melhorem as condições de vida para todos.

A fim de unir os dois, enfatizamos o universalismo proporcional: políticas universalistas com esforços proporcionais às necessidades.

ORGANIZAÇÕES DA ONU

Esta Comissão de Equidade foi estabelecida pela OPAS. Os representantes da OPAS nos Estados Membros e em Washington, D.C., têm um papel claro na geração de conhecimento daquilo que pode ser feito na parceria entre países.

Nosso foco é o trabalho transgovernamental, e não só o setor da saúde. Assim, outras agências da ONU têm um papel claro nas ações em todo o curso da vida e nos domínios identificados neste relatório.

PESQUISA

A leitura de nossas recomendações revelará que tomam como base as melhores evidências disponíveis, e nossos entendimentos são feitos a partir destas evidências. O fato de que a evidência esteja incompleta não é, por si, uma razão para não agir. A inatividade pela falta de evidências é um julgamento político tanto quanto o é a ação frente a evidências incompletas. Acreditamos que as recomendações que fizemos têm real possibilidade de trazer avanços à causa da equidade em saúde. Contudo, as evidências do que pode ser eficiente nunca se apresentam no nível desejado. Cada um dos domínios das recomendações pode ser visto como uma agenda de pesquisa, buscando compreender aquilo que é eficiente e qual o contexto para que isto aconteça, assim como formas de melhorar.

Precisamos agir agora, mas também precisamos continuar a avaliar as evidências do que é eficiente.

AÇÃO NAS AMÉRICAS

Vemos este relatório como uma etapa em nossa jornada. Seu objetivo é ser um passo importante na síntese das evidências e no estabelecimento daquilo que pode ser feito em relação a políticas e programas. O próximo passo é agir.

A Primeira Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde foi realizada no Rio de Janeiro em 2011. Esperamos ter uma conferência regional sobre os determinantes sociais da saúde e a equidade em saúde nas Américas no prazo de cinco anos após o lançamento deste relatório.

“A INJUSTIÇA SOCIAL MATA EM LARGA ESCALA”

Esta frase vem da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. É tão verdadeira agora como era quando a CDSS a proferiu em 2008. A saúde melhorou na última década em grande parte das Américas, mas as desigualdades na saúde e na expectativa de vida ainda são grandes. É nosso entendimento que muitas destas desigualdades em saúde poderiam ser evitadas por meios razoáveis. Desta forma, são injustos.

Corrigir estas iniquidades sociais em saúde é uma questão de justiça social.

REFERÊNCIAS

1 Banco Mundial. Dados Abertos do Banco Mundial [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: https://data.worldbank.org

2 Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365(9464):1099–104.

3 Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. Soc Sci Med. 2001 Feb;52(3):481–91.

4 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Social panorama of Latin America 2016. Santiago: CEPAL; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/41599-social-panorama-latin-america-2016

5 Solar O, Irwin A. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Commission on the Social Determinants of Health, Draft discussion paper. Genebra: OMS; 2005.

6 Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]; 2016 [citado em 5 de outubro de 2018]. Disponível (em inglês) em: www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html

7 Stiglitz J. The price of inequality. Nova Iorque: Penguin; 2013.

8 Atkinson AB. Inequality. Cambridge: Harvard University Press; 2015.

9 Marmot M. Fair society, healthy lives: the Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Londres: Institute of Health Equity; 2010. Disponível (em inglês) em: http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review

10 Nações Unidas. State of the world's Indigenous peoples: Indigenous peoples' access to health services. Nova Iorque: UN; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/03/The-State-of-The-Worlds-Indigenous-Peoples-WEB.pdf

11 Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century. Policy brief no. 15. Ottawa: Institute on Governance; 2003.

12 Kickbusch I, Gleicher D. Smart governance for health and well-being: the evidence. Copenhagen: Organização Mundial da Saúde Europa; 2014. Disponível (em inglês) em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/257513/Smart-governance-for-health-and-well-being-the-evidence.pdf

13 Rasanathan K, Norenhag J, Valentine N. Realizing human rights-based approaches for action on the social determinants of health. Health Hum Rights. 2010 Dec;12(2):49–59.

14 Organização dos Estados Americanos, Comissão Interamericana sobre os Direitos Humanos. Additional protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights ("Protocol of San Salvador"), Artigo 10, 16 de novembro de 1999 (A-52).

15 Corte Interamericana de Direitos Humanos. Case of the "Street Children" (Villagran-Morales et al.) v. Guatemala. Judgment of November 19, 1999. Inter-Am. Ct. H.R. (ser. C) No. 63.

16 Corte Interamericana de Direitos Humanos. Case of Gutiérrez-Soler v. Colombia. Judgment of September 12, 2005. Inter-Am. Ct. H.R. No. 132.

17 Sen A. Human rights and capabilities. J Hum Develop. 2005;6(2):151–66.

18 Organização Mundial da Saúde. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Genebra: OMS; 2013. Disponível (em inglês) em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1

19 Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA Plataforma de Informação em Saúde das Américas. Core indicators [Internet]; 2018 [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html

20 Organização Mundial da Saúde. Global Health Observatory data repository [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://apps.who.int/gho/data/node.home

21 Organização Pan-Americana da Saúde. Health in the Americas 2017. Aging and demographic changes [Internet]; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=55

22 Organização Mundial da Saúde. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): software para a exploração e comparação das iniquidades em saúde nos países, Edição com base de dados integrada. Versão 2.1. Genebra: OMS; 2018. Disponível (em inglês em): https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/index1.html

23 Organização Pan-Americana da Saúde. Tobacco control report for the Region of the Americas. Washington, D.C.: OPAS; 2013. Disponível (em inglês) em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Regional-Tobacco-Control-Report-2013.PDF

24 Organização Pan-Americana da Saúde. Drug use epidemiology in Latin America and the Caribbean: a public health approach. Washington, D.C.: OPAS; 2009. Disponível (em inglês) em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2828

25 Organização Mundial da Saúde. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity. Genebra: OMS; 2016. Disponível (em inglês) em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206549/9789241565332_eng.pdf;sequence=1

26 Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Global study on homicide. Viena: UNODC; 2013. Disponível (em inglês) em: https://www.unodc.org/gsh/

27 Centers for Disease Control and Prevention. Suicide rising across the US. Vital Signs [Internet]; 7 de junho de 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/vs-0618-suicide-H.pdf

28 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The inefficiency of inequality. Santiago: CEPAL; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/43567-inefficiency-inequality-summary-bu-ping-deng-jiu-shi-di-xiao-lu-zhai-yao

29 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40710/1/S1600945_en.pdf

30 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Horizons 2030: equality at the centre of sustainable development. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/40117-horizons-2030-equality-centre-sustainable-development-summary

31 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The social panorama of Latin America 2018. Santiago: CEPAL; 2019. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44396/4/S1900050_en.pdf

32 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. International development statistics database [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/development/stats/idsonline.htm

33 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Centro do Governo de Oslo. 2009 annual report. Oslo: UNDP Oslo Governance Centre; 2010. Disponível (em inglês) em: https://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/democratic-governance/oslo-governance-center/undp-oslo-governance-centre-ogc-annual-report-2009/OGC-AR-2009-Final.pdf

34 Transparência Internacional. Urging leaders to act against corruption in the Americas [Internet]; 13 de abril de 2018 [citado em 15 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.transparency.org/news/feature/leadership_corruption_in_the_americas

35 Ocampo JA, Gómez-Arteaga N. Social protection systems, redistribution and growth in Latin America. CEPAL Rev. 2017;122:7–30.

36 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Fighting tax evasion [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/ctp/fightingtaxevasion.htm

37 Comissão sobre os Determinantes Sociais em Saúde. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra: OMS; 2008. Disponível (em inglês) em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;sequence=1

38 Krugman P. The case for a mixed economy. New York Times [Internet]; 22 de dezembro de 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.nytimes.com/2018/12/22/opinion/the-case-for-a-mixed-economy.html

39 Transparência Internacional. Corruption perceptions index [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.transparency.org/research/cpi/overview

40 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Integrity for good governance in Latin America and the Caribbean: an action plan. Lima: OECD Latin America & the Caribbean Regional Programme; 2018. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/latin-america/regionalprogramme/Integrity-for-Good-Governance-in-Latin-America-and-the-Caribbean-Action-Plan.pdf

41 Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas. Summary for policymakers. In: Masson-Delmotte V, Zhai P, Pörtner HO, Roberts D, Skea J, Shukla PR, et al., eds. Global warming of 1.5°C. Genebra: Organização Metereológica Mundial; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.ipcc.ch/sr15/chapter/spm/

42 Comissão para o Desenvolvimento Sustentável. Sustainable development: the key to tackling inequalities. London: SDC; 2010. Disponível (em inglês) em: http://www.sd-commission.org.uk/publications.php@id=1053.html

43 Hunt P. Interpreting the international right to health in a human rights-based approach to health. Health Hum Rights. 2016 dezembro;18(2):109–30.

44 Tobin JW. The right to health in international law: introduction. University of Melbourne Legal Studies Research Paper No. 562. Melbourne: University of Melbourne; 2011.

45 Convenção-quadro das Nações Unidas sobre a Mudança Climática. Acordo de Paris [Internet]; 2015 [citado em 6 de fevereiro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://unfccc.int/sites/default/files/english_paris_agreement.pdf

46 Geophysical Fluid Dynamics Laboratory. Global warming and hurricanes. An overview of current research results [Internet]; 6 de junho de 2018 [citada em 7 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.gfdl.noaa.gov/global-warming-and-hurricanes/

47 Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente; Climate and Clean Air Coalition. Integrated assessment of short-lived climate pollutants in Latin America and the Caribbean. Nairobi: UNEP; CCAC; 2016. Disponível (em inglês) em: http://ccacoalition.org/en/resources/integrated-assessment-short-lived-climate-pollutants-latin-america-and-caribbean

48 Charvériat C. Natural disasters in Latin America and the Caribbean: an overview of risk. Research Department Working Paper 434. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2000.

49 López-Calva LF, Juárez EO. Evidence and policy lessons on the link between disaster risk and poverty in Latin America: summary of regional studies. RPP LAC — MDGs and Poverty — 10/2008, RBLAC-UNDP. Nova Iorque: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2008.

50 Smith N. There's no such thing as a natural disaster. Just environments series [Internet]; 11 de junho de 2006 [citado em 6 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://understandingkatrina.ssrc.org/Smith/

51 Hamilton K, Brahmbhatt M, Liu J. Multiple benefits from climate change mitigation: assessing the evidence. Policy report. Novembro de 2017 [Internet]. Londres: Grantham Research Institute on Climate Change and the Environment; Centre for Climate Change Economics and Policy; 2017 [citado em 7 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.lse.ac.uk/GranthamInstitute/wp-content/uploads/2017/11/Multiple-benefits-from-climate-action_Hamilton-et-al.pdf

52 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. The economics of climate change in Latin America and the Caribbean: paradoxes and challenges of sustainable development. Santiago: CEPAL; 2014. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37311/S1420655_en.pdf

53 Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos da América. International climate impacts [Internet]; 3 de outubro de 2017 [citado em 7 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://19january2017snapshot.epa.gov/climate-impacts/international-climate-impacts_.html

54 Graham L, Thongs G. In the Caribbean, colonialism and inequality mean hurricanes hit harder. The Conversation [Internet]; 20 de setembro de 2017. Disponível (em inglês) em: http://theconversation.com/in-the-caribbean-colonialism-and-inequality-mean-hurricanes-hit-harder-84106

55 Dietrich AS, Garriga-Lopez AM, Garriga-Lopez CS. Hurricane Maria exposes Puerto Rico's stark environmental and health inequalities [Internet]; 3 de outubro de 2017 [citado em 7 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://items.ssrc.org/hurricane-maria-exposes-puerto-ricos-stark-environmental-and-health-inequalities/

56 Banco Mundial. The World Bank in Haiti [Internet]; 2019 [citado em 21 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.worldbank.org/en/country/haiti/overview

57 Holpuch A. Haiti faces fresh cholera outbreak after Hurricane Matthew, aid agencies fear. The Guardian [Internet]; 14 October 2016 [citado em 7 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.theguardian.com/world/2016/oct/14/haiti-cholera-hurricane-matthew-aid-agencies

58 Organização Internacional do Trabalho. Indigenous peoples and climate change: from victims to change agents through decent work. Genebra: OIT; 2017. Disponível (em inglês) em: http://ilo.org/global/topics/indigenous-tribal/WCMS_551189/lang--en/index.htm

59 Governo do Canadá, Indigenous and Northern Affairs Canada. Climate change in Indigenous and Northern communities [Internet]; 2018 [citado em 1 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100034249/1100100034253

60 Environmental Protection Agency. Climate impacts on society [Internet]; 2017 [citado em 10 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://19january2017snapshot.epa.gov/climate-impacts/climate-impacts-society_.html

61 Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente; Climate and Clean Air Coalition. Summary for decision makers. Integrated assessment of short-lived climate pollutants in Latin America and the Caribbean. Improving air quality while contributing to climate change mitigation. Nairobi: PNUMA; CCAC; 2016. Disponível (em inglês) em: http://www.ccacoalition.org/en/resources/integrated-assessment-short-lived-climate-pollutants-latin-america-and-caribbean-summary

62 Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente. Efforts to reduce air and climate pollutants in Latin America could reap immediate health benefits [Internet]; 19 de abril de 2018 [citado em 6 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.unenvironment.org/news-and-stories/press-release/efforts-reduce-air-and-climate-pollutants-latin-america-could-reap

63 Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente. Emissions gap report 2018. Nairobi: PNUMA; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.unenvironment.org/resources/emissions-gap-report-2018

64 Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. Greenhouse gas emissions from agriculture, forestry and other land use in Latin America & the Caribbean [Internet]; 2014 [citado em 10 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.fao.org/resources/infographics/infographics-details/en/c/238839/

65 Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. Latin America doubled its agricultural emissions of greenhouse gases in the past 50 years [Internet]; 5 de agosto de 2014 [citado em 12 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.fao.org/americas/noticias/ver/en/c/240449/

66 Banco Mundial. Fighting climate change through sustainable transport in Latin America [Internet]; 8 de abril de 2014 [citado em 12 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.worldbank.org/en/results/2014/04/08/fighting-climate-change-sustainable-transport-latin-america

67 Organização Mundial da Saúde. Global ambient air quality database app: app for exploring air quality in countries. WHO Global Ambient Air Quality Database (update 2018) edition. Versão 1.0. Geneva: OMS; 2018. Disponível (em inglês) em: https://whoairquality.shinyapps.io/AmbientAirQualityDatabase/

68 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Statistics and indicators [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=i

69 Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos da América. Inventory of U.S. greenhouse gas emissions and sinks: 1990–2017. Washington, D.C.: EPA; 2019. Disponível (em inglês) em: https://www.epa.gov/sites/production/files/2019-04/documents/us-ghg-inventory-2019-main-text.pdf

70 Administração de Informação de Energia dos Estados Unidos da América. United States remains the world's top producer of petroleum and natural gas hydrocarbons [Internet]; 21 de maio de 2018 [citado em 12 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.eia.gov/todayinenergy/detail.php?id=36292

71 Governo do Canadá. Canada's Seventh National Communication on Climate Change and Third Biennial Report. Gatineau: Environment and Climate Change Canada; 2017.

72 Flavin C, Gonzalez M, Majano AM, Ochs A, da Rocha M, Tagwerker P. Study on the development of the renewable energy market in Latin America and the Caribbean under the IDB climate change evaluation. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2014. Disponível (em inglês) em: https://publications.iadb.org/publications/english/document/Study-on-the-Development-of-the-Renewable-Energy-Market-in-Latin-America-and-the-Caribbean.pdf

73 Banco Mundial. Solar resource maps of Latin America and Caribbean: Solargis [Internet]; 2017. Disponível (em inglês) em: https://solargis.com/maps-and-gis-data/download/latin-america-and-caribbean/

74 International Renewable Energy Agency. Renewable energy market analysis: Latin America. Abu Dhabi: IRENA; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.irena.org/publications/2016/Nov/Renewable-Energy-Market-Analysis-Latin-America

75 Norton Rose Fulbright. Renewable energy in Latin America. Londres: Norton Rose Fulbright; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.nortonrosefulbright.com/-/media/files/nrf/nrfweb/imported/renewable-energy-in-latin-america.pdf?la=en&revision=66edb636-af27-43d7-8c44-c65564b1833b

76 Governo do Canadá, Natural Resources Canada. About renewable energy [Internet]; 13 de dezembro de 2017 [citado em 14 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.nrcan.gc.ca/energy/renewable-electricity/7295

77 Administração de Informação de Energia dos Estados Unidos da América. US energy facts explained [Internet]; 16 de maio de 2018 [citado em 14 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.eia.gov/energyexplained/?page=us_energy_home

78 U Administração de Informação de Energia dos Estados Unidos da América. Frequently asked questions: what is U.S. electricity generation by energy source? [Internet]; 29 de outubro de 2018 [citado em 14 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.eia.gov/tools/faqs/faq.php?id=427&t=3

79 Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. FAOSTAT [Internet]; [citado em 1 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://www.fao.org/faostat/en/

80 World Wildlife Fund. Deforestation and forest degradation [Internet]; [citado em fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.worldwildlife.org/threats/deforestation

81 Tidwell T. State of forests and forestry in the United States. U.S. Forest Service [Internet]; 4 de setembro de 2016 [citado em 1 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.fs.fed.us/speeches/state-forests-and-forestry-united-states-1

82 Governo do Canadá, Natural Resources Canada. Home [Internet]; 2019 [citado em 1 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.nrcan.gc.ca/home

83 Trimarchi M. Will the U.S. be a desert in 50 years? [Internet]; [citado em 1 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://science.howstuffworks.com/nature/climate-weather/atmospheric/us-desert-50-years.htm

84 Convenção das Nações Unidas para o Combate à Desertificação. National report on efforts to mitigate desertification in the Western United States. Nova Iorque: UNCCD; 2006. Disponível (em inglês) em: http://www.unccd-prais.com/Uploads/GetReportPdf/cd202ad5-4142-4ab4-9386-a0fa014a4b40

85 Organização Mundial do Comércio. Environmental services [Internet]; 2019 [citado em 1 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/environment_e/environment_e.htm

86 Convenção das Nações Unidas para o Combate à Desertificação. Global land outlook — key messages [Internet]; 31 de outubro de 2017 [citado em 1 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.unccd.int/publications/global-land-outlook-key-messages

87 Schrecker T, Birn A-E, Aguilera M. How extractive industries affect health: political economy underpinnings and pathways. Health Place. 2018;52:135–47.

88 Working Group on Mining and Human Rights in Latin America. The impact of Canadian mining in Latin America and Canada's responsibility. Executive summary of the report submitted to the Inter-American Commission on Human Rights [Internet]; 2014 [citado em 6 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://www.dplf.org/sites/default/files/report_canadian_mining_executive_summary.pdf

89 Oxfam International. Unearthed: land, power and inequality in Latin America. Oxford: Oxfam International; 2016.

90 Oxfam International. Small holders at risk. Monoculture expansion, land, food and livelihoods in Latin America. Oxfam Briefing Paper 180 [Internet]; 23 de abril de 2014 [citado em 6 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.oxfam.org/en/research/smallholders-risk-monoculture-expansion-land-food-and-livelihoods-latin-america

91 Fórum Permanente das Nações Unidas sobre Questões Indígenas. Indigenous peoples — lands, territories and natural resources [Internet]; [citado em 28 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.un.org/en/events/indigenousday/pdf/Backgrounder_LTNR_FINAL.pdf

92 Freire G, Schwartz Orellana SD, Zumaeta Aurazo M, Costa D, Lundvall JM, Viveros Mendoza MC, et al. Indigenous Latin America in the twenty-first century: the first decade. Working paper 98544. Washington, D.C.: World Bank; 2015. Disponível (em inglês) em: http://documents.worldbank.org/curated/en/145891467991974540/Indigenous-Latin-America-in-the-twenty-first-century-the-first-decade

93 Freire G, Diaz-Bonilla C, Schwartz Orellana S, Soler Lopez J, Carbonari F. Afro-descendants in Latin America: toward a framework of inclusion. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2018. Disponível (em inglês) em: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30201

94 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas. UN Statistical Commission agrees on global indicator framework [Internet]; 11 de março de 2016 [citado em 19 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2016/03/un-statistical-commission-endorses-global-indicator-framework/

95 Organização Mundial da Saúde. Addis Ababa Declaration: International Conference on Task Shifting. Genebra: OMS; 2008. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/addisdeclaration/en/

96 Supreme Court Judgments. Delgamuukw v British Columbia, [1997] 3 S.C.R. 1010. Ottawa: Supremo Tribunal do Canadá; 1997.

97 Fórum Permanente das Nações Unidas sobre Questões Indígenas. Report on the eleventh session (7–18 de maio de 2012). Economic and Social Council, official records. Supplement 23. Nova Iorque: ONU; 2012. Disponível (em inglês) em: https://undocs.org/en/E/C.19/2012/13

98 Williams RA. Savage anxieties: the invention of Western civilization. Nova Iorque: Palgrave Macmillan; 2012.

99 Papa Alexandre VI. Bula Papal Inter Caetera, 4 de maio de 1493.

100 Papa Nicholas V. Bula Papal Romanus Pontifex, 8 de janeiro de 1455.

101 Supremo Tribunal dos Estados Unidos da América. Johnson and Graham's Lessee v William M'Intosh, 21 U.S. 543 (8 Wheat. 543, 5 L. Ed. 681), 10 de março de 1823. Washington, D.C.: Supremo Tribunal dos Estados Unidos da América.

102 Koch A, Bierley C, Maslin M, Lewis S. Earth system impacts of the European arrival and great dying in the Americas after 1492. Quat Sci Rev. 2019;207:13–36.

103 Thornton R. American Indian holocaust and survival: a population history since 1492. Norman: University of Oklahoma Press; 1987.

104 Greenwood M, de Leeuw S, Lindsay NM, eds. Determinants of Indigenous peoples' health: beyond the social. 2nd ed. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2018.

105 Tribunal Canadense de Direitos Humanos. First Nations Child and Family Caring Society of Canada et al. v Attorney General of Canada. CHRT 2, 2016, File T1340/7008. Ottawa: Tribunal Canadense de Direitos Humanos; 2016.

106 Comissão Interamericana sobre os Direitos Humanos. Indigenous peoples, Afro-descendent communities, and natural resources. Washington, D.C.: IACHR; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.iwgia.org/images/publications/0742_IACHR_ExtractiveIndustries2016.pdf

107 Secretaria do Censo dos Estados Unidos da América. American fact finder [Internet]; [citado em 19 de outubro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://factfinder.census.gov/faces/nav/jsf/pages/index.xhtml

108 Estatísticas do Canadá. Aboriginal peoples: fact sheet for Canada [Internet]; [cited 19 Jan 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-656-x/89-656-x2015001-eng.htm

109 Kelley RDG, Lewis E, editors. To make our world anew: a history of African Americans. Oxford: Oxford University Press; 2000.

110 Bradley K, Cartledge P. The Cambridge world history of slavery. Volume 1: the ancient Mediterranean world. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.

111 Lovejoy PE. The volume of the Atlantic slave trade. A synthesis. J Afr Hist 1982;23(4):473–501.

112 Sherwood M. Britain, Slavery and the trade in enslaved Africans. History in Focus [Internet]; 2007. Disponível (em inglês) em: https://www.history.ac.uk/ihr/Focus/Slavery/articles/sherwood.html

113 Imprensa do Governo dos Estados Unidos da América. 112th Congress, 2nd session, Senate document No. 112–9. The Constitution of the United States of America: analysis and interpretation: interim edition, analysis of cases decided by the Supreme Court. Washington, D.C.: Imprensa do Governo dos Estados Unidos da América; 2013.

114 Andrews GR. Afro-Latin America, 1800–2000. Nova Iorque: Oxford University Press; 2004.

115 Brushett K. Canada's forgotten slaves: two hundred years of bondage by Marcel Trudel (book review). Brit J Can Studies. 2015;28(2):225–6.

116 Parlamento do Reino Unido. Slavery Abolition Act 1833 (citation 3 &4 Will. IV c.73), 28 de Agosto de 1833. Londres: Parlamento do Reino Unido.

117 Murillo Martínez PE. The 2030 Agenda: The recognition of rights and empowerment of the Afro-descendant population in Latin America and the Caribbean. Affirmative action measures to promote political participation and reduce the citizenship deficit of people of African descent in the Americas [não publicado]. Bogotá: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2018.

118 Comissão Interamericana sobre os Direitos Humanos. The situation of people of African descent in the Americas. Washington, D.C.: OEA; 2011. Disponível (em inglês) em: http://www.oas.org/en/iachr/afro-descendants/docs/pdf/AFROS_2011_ENG.pdf

119 Secretaria do Censo dos Estados Unidos da América. Current population survey (CPS) [Internet]; 2019. Disponível (em inglês) em: https://www.census.gov/programs-surveys/cps.html

120 Estatísticas do Canadá. Ontario [province] and Canada [country]. Census profile, 2016 census [Internet]; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=E&Geo1=PR&Code1=35&Geo2=PR&Code2=01&Data=Count&SearchText=ontario&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1

121 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Regional human development report for Latin America and the Caribbean. Multidimensional progress: well-being beyond income. Nova Iorque: PNUD; 2016. Disponível (em inglês) em: http://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/en/home/library/human_development/informe-regional-sobre-desarrollo-humano-para-america-latina-y-e.html

122 PERLA. The Project on Ethnicity and Race in Latin America [Internet]; [citado em 19 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://perla.princeton.edu/about/

123 General Accountability Office. High risk: status of prior recommendations on federal management of programs serving Indian tribes [Internet]; 13 de setembro de 2017 [citado em 21 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.gao.gov/products/GAO-17-790T

124 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos. Santiago: CEPAL; 2017. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/42654

125 Hall G, Gandolfo A. Poverty and exclusion among Indigenous peoples: the global evidence [Internet]; 8 de setembro de 2016 [citado em 21 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://blogs.worldbank.org/voices/poverty-and-exclusion-among-indigenous-peoples-global-evidence

126 Deloria V. God is red: a Native view of religion. Nova Iorque: Putnam; 1973.

127 Blackstock C. The emergence of the breath of life theory. J Soc Work Values Ethics [Internet]. 2011;8(1). Disponível (em inglês) em: http://jswve.org/download/2011-1/spr11-blackstock-Emergence-breath-of-life-theory.pdf

128 Van Cott DL. Constitutional reform in the Andes: redefining Indigenous–State relations. In: Sieder S, editor. Multiculturalism in Latin America: Indigenous rights, diversity and democracy. Nova Iorque: Palgrave Macmillan; 2002: 45–73.

129 Macdonald D, Wilson D. Shameful neglect: Indigenous child poverty in Canada. Ottawa: Canadian Center for Policy Alternatives; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/shameful-neglect

130 Viáfara López C. Desigualdades étnico-raciales en el mercado laboral en Colombia [Internet]; 15 de agosto de 2016. Disponível (em inglês) em: https://desigualdadsite.wordpress.com/2016/08/15/desigualdades-etnico-raciales-en-el-mercado-laboral-en-colombia/

131 Nações Unidas. Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial. General recommendation No. 34 adopted by the Committee; Racial discrimination against people of African descent. Committee on the Elimination of Racial Discrimination Seventy-ninth session, 8 de agosto – 2 de setembro de 2011 (CERD/C/GC.34). Disponível (em inglês) em: https://www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/docs/GR34_English.pdf

132 Satterfield D. The land as a determinant of health: respecting traditional ecological knowledge about health in all its dimensions. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Disease Prevention and Health Promotion; 2018.

133 Weatherford J. Indian givers: how the Indians of the Americas transformed the world. Nova Iorque: Fawcett Columbine; 1988.

134 Clelland CC. A call for tribal health equity and diplomacy [speech]. National Center for Disease Control and Prevention, 2018.

135 Chaikuni Institute. "The river is a mother": 4 Indigenous women water protectors from Peru's Amazon [Internet]; 8 de março de 2018 [citado em 21 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://chaikuni.org/2018/03/08/4-indigenous-women-water-protectors-from-perus-amazon/

136 Cave K, McKay S. Water song: Indigenous women and water. Resilience [Internet]; 12 de dezembro de 2016 [citado em 21 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.resilience.org/stories/2016-12-12/water-song-indigenous-women-and-water/

137 Stand with Standing Rock. Mni Wiconi [Internet]; [citado em 22 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://standwithstandingrock.net/mni-wiconi/

138 Gasteyer S, Flora CB. Modernizing the savage: colonization and perceptions of landscape and lifescape. Sociologia Ruralis. 2002;40(1):128–49.

139 Secretaria de Orçamento Parlamentar. Budget sufficiency for First Nations water and wastewater infrastructure at 4, 12 and 23 [Internet]. Ottawa: Secretaria de Orçamento Parlamentar; 2017; [citado em 22 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/FN%20Water/FN_Water_EN.pdf

140 Democratic Staff of the House Committee on Natural Resources. Water delayed is water denied: how Congress has blocked access to water for Native families [Internet]; 10 de outubro de 2016 [citado em 22 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://naturalresources.house.gov/water-delayed-is-water-denied

141 Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. FAO policy on Indigenous and Tribal peoples. Rome: FAO; 2015. Disponível (em inglês) em: http://www.fao.org/publications/card/en/c/2ead-5dd4-4fa1-46ef-9a3e-d6296fe39de9/

142 International Indian Treaty Council. Declaration of Atitlán, Guatemala. Indigenous Peoples' Consultation on the Right to Food: a global consultation, Atitlán, Sololá, Guatemala, 17–19 de abril de 2002 [Internet]; [citado em 22 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.iitc.org/wp-content/uploads/2013/07/FINAL_Atitlan-Declaration-Food-Security_Apr25_ENGL.pdf

143 Organização Pan-americana de saúde. Policy on ethnicity and health. 29th Pan American Sanitary Conference, 69th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas, 25–29 September 2017, Washington, D.C. (CSP29/7, Rev. 1). Disponível (em inglês) em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-en-9249&alias=41618-csp29-7-e-618&Itemid=270&lang=en

144 Annie E. Casey Foundation. Kids count [Internet]; [citado em 22 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://datacenter.kidscount.org/

145 Smylie J, Fell D, Ohlsson A; Joint Working Group on First Nations, Indian, Inuit, and Métis Infant Mortality of the Canadian Perinatal Surveillance System. A review of Aboriginal infant mortality rates in Canada: striking and persistent Aboriginal/non-Aboriginal inequities. Can J Public Health. 2010;101(2):143–8.

146 Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. National vital statistics system [Internet]; 2018 [citado em 7 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.cdc.gov/nchs/nvss/index.htm

147 Woolf SH, Chapman DA, Buchanich JM, Bobby KJ, Zimmerman EB, Blackburn SM. Changes in midlife death rates across racial and ethnic groups in the United States: systematic analysis of vital statistics. BMJ. 2018;362:3096.

148 República do Equador. Constitution of the Republic of Ecuador National Assembly Legislative and Oversight Committee, Article 4. 20 de outubro de 2008. Disponível (em inglês) em: http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/english08.html

149 Borrows J. Indigenous legal traditions in Canada. Washington U J Law Policy. 2005;19(1):167–223.

150 Paschel T. Race & ethnicity: the limits of inclusion. Center for Latin American Studies [Internet]; Outono de 2016 [citado em 1 de fevereiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://clas.berkeley.edu/research/race-ethnicity-limits-inclusion

151 Nações Unidas. Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas (A/RES/61/295), Artigos 3–5. Resolução adotada na Assembleia Geral em 13 de setembro de 2007. Nova Iorque: ONU; 2007. Availa Disponível (em inglês) em: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf

152 Organization of American States. American Declaration on the Rights of Indigenous Peoples. Washington, D.C.: OAS; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.oas.org/en/sare/documents/DecAmIND.pdf

153 Fundo Internacional para Desenvolvimento Agrícola. Indigenous peoples: valuing, respecting and supporting diversity. Roma: IFAD; 2011.

154 Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. United Nations Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage (3 U.N.T.S. 2368), Articles 1–2. Paris: UNESCO; 2003. Disponível (em inglês) em: https://ich.unesco.org/en/convention

155 Santilli J. The recognition of foods and food-related knowledge and practices as an intangible cultural heritage. Demetra. 2015;10(3):585–606.

156 Nações Unidas. 2015–2024 Década Internacional de Afrodescendentes [Internet]; [cited 23 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: https://www.un.org/en/events/africandescentdecade/

157 Organização dos Estados Americanos. Convenção Interamericana Contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância (A-68). Washington, D.C.: OAS; 2013. Disponível (em inglês) em: http://www.oas.org/en/sla/dil/inter_american_treaties_A-68_racism.asp

158 Das Gupta M. Women's empowerment and fertility: policy lessons. Nova Iorque: Departamento das Nações Unidas sobre Questões Econômicas e Sociais; 2015.

159 International Center for Equity in Health. Equity profiles [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: http://equidade.org/profiles

160 Organização Mundial da Saúde. Monitor de Equidade em Saúde. Atualização 2018 [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/gho/health_equity/en/

161 Smylie J. Aboriginal infant mortality rate in Canada. Lancet. 2012 Oct;380:1384.

162 Banco Mundial. Poverty and Equity Data Portal – Brazil [Internet]; [citado em 25 de janeiro de 2019]. Disponível (em inglês) em: http://povertydata.worldbank.org/poverty/country/BRA

163 Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health. 2015;3(4):e199–205.

164 Organização Mundial da Saúde. Breastfeeding [Internet]; [citado em 20 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/topics/breastfeeding/en/

165 Fundo das Nações Unidas para a Infância. Infant and young child feeding (IYCF) data [Internet]; julho de 2018. Disponível (em inglês) em: https://data.unicef.org/resources/dataset/infant-young-child-feeding/

166 Fundo das Nações Unidas para a Infância. Infant and young child feeding [Internet]; julho de 2018 [citado em 20 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/

167 McKinney CO, Hahn-Holbrook J, Chase-Lansdale PL, Ramey SL, Krohn J, Reed-Vance M, et al. Racial and ethnic differences in breastfeeding. Pediatrics. 2016;138(2):e20152388.

168 Health Canada. First Nations and Inuit health. Health status of First Nations on-reserve 2015. Ottawa: Health Canada; 2016. Disponível (em inglês) em: http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/sc-hc/H33-1-17-2015-eng.pdf

169 Organização Mundial da Saúde. Nutrition: stunting in a nutshell [Internet]; 2018 [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/nutrition/healthygrowthproj_stunted_videos/en/

170 Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional. DHS STATcompiler [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://dhsprogram.com/data/STATcompiler.cfm

171 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Income distribution database (IDD): Gini, poverty, income, methods and concepts [Internet]; 2017. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm

172 Estaísticas do Canadá. Census in brief. Children living in low income households. Census of population, 2016 [Internet]; 13 de setembro de 2017. Disponível (em inglês) em: https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016012/98-200-x2016012-eng.cfm

173 Overseas Development Institute; Save the Children; United Nations Children's Fund. Progress in child well-being: building on what works. A report commissioned from the Overseas Development Institute. London: Save the Children; 2012. Disponível (em inglês) em: https://resourcecentre.savethechildren.net/node/5868/pdf/5868.pdf

174 Vegas E, Santibáñez L. The promise of early childhood development in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2012. Disponível (em inglês) em: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079922573/ECD_LAC.pdf

175 Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Regional report about education for all in Latin America and the Caribbean. Santiago: UNESCO Escritório Regional para a América Latina e o Caribe; 2016. Disponível (em inglês) em: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/regional-report-mexico-ingles_01.pdf

176 Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. The Dakar framework for action. Education for all: meeting our collective commitments. Paris: UNESCO; 2000. Disponível (em inglês) em: https://resourcecentre.savethechildren.net/node/2023/pdf/2023.pdf

177 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Programme for International Student Assessment, base de dados PISA - Tabela II.4.12 [Internet]; 2012. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/pisa/data/

178 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Latin America and the Caribbean Education for All 2015 regional review. Santiago: UNESCO Escritório Regional para a América Latina e o Caribe; 2015. Disponível (em inglês) em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232701

179 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Availability, collection and use of data on disability in 2011. Santiago: ECLAC; 2012. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5040

180 Estatísticas do Canadá. A profile of persons with disabilities among Canadians aged 15 years or older. Ottawa: Statistics Canada; 2012. Disponível (em inglês) em: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2015001-eng.htm

181 Organização Internacional do Trabalho. C189 - Domestic Workers Convention, 2011 (No. 189). Genebra: OIT; 2011. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189

182 Organização Mundial da Saúde. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: MOS Escritório Regional para a Europa; 2014. Disponível (em inglês) em: http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report

183 Gómez V, Juárez-García A. Working conditions and effort-reward imbalance in Latin America. In: Siegrist J, Wahrendorf M, editors. Work stress and health in a globalized economy: the model of effort-reward. Cham: Springer; 2016:235–71.

184 Organização Internacional do Trabalho. Decent work [Internet]. Genebra: OIT. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm

185 López-Ruiz M, Artazcoz L, Martínez JM, Rojas M, Benavides FG. Informal employment and health status in Central America. BMC Public Health. 2015;15:698.

186 Tokman VE. Informality: exclusion and precariousness. Geneva: International Labour Organization; 2007. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/@emp_policy/documents/meetingdocument/wcms_125978.pdf

187 Organização Internacional do Trabalho. ILO global estimates on migrant workers. Genebra: OIT; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/global/topics/labour-migration/publications/WCMS_436343/lang--en/index.htm

188 Organização das Nações Unidas. Dados: trabalho [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://data.un.org/Data.aspx?q=labour&d=IFS&f=SeriesCode%3a67

189 Organização Internacional do Trabalho. ILOSTAT: key indicators of the labour market [Internet]; [dados consultados em setembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home/home?_adf.ctrl-state=g43s30d0n_4&_afrLoop=1927002885072191#!

190 Organização Internacional do Trabalho. World Statistic: the enormous burden of poor working conditions [Internet]; [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-and-health/WCMS_249278/lang--en/index.htm

191 Tucker S, Keefe A. 2018 report on work fatality and injury rates in Canada. Regina: University of Regina; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.uregina.ca/business/faculty-staff/faculty/file_download/2018-Report-on-Workplace-Fatalities-and-Injuries.pdf

192 Secretaria dos Estados Unidos da América de Estatísticas do Trabalho. Fatal occupational injuries: current and revised data [Internet]; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.bls.gov/iif/oshcfoi1.htm

193 Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Psychosocial risks and stress at work [Internet]; [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress

194 Lunderberg U, Cooper CL. The science of occupational health stress, psychobiology and the new world of work. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.

195 Fishta A, Backé EM. Psychosocial stress at work and cardiovascular diseases: an overview of systematic reviews. Int Arch Occup Environ Health. 2015;88(8):997–1014.

196 Teles MB, Barbosa MR, Vargas AMD, Gomes VE, Ferreira EF, Barros Lima Martins AME, et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2014;12(1):72.

197 Martinez MC, do Rosário Dias de Oliveira Latorre M, Fischer FM. A cohort study of psychosocial work stressors on work ability among Brazilian hospital workers: psychosocial work stressors and effects on work ability. Am J Ind Med. 2015 Jul;58(7):795–806.

198 Hagedorn J, Paras CA, Greenwich H, Hagopian A. The role of labor unions in creating working conditions that promote public health. Am J Public Health. 2016 Jun;106(6):989–95.

199 Organização Internacional do Trabalho. The future of work we want: the voice of youth and different perspectives from Latin America and the Caribbean. ILO Technical Reports, 2017/7. Lima: OIT Escritório Regional para a América Latina e o Caribe; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_567273.pdf

200 Brady D, Baker RS, Finnigan R. When unionization disappears: state-level unionization and working poverty in the United States. Am Sociol Rev. 2013 Oct;78(5):872–96.

201 Braveman P. Social conditions, health equity, and human rights. Health Hum Rights. 2010;12(2):31–48.

202 Fundo das Nações Unidas para a Infância. Child labour and UNICEF in action: children at the centre. Nova Iorque: UNICEF; 2014. Disponível (em inglês) em: https://www.unicef.org/protection/files/Child_Labour_and_UNICEF_in_Action.pdf

203 Organização Internacional do Trabalho. Global estimates of child labour: results and trends, 2012–2016. Geneva: OIT; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_575499/lang--en/index.htm

204 Secretaria dos Estados Unidos da América de Estatísticas do Trabalho. BLS. Weekly and hourly earnings data from the Current Population Survey. Table 5. Quartiles and selected deciles of usual weekly earnings of full-time wage and salary workers by selected characteristics, fourth quarter 2018 averages, not seasonally adjusted [Internet]; [citado em 22 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.bls.gov/news.release/wkyeng.t05.htm

205 Governo do Canadá. Towards a poverty reduction strategy – a backgrounder on poverty in Canada. Ottawa: Government of Canada; October 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/poverty-reduction/backgrounder.html

206 Betcherman G. Labor market regulations: what do we know about their impacts in developing countries? World Bank Res Obs. 2015 Feb;30(1):124–53.

207 Ponce N, Shimkhada R, Raub A, Daoud A, Nandi A, Richter L, et al. The association of minimum wage change on child nutritional status in LMICs: a quasi-experimental multi-country study. Glob Public Health. 2018;13(9):1307–21.

208 Kortum E, Leka S. Tackling psychosocial risks and work-related stress in developing countries: the need for a multilevel intervention framework. Int J Stress Manag. 2014;21(1):7–26.

209 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. New data show importance of quality as well as quantity of jobs and how both evolved during crisis [Internet]; 2 de setembro de 2016 [citado em 7 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/employment/the-crisis-has-had-a-lasting-impact-on-job-quality-new-oecd-figures-show.htm

210 Wahrendorf M, Hoven H, Goldberg M, Zins M, Siegrist J. Adverse employment histories and health functioning: the CONSTANCES study. Int J Epidemiol. 2018:1–13.

211 International Labour Organization. ILOSTAT. Unemployment rate by disability status (%) [8.5.2] [Internet]; [cited 17 Nov 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home/home?_adf.ctrl-state=17ug6j630z_263&_afrLoop=2017501989486727#!

212 Organização Internacional do Trabalho. Economic impacts of reducing the gender gap. ILO What Works Research Brief No. 10 [Internet]; 29 de setembro de 2017. Disponível (em inglês) em: http://ilo.org/global/research/publications/what-works/WCMS_577685/lang--en/index.htm

213 Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. Int J Stress Manag. 2006;13(2):176–200.

214 Staland-Nyman C, Alexanderson K, Hensing G. Associations between strain in domestic work and self-rated health: a study of employed women in Sweden. Scand J Public Health. 2008;36(1):21–7.

215 Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? Soc Sci Med. 2002 Mar;54(5):783–98.

216 Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med. 2004 Apr;58(8):1483–99.

217 Organização das Nações Unidas. Profiles of ageing 2017 [Internet]; [citado em 28 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://population.un.org/ProfilesOfAgeing2017/index.html

218 Organização Mundial da Saúde. World report on ageing and health. Genebra: OMS; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/

219 Lopes CS, Hellwig N, e Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. Int J Equity Health. 2016;15(1):154.

220 Ingraham C, Washington Post. 14 Baltimore neighborhoods have lower life expectancies than North Korea [Internet]; 30 de abril de 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/04/30/baltimores-poorest-residents-die-20-years-earlier-than-its-richest/

221 Age UK. Healthy ageing evidence review [Internet]; [citado em 13 de setembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/rb_april11_evidence_review_healthy_ageing.pdf

222 Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Sicotte M, Tellechea L. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2007;62(4):S226–36.

223 Perissinotto CM, Stijacic CI, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. Arch Intern Med. 2012 Jul 23;172(14):1078–83.

224 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Regional Intergovernmental Conference on Ageing: towards a regional strategy for the implementation in Latin America and the Caribbean of the Madrid International Plan of Action on Ageing. Santiago: CEPAL; 2003. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/13611/FINAL-DSC-1-Ingles.pdf

225 Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. Ageing Society. 2005;25(1):41–67.

226 Landeiro F, Barrows P, Musson EN, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. BMJ Open. 2017;7(5):e013778.

227 De Navas-Walt C, Proctor BD. Income and poverty in the United States: 2014. Washington, D.C.: Secretaria dos Estados Unidos da América para o Censo; Setembro de 2015: 60–252. Disponível (em inglês) em: https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p60-252.pdf

228 Social Security Administration, Research Statistics and Policy Analysis. Annual statistical supplement to the Social Security Bulletin. Washington, D.C.: SSA; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2018/index.html

229 Pelaez M, Palloni A, Albala C, Alfonso JC, Ham-Chande R, Hennis A, et al. SABE – survey on health, well-being, and aging in Latin America and the Caribbean (SABE), 2000. Ann Arbor: Inter-university Consortium for Political and Social Research; 2006. Disponível (em inglês) em: https://doi.org/10.3886/ICPSR03546.v1

230 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; Banco Interamericano de Desenvolvimento; Banco Mundial. Pensions at a glance: Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: OCDE; 2014. Disponível (em inglês) em: http://www.oecd.org/publications/oecd-pensions-at-a-glance-pension-glance-2014-en.htm

231 Parekh AK, Goodman RA, Gordon C, Koh HK, HHS Interagency Workgroup on Multiple Chronic Conditions. Managing multiple chronic conditions: a strategic framework for improving health outcomes and quality of life. Public Health Rep. 2011;126(4):460–71.

232 Allen M, Allen J, Hogarth S, Marmot M. Working for health: the role of health professionals. Londres: UCL Institute of Health Equity; 2013. Disponível (em inglês) em: http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals-full-report.pdf

233 Medrano M, Rosario RL, Payano AN, Capellán NR. Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. Dement Neuropsychol. 2014;8(4):384–8.

234 Racic M, Kusmuk S, Kozomara L, Debelnogic B, Tepic R. The prevalence of mistreatment among the elderly with mental disorders in primary health care settings. J Adult Protect. 2006;8(4):20–4.

235 Earle A, Heymann J. Raising the global floor: dismantling the myth that we can't afford good working conditions for everyone. Stanford Politics and Policy. Redwood City: Stanford University Press; 2009.

236 Roser M, Ortiz-Ospina E. Global extreme poverty [Internet]; 27 de março de 2017 [citado em 29 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://ourworldindata.org/extreme-poverty

237 Estatísticas do Canadá. Canadian survey on disability 2012. Ottawa: Statistics Canada; 2013. Disponível (em inglês) em: https://communitydata.ca/content/canadian-survey-disability-2012

238 Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento. The Social Protection Floor Initiative (SPF-I) [Internet]; 2017 [citado em 29 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowProject.action?id=2767

239 Organização Internacional do Trabalho. Social protection floor [Internet]; [citado em 13 de setembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/policy-development-and-applied-research/social-protection-floor/lang--en/index.htm

240 Organização das Nações Unidas, Conselho Econômico, Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. General comment no 19: The right to social security (art 9) (E/C.12/GC/19). Genebra: ONU; 2008. Disponível (em inglês) em: https://undocs.org/E/C.12/GC/19

241 Reynolds MM, Avendano M. Social policy expenditures and life expectancy in high-income countries. Am J Prev Med. 2018 Jan;54(1):72–9.

242 Organização Internacional do Trabalho. World social protection report 2017–19: universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals. Genebra: OIT; 2017 Disponível (em inglês) em: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_604882/lang--en/index.htm

243 Organização Internacional do Trabalho. World Social Protection Database, based on the Social Security Inquiry (SSI) [Internet]; [citado em 5 de dezembro 2018]. Disponível (em inglês) em: http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54782

244 Muggah R, Garzón JC, Suárez M. Mano dura: cost of repression and benefits of prevention for youth in Latin America. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; 2018. Disponível (em inglês) em: https://igarape.org.br/en/mano-dura-the-costs-and-benefits-of-repressive-criminal-justice-for-young-people-in-latin-america/

245 Stafford M, Chandola T, Marmot M. Association between fear of crime and mental health and physical functioning. Am J Public Health. 2007;97(11):2076–81.

246 Organização Mundial da Saúde. World report on violence and health. Genebra: OMS; 2002. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

247 Organização Mundial da Saúde. European facts and the Global status report on violence prevention 2014. Copenhagen: OMS Escritório Regional para a Europa; 2014. Disponível (em inglês) em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/265750/European-facts-and-the-Global-status-report-on-violence-prevention-2014-Eng.pdf

248 Organização Mundial da Saúde. Understanding and addressing violence against women. Femicide [Internet]; 2012. Disponível (em inglês) em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77421/WHO_RHR_12.38_eng.pdf?sequence=1

249 Comissão Interamericana de Mulheres. Follow-up mechanism to the Belém do Pará Convention (MESECVI). Washington, D.C.: OEA; 2012. Disponível (em inglês) em: http://oas.org/en/mesecvi/docs/MESECVI-SegundoInformeHemisferico-EN.pdf

250 Essayag S. From commitment to action: policies to end violence against women in Latin America and the Caribbean. Regional analysis document. Panamá: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; ONU Mulheres; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.undp.org/content/dam/rblac/docs/Research%20and%20Publications/Empoderamiento%20de%20la%20Mujer/UNDP-RBLAC-ReportVCMEnglish.pdf

251 Instituto Igarapé. Homicide globe data visualization [Internet]; 2018. [citado em 28 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://homicide.igarape.org.br/

252 Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. National Vital Statistics System. Mortality data 1999 and 2014 [Internet]; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.cdc.gov/nchs/nvss/deaths.htm

253 Organização Mundial da Saúde. World report on disability. Genebra: OMS; 2011. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

254 Perreault S. Criminal victimization in Canada, 2014. Ottawa: Estatísticas do Canadá; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2015001/article/14241-eng.htm

255 Castro A, Savage V. Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. Med Anthropol. 2018:1–14.

256 Guttmacher Institute. Abortion in Latin America and the Caribbean [Internet]; Março de 2018 [citado em 28 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aww-latin-america.pdf

257 Comissão Interamericana de Direitos Humanos; Organização dos Estados Americanos. Violence against lesbian, gay, bisexual, trans and intersex persons in the Americas. Washington, D.C. CIDH; OEA; 2015. Disponível (em inglês) em: http://www.oas.org/en/iachr/reports/pdfs/violencelgbtipersons.pdf

258 Departamento Federal de Investigações dos Estados Unidos da América. 2015 hate crime statistics [Internet]; 2015 [citado em 28 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://ucr.fbi.gov/hate-crime/2015/topic-pages/incidentsandoffenses_final

259 Walters ML, Chen J, Breiding MJ. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2013. Disponível (em inglês) em: https://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/NISVS_Report2010-a.pdf

260 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. OECD data: violence against women [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://data.oecd.org/inequality/violence-against-women.htm

261 Brady D, Burton LM, editors. The Oxford handbook of the social science of poverty. Oxford: Oxford University Press; 2016.

262 Eguizábal C, Ingram MC, Curtis KM. Crime and violence in Central America's Northern Triangle. How U.S. policy responses are helping, hurting, and can be improved. Washington, D.C.: Woodrow Wilson International Center for Scholars; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.wilsoncenter.org/publication/crime-and-violence-central-americas-northern-triangle-how-us-policy-responses-are

263 Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Data. Total persons held in prisons [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://dataunodc.un.org/crime/total-prison-population

264 Centers for Disease Control and Prevention. Violence and homicide among youth [Internet]; [citado em 17 de desembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/entertainmented/tips/ViolenceYouth.html

265 Chioda L. Stop the violence in Latin America. A look at prevention from cradle to adulthood. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2016. Disponível (em inglês) em: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/25920

266 Waiselfisz JJ. Homicides of children and adolescents in Brazil. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; Dezembro de 2017. Disponível (em inglês) em: https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2017/12/2017-12-04-Homicide-Dispatch_4_EN.pdf

267 Xu J. QuickStats: age-adjusted homicide rates, by race/ethnicity – National Vital Statistics System, United States, 2015–2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018;67:462.

268 Rosay AB. Violence against American Indian and Alaska Native women and men: 2010 findings from the National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/249736.pdf

269 Boyce J. Victimization of Aboriginal people in Canada, 2014 [Internet]. Disponível (em inglês) em: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2016001/article/14631-eng.htm

270 Hjalmarsson R, Lochner L. The impact of education on crime: international evidence. ifo DICE Rep. 2012;10(2):49–55.

271 Nosrati E, Ash M, Marmot M, McKee M, King LP. The association between income and life expectancy revisited: deindustrialization, incarceration and the widening health gap. Int J Epidemiol. 2018;47(3):720–30.

272 Office of Provincial Health. Health, crime and doing time: potential impacts of the Safe Streets and Communities Act (former Bill C-10) on the health and well-being of Aboriginal People in BC. Victoria: Office of Provincial Health; 2013. Disponível (em inglês) em: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/government/ministries-organizations/ministries/health/office-of-indigenous-health/health-crime-2013.pdf

273 Bronson J, Berzofsky M. Indicators of mental health problems reported by prisoners and jail inmates, 2011–12. Washington, D.C.: Departamento de Justiça dos E.U.A., Secretaria de Estatísticas de Justiça; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/imhprpji1112.pdf

274 Noonan M, Rohloff H, Ginder S. Mortality in local jails and state prisons, 2000–2013 – statistical tables. Washington, D.C.: Departamento de Justiça dos E.U.A., Secretaria de Estatísticas de Justiça; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mljsp0013st.pdf

275 Massoglia M, Pare PP, Schnittker J, Gagnon A. The relationship between incarceration and premature adult mortality: gender specific evidence. Soc Sci Res. 2014;46:142–54.

276 Wagner P, Sawyer W. Mass incarceration, the whole pie. Prison Policy Initiative [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.prisonpolicy.org/reports/pie2019.html

277 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe ean. Latin America through the lens of social cohesion: selected indicators. Santiago: CEPAL; 2010. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/2934

278 The Guardian. The counted. People killed by police in the US [Internet]; [acesso em 12 de dezembro de 2018]. https://www.theguardian.com/us-news/ng-interactive/2015/jun/01/the-counted-police-killings-us-database

279 Center for Policing Equity. The science of justice: race, arrests, and police use of force [Internet]; Julho de 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.policingequity.org/what-we-do/research/the-science-of-justice-race-arrests-and-police-use-of-force

280 Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. World trends in freedom of expression and media development: regional overview of Latin America and the Caribbean 2017/2018. Paris: UNESCO; 2018. Disponível (em inglês) em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265968

281 Seelke CR. Violence against journalists in Mexico: in brief. Washington, D.C.: Library of Congress, Congressional Research Service; 2018. Available from: https://www.hsdl.org/?view&did=811221

282 Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável. Sustainable Development in Latin America and the Caribbean: challenges and axes of public policy. Panamá: Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável da América Latina e do Caribe; 2018. Disponível (em inglês) em: https://undg.org/wp-content/uploads/2018/09/Challenges-and-Strategies-for-Sustainable-Development-in-Latin-America-and-the-Caribbean.pdf

283 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Latin America and the Caribbean. Challenges, dilemmas and commitments of a common urban agenda. Santiago: CEPAL; 2016. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40657

284 Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. *World urbanization prospects: the 2018 revision* (ST/ESA/SER.A/420). Nova Iorque: Nações Unidas; 2019. Disponível (em inglês) em: https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-Report.pdf

285 Wilkinson P. The health problems associated with poor housing and home conditions, inadequate water supplies, flooding, poor sanitation and water pollution [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2f-environment/health-problems-poor-housing

286 National Low Income Housing Coalition. The gap: a shortage of affordable homes, March 2017. Washington, D.C.: National Low Income Housing Coalition; 2017. Disponível (em inglês) em: https://nlihc.org/sites/default/files/Gap-Report_2017.pdf

287 Joint Center for Housing Studies of Harvard University. State of the nation's housing 2018. Cambridge: President and Fellows of Harvard College; 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.jchs.harvard.edu/sites/default/files/Harvard_JCHS_State_of_the_Nations_Housing_2018.pdf

288 Maqbool N, Viveiros J, Ault M. The impacts of affordable housing on health: a research summary [Internet]; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www.rupco.org/wp-content/uploads/pdfs/The-Impacts-of-Affordable-Housing-on-Health-CenterforHousingPolicy-Maqbool.etal.pdf

289 Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos. Goal 11: make cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: https://unstats.un.org/sdgs/report/2016/goal-11/

290 Banco Interamericano de Desenvolvimento. Home ownership unaffordable for many in Latin America and the Caribbean [Internet]; 14 de maio de 2012. Disponível (em inglês) em: https://www.iadb.org/en/news/webstories/2012-05-14/housing-affordability-in-latin-america-and-caribbean,9969.html

291 Estatísticas do Canadá. Census in brief: the living conditions of Aboriginal people in Canada [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016021/98-200-x2016021-eng.cfm

292 O'Hanlon ME, editor. Brookings big ideas for America. Washington, D.C.: Brookings Institute; 2017.

293 World Health Organization. How does safe water impact global health? [Internet]; 2008. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/features/qa/70/en/

294 Organização Mundial da Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância. Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines. Genebra: OMS; UNICEF; 2017. Disponível (em inglês) em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258617/1/9789241512893-eng.pdf?ua=1

295 Fundo das Nações Unidas para a Infância; Organização Mundial da Saúde; Programa de Monitoramento Conjunto para Água e Saneamento. Inequalities in sanitation and drinking water in Latin America and the Caribbean. A regional perspective based on data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation and an inequality analysis using recent national household surveys and censuses [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://washdata.org/file/410/download

296 Bertoméu-Sánchez S, Serebrisky T. Water and sanitation in Latin America and the Caribbean: an update on the state of the sector. Florence: European University Institute, Robert Schuman Centre for Advanced Studies; 2018. Disponível (em inglês) em: http://cadmus.eui.eu/handle/1814/52205

297 Centro dos Estados Unidos da América para Controle e Prvenção de Doenças, Centro nacional para a Saúde do Meio Ambiente. CDC's Safe Water Program [Internet]; [citado em 18 de dezembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://www.cdc.gov/nceh/information/safe_water_programs.htm

298 Fundo das Nações Unidas para a Infância; Organização Mundial da Saúde; Programa de Monitoramento Conjunto para Água e Saneamento. Country files [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https://washdata.org/monitoring/schools/country-files-2018

299 Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. State of broadband in Latin America and the Caribbean. Santiago: CEPAL; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.cepal.org/en/publications/43670-state-broadband-latin-america-and-caribbean-2017

300 Anderson M. Digital divide persists even as lower-income Americans make gains in tech adoption. Pew Research Center. FactTank: News in the Numbers [Internet]; 22 March 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/03/22/digital-divide-persists-even-as-lower-income-americans-make-gains-in-tech-adoption/

301 Sinha M. Canadians' connections with family and friends. Ottawa: Estatísticas do Canadá; 2015. Disponível (em inglês) em: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-652-x/89-652-x2014006-eng.htm

302 Pachauri S, Rao ND, Cameron C. Outlook for modern cooking energy access in Central America. PLoS One. 2018;13(6):e0197974.

303 Organização Pan-Americana da Saúde. Integration of background documents for the Strategy and Plan of Action on Urban Health in the Americas. PAHO 51st Directing Council [Internet]; 2011. Disponível (em inglês) em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/URBAN-HEALTH-RESOLUTION.pdf

304 Organização Mundial da Saúde. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Genebra: OMS; 2016. Disponível (em inglês) em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250141/9789241511353-eng.pdf?sequence=1

305 Jiang Z, McDonald BC, Worden H. Unexpected slowdown of US pollutant emission reduction in the past decade. PNAS. 2018;115(20):5099–104.

306 Korc ME. A socioeconomic assessment of human exposure to ozone in the South Coast Air Basin of California. J Air Waste Manag Assoc. 1996;46(6):547–57.

307 Organização Mundial da Saúde. Ambient (outdoor) air quality and health [Internet]; 2 de maio de 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health

308 Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos. The state of Latin American and Caribbean cities 2012: towards a new urban transition. Nova Iorque: ONU Habitat; 2012. Disponível (em inglês) em: http://mirror.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=3386

309 Galiani S, Gertler PJ, Undurraga R, Cooper R, Martínez S, Ross A. Shelter from the storm: upgrading housing infrastructure in Latin American slums. J Urban Econ. 2017;98:187–213.

310 Organização Pan-Americana da Saúde. The essential public health functions as a strategy for improving overall health systems performance: trends and challenges since the public health in the Americas initiative, 2000–2007. Washington, D.C.: OPAS; 2008. Disponível (em inglês) em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EPHF_Strategy_to_Strengthen_Performance.pdf

311 Wehrmeister FC, Restrepo-Mendez MC, Franca GV, Victora CG, Barros AJ. Summary indices for monitoring universal coverage in maternal and child health care. Bull World Health Organ. 2016;94:903–12.

312 Organização Mundial da Saúde. Health Equity Monitor compendium of indicator definitions [Internet]; Fevereiro de 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/gho/health_equity/outcomes/health_equity_indicator_compendium.pdf

313 Organização Mundial da Saúde. Reproductive, maternal, newborn and child health interventions (RMNCH), combined [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: http://apps.who.int/gho/data/node.main.nHE-1581?lang=en

314 Banco Mundial. Towards universal health coverage: for healthier people and stronger economies [Internet]; 10 de dezembro de 2018. Disponível (em inglês) em: https://www.worldbank.org/en/news/infographic/2018/12/10/towards-universal-health-coverage

315 Organização Mundial da Saúde. World health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Genebra: OMS; 2010. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/whr/2010/en/

316 Agência de Saúde Pública do Canadá. Canadian best practices portal: social determinants of health [Internet]; 2016. Disponível (em inglês) em: http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/public-health-topics/social-determinants-of-health/

317 Organização Mundial da Saúde. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Genebra: OMS; 2018. Disponível (em inglês) em: https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/document-library/document/WHO%20EPHF-Health%20Security-compressed.pdf

318 Institute of Health Equity; World Medical Association. Doctors for health equity. London: IHE; 2016. Disponível (em inglês) em: http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/doctors-for-health-equity-world-medical-association-report/doctors-for-health-equity-wma-full-report-pdf.pdf

319 Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: OMS Escritório Regional para a Europa; 2012. Disponível (em inglês) em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf

320 Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Overcoming inequality: why governance matters [Internet]; 2009. Disponível (em inglês) em: http://en.unesco.org/gem-report/report/2009/overcoming-inequality-why-governance-matters

321 Kickbush I, Gleicher D. Smart governance for health and well-being: the evidence [Internet]; 2014. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/257513/Smart-governance-for-health-and-well-being-the-evidence.pdf

322 Brown C, Harrison D, Burns H, Ziglio E. Governance for health equity. Copenhagen: OMS Escritório Regional para a Europa; 2014. Disponível (em inglês) em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf

323 Ruger JP. Global health justice and governance. Oxford: Oxford University Press; 2018.

324 Ocampo JA. The history and challenges of Latin American development. Santiago: CEPAL; 2013. Disponível (em inglês) em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3183/1/LCI3546eng_en.pdf

325 Organização Mundial da Saúde. Global monitoring of action on the social determinants of health: a proposed framework and basket of core indicators. Genebra: OMS; 2016. Disponível (em inglês) em: http://www.who.int/social_determinants/monitoring-consultation/en/

326 Mindell JS, Boltong A, Forde I. A review of health impact assessment frameworks. Public Health. 2008;122(11):1177–87.

327 Harris-Roxas B, Simpson S, Harris E. Equity focused health impact assessment: a literature review. Sydney: Centre for Health Equity Training Research and Evaluation; 2004. Disponível (em inglês) em: http://hiaconnect.edu.au/old/files/Harris-Roxas_B_(2004)_Equity_Focused_HIA.pdf

328 Lehne G, Voelcker-Rehage C, Meyer J, Bammann K, Gansefort D, Bruchert T. Equity impact assessment of interventions to promote physical activity among older adults: a logic model framework. Int J Environ Res. 2019;16:3.

329 Harris-Roxas B. Health impact assessment: a triumph over common sense? Apresentação na HIA 2012: The 4th Asia Pacific Health Impact Assessment Conference, 9–11 de outubro de 2012, Seul. Disponível (em inglês) em: http://www.harrisroxashealth.com/wp-content/uploads/2012/10/Ben-Harris-Roxas-HIA-A-Triumph-Over-Common-Sense-Paper.pdf

330 Organização Mundial da Saúde. Health in All Policies: framework for country action [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: http://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/

331 Organização Mundial da Saúde; Governo do Sul da Austrália. Adelaide statement on Health in All Policies [Internet]; 2017. Disponível (em inglês) em: https://www.who.int/social_determinants/publications/countryaction/adelaide_statement_hiap/en/

332 Shankardass K, Solar O, Murphy K, Greaves L, O'Campo P. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. Int J Public Health. 2012 Feb;57(1):25–33.

333 Organização das Nações Unidas. Addis Ababa Action Agenda. Monitoring commitments and actions: inaugural report 2016, Inter-agency Task Force on Financing for Development. Nova Iorque: ONU; 2016. Disponível (em inglês) em: https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2016/03/Report_IATF-2016-full.pdf

334 Organização das Nações Unidas. Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries. Genebra: OMS; 2013. Disponível (em inglês) em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85345/9789241548632_eng.pdf?sequence=1

335 Organização das Nações Unidas, Comitê sobre os Direitos da Criança. Convention of the Rights of the Child, general comment No. 12: The right of the child to be heard, CRC/C/GC/12, 20; 1 de julho de 2009; para. 135. Genebra: Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. Disponível (em inglês) em: https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/CRC-C-GC-12.pdf

336 Mendez EG. Child rights in Latin America: from irregular situation to full protection. Innocenti Essay No. 8. Florence: UNICEF International Child Development Centre; 1998. Disponível (em inglês) em: https://www.unicef-irc.org/publications/117-child-rights-in-latin-america-from-irregular-situation-to-full-protection.html

337 Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, Alto Comissariado. Convenção sobre os Direitos da Criança. Ratificação e adesão pela resolução 44/25 da Assembleia Geral de 20 de novembro de 1989 com entrada em vigor em 2 de setembro de 1990, de acordo com o aritgo 49. Genebra: CDC; 2 de setembro de 1990. Disponível (em inglês) em: https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx

338 Yamim AE. Taking the right to health seriously: implications for health systems, courts, and achieving universal health coverage. Hum Rights Q. 2017;39:341–68.

339 Anand S. The concern for equity in health. J Epidemiol Community Health. 2002 Jul;56(7):485–87.

340 Organização das Nações Unidas. Instrumentos Internacionais de Direitos Humanos. Human rights instruments, Volume I. Compilation of general comments and general recommendations adopted by human rights treaty bodies. General comment no. 14, Nova Iorque, 27 de maio de 2008 (HRI/GEN/1/Rev.9). Disponível (em inglês) em: https://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/HRBodies/TB/HRI-GEN-1-REV-9-VOL-I_en.doc&action=default&DefaultItemOpen=1

341 Venkatapuram S. Health and justice: the capability to be healthy [PhD thesis]. Cambridge: University of Cambridge; 2009. Disponível (em inglês) em: https://www.repository.cam.ac.uk/handle/1810/224951

342 Rasanathan K, Norenhag J, Valentine N. Realizing human rights-based approaches for action on the social determinants of health. Health Hum Rights. 2010;12(2):49–59.

343 Organização Pan-Americana da Saúde. Health and human rights: concept paper. 50th Directing Council 62nd Session of the Regional Committee, Washington, D.C., 27 de setembro – 1 de outubro de 2010 (CD50/12). Disponível (em inglês) em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31127

344 Organização das Nações Unidas. Coleção de Tratados [Internet]; 2018. Disponível (em inglês) em: https:// treaties.un.org/

345 World Policy Analysis Center. What work protections do children have when legal loopholes are considered? [Internet]; 2018 [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível (em inglês) em: https://worldpolicycenter.org/policies/what-work-protections-do-children-have-when-legal-loopholes-are-considered

346 Instituto de Estudos Socioeconômicos; Oxfam; Center for Economic and Social Rights. Brazil – human rights in times of austerity [Internet]; 2017. Disponível (em inglês) em: http://www.cesr.org/sites/default/files/Brazil%20Austerity%20Factsheet%20English%20FINAL.pdf

347 Potts H, Hunt P. Participation and the right to the highest attainable standard of health. Colchester: University of Essex Human Rights Centre; 2008. Disponível (em inglês) em: http://repository.essex.ac.uk/9714/

348 Potts H. Accountability and the right to the highest attainable standard of health. Colchester: University of Essex Human Rights Centre; 2008. Disponível (em inglês) em: http://repository.essex.ac.uk/9717/1/accountability-right-highest-attainable-standard-health.pdf

349 Tudor Hart J. The inverse care law. Lancet. 1971;297:405–12.

ACORDOS INTERNACIONAIS RELEVANTES

Nações Unidas

Carta Internacional de Direitos Humanos: Declaração Universal dos Direitos Humanos. Terceira Sessão da Assembleia Geral, 183a Reunião Plenária, 10 de dezembro de 1948, Paris [Resolução 217(III)]. Disponível em: https://undocs.org/A/RES/217(III)

Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial. Vigésima Sessão da Assembleia Geral, 1406a Reunião Plenária, 21 de dezembro de 1965, Nova York [Resolução 2106 (XX)]. Disponível em: https://undocs.org/A/RES/2106(XX)

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres. Trigésima-quarta Sessão da Assembleia Geral, 107a Reunião Plenária, 18 de dezembro de 1979, Nova York (Resolução 34/180). Disponível em: https://undocs.org/A/RES/34/180

Convenção sobre os Direitos da Criança. Quadragésima-quarta Sessão da Assembleia Geral, 61a Reunião Plenária, 20 de novembro de 1989, Nova York (Resolução 44/25). Disponível em: https://undocs.org/A/RES/44/25

Convenção sobre os Direitos de Pessoas Portadoras de Deficiência. Sexagésima-primeira Sessão da Assembleia Geral, 24 de janeiro de 2007, Nova York (Resolução 61/106). Disponível em: https://undocs.org/A/RES/61/106.

Convenção-Quadro sobre Mudança Climática. Adoção do Acordo de Paris. Conferência das Partes, Vigésima-primeira sessão, Paris, 12 de dezembro de 2015, Paris (FCCC/CP/2015/L.9). Disponível em: https://undocs.org/FCCC/CP/2015/L.9

Declaração sobre a Concessão de Independência para Países e Povos Coloniais. Décima-quinta Sessão da Assembleia Geral, 947a Reunião Plenária, 14 de dezembro de 1960, Nova York [Resolução 1514 (XV)]. Disponível em: https://undocs.org/A/RES/1514(XV).

Declaração sobre os Direitos de Povos Indígenas. Sexagésima-primeira Sessão da Assembleia Geral, 107a Reunião Plenária, 13 de setembro de 2007, Nova York (Resolução 61/295). Disponível em: https://undocs.org/A/RES/61/295

Declaração sobre a Eliminação de Violência contra Mulheres. Quadragésima-oitava Sessão da Assembleia Geral, 85a Reunião Plenária, 23 de fevereiro de 1994, Nova York (Resolução 48/104). Disponível em: https://undocs.org/A/RES/48/104

O Tratado sobre Comércio de Armas. 69a Sessão da Assembleia Geral, 62a Reunião Plenária, 2 de dezembro de 2014, Nova York (Resolução 69/49). Disponível em: https://undocs.org/A/RES/69/49

Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e Protocolo Opcional ao Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Septuagésima-primeira Sessão da Assembleia Geral, 1496a Reunião Plenária, 16 de dezembro de 1966, Genebra [Resolução 2200 (XXI)]. Disponível em: https://undocs.org/A/RES/2200(XXI)

Organização dos Estados Americanos

Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José) [Internet]; 1969. Disponível em: http://www.oas.org/dil/treaties_B-32_American_Convention_on_Human_Rights.htm

Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência [Internet]; 1999. Disponível em: http://oas.org/juridico/english/treaties/a-65.html

Convenção Interamericana sobre a Prevenção, Punição e Erradicação de Violência contra Mulheres, "Convenção de Belém do Pará" de 9 de junho de 1994, Belém do Pará, Brasil. Disponível em: http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-61.html

Convenção Interamericana sobre Proteção dos Direitos Humanos de Pessoas Idosas [Internet]; 2015. Disponível em: http://www.oas.org/en/sla/dil/inter_american_treaties_a-70_human_rights_older_persons.asp

Declaração Americana sobre os Direitos de Povos Indígenas. 46ª Assembleia Geral, 3ª Sessão Plenária, 15 de junho de 2016, Washington, D.C. (XLVI-O/16). Disponível em: https://www.oas.org/en/sare/documents/DecAmIND.pdf

Declaração Americana sobre os Direitos e Deveres do Homem [Internet]; 1948. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/Basicos/English/Basic2.American%20Declaration.htm

Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador) [Internet]; 1988. Disponível em: http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-52.html

Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas

O Marco de Ação de Dakar. Educação para Todos: Cumprindo Nossos Compromissos Coletivos. Paris: UNESCO; 2000. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000121147

Organização Internacional do Trabalho

Convenção de Manutenção de Direitos de Seguridade Social de 1982. Convenção 157, Convenção referente ao estabelecimento de um sistema internacional para a manutenção de direitos em seguridade social. 68a Conferência Geral de Trabalho Internacional, 21 de junho de 1982, Genebra (C157). Disponível em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C157

Convenção de Povos Indígenas e Tribais de 1989. Convenção 169, Convenção referente a Povos Indígenas e Tribais em países independentes. 76a Conferência Geral de Trabalho Internacional, 27 de junho de 1989, Genebra (C169). Disponível em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169

Convenção de Seguridade Social (Padrões Mínimos) de 1952. Convenção 102, Convenção referente aos padrões mínimos de seguridade social. 35a Conferência Geral de Trabalho Internacional, 28 de junho de 1952, Genebra (C102). Disponível em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247

Convenção dos Trabalhadores Domésticos, 2011. Convenção 189, Convenção referente ao trabalho decente para trabalhadores domésticos. 100a Conferência Geral de Trabalho Internacional, 16 de junho de 2011, Genebra (C189). Disponível em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:2551460

Recomendação de Pisos de Proteção Social de 2012. Recomendação referente aos pisos nacionais de proteção social. 101a Conferência Geral de Trabalho Internacional, 14 de junho de 2012, Genebra (R202). Disponível em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R202

Organização Pan-americana da Saúde

A Saúde e o Envelhecimento. 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana. 54a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 23–27 de setembro de 2002, Washington, D.C., EUA (CSP26.R20). Disponível em: http://www1.paho.org/portuguese/gov/csp/csp26.r20-p.pdf

Agenda de Saúde Sustentável para as Américas de 2018–2030: Uma Chamada de Ação para Saúde e Bem-Estar na Região. 29a Conferência Sanitária Pan-americana, 69a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 25–29 de setembro de 2017, Washington, D.C. (CSP29/6, Rev. 3). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49172

Coordenação de Assistência Humanitária Internacional em Saúde em Caso de Desastres. 28a Conferência Sanitária Pan-americana, 64a Sessão do Comitê Regional, 17–21 de setembro de 2012, Washington, D.C. (CSP28.R19). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28.R19-p.pdf

Deficiência: Prevenção e Reabilitação no Contexto do Direito ao Usufruto do Padrão Mais Alto Atingível de Saúde Física e Mental e Outros Direitos Relacionados. 47o Conselho Diretor, 58a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 25–29 de setembro de 2006, Washington, D.C. (CD47.R1). Disponível em: http://www1.paho.org/portuguese/GOV/CD/cd47.r1-p.pdf?ua=1

Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana. 51º Conselho Diretor, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26 a 30 de setembro de 2011, Washington, D.C., EUA (CD51.R4). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1720/CD51.R4-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Estratégia e Plano de Ação para Saúde Integral na Infância. 28a Conferência Sanitária Pan-americana, 64a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 17–21 de setembro de 2012, Washington, D.C. (CSP28.R20). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28.R20-p.pdf

Estratégia e Plano de Ação sobre Demências em Idosos. 54o Conselho Diretor, 67a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 28 de setembro–2 de outubro de 2015, Washington, D.C. (CD54.R11). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R11-p.pdf

Estratégia e Plano de Ação sobre Fortalecimento do Sistema de Saúde para Tratar da Violência contra Mulheres. 54o Conselho Diretor, 67a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 28 de setembro – 2 de outubro de 2015, Washington, D.C. (CD54.R12). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R12-p.pdf

Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática. 51º Conselho Diretor, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26–30 de setembro de 2011 (CD51.R15), Washington, D.C. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51.R15-p.pdf

Estratégia para Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde. 53o Conselho Diretor, 66a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro – 3 de outubro de 2014, Washington, D.C. (CD53.R14). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-e.pdf

Estratégia Regional para Aperfeiçoar a Saúde de Adolescentes e Jovens. 48o Conselho Diretor, 60a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro – 3 de outubro de 2008, Washington, D.C. (CD48.R5). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/383/CD48.r5-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Estratégia sobre Recursos Humanos para Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde. 29a Conferência Sanitária Pan-americana, 69a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 25–29 de setembro de 2017, Washington, D.C. (CSP29.R15). Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=42328-csp29-r15-p-328&Itemid=270&lang=pt

Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. 53o Conselho Diretor, 66a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro – 3 de outubro de 2014, Washington, D.C. (CD53.R13). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7651/CD53-R13-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Plano de Ação para Implantar a Política de Igualdade de Gênero. 49o Conselho Diretor, 61a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 28 de setembro – 2 de outubro de 2009, Washington, D.C. (CD49.R12). Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20(Port.).pdf

Plano de Ação para Redução de Risco de Desastre de 2016–2021. 55o Conselho Diretor, 68a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26–30 de setembro de 2016, Washington, D.C. (CD55.R10). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R10-p.pdf

Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos, Incluindo o Envelhecimento Ativo e Saudável. 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009 (CD49.R15). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/395/CD49.R15%20%28Port.%29.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação. 53o Conselho Diretor, 66a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro – 3 de outubro de 2014, Washington, D.C. (CD53.R12). Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20(Port.).pdf

Plano de Ação sobre Saúde de Adolescentes e Jovens. 49o Conselho Diretor, 61a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 28 de setembro – 2 de outubro de 2009, Washington, D.C. (CD49.R14). Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20(Port.).pdf

Plano de Ação sobre Saúde dos Trabalhadores. 54o Conselho Diretor, 67a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 28 de setembro – 2 de outubro de 2015, Washington, D.C. (CD54.R6). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28387/CD54-R6-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas. 53o Conselho Diretor, 66a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro – 3 de outubro de 2014, Washington, D.C. (CD53.R2). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R2-p.pdf

Plano de Ação sobre Saúde Mental. 53o Conselho Diretor, 66a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro – 3 de outubro de 2014, Washington, D.C. (CD53.R7). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R7-p.pdf

Política sobre Etnia e Saúde. 29a Conferência Sanitária Pan-americana, 69a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 25–29 de setembro de 2017, Washington, D.C. (CSP29.R3). Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mandatos-estrategias-ops-oms-6634&alias=47098-politica-sobre-etnia-e-saude&Itemid=270&lang=pt

Prevenindo Violência e Ferimentos e Promovendo a Segurança: Uma Chamada para Ação na Região. 48o Conselho Diretor, 60a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro – 3 de outubro de 2008, Washington, D.C. (CD48.R11). Disponível em: http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48.r11-p.pdf?ua=1

Proteção Social em Saúde. 52o Conselho Diretor, 65a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 30 de setembro – 4 de outubro de 2013, Washington, D.C. (CD52.R11). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-R11-p.pdf

Saúde de Migrantes. 55o Conselho Diretor, 68a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26–30 de setembro de 2016, Washington, D.C. (CD55.R13). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R13-p.pdf

Saúde dos Povos Indígenas nas Américas. Conselho Diretor, 58a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 25–29 de setembro de 2006, Washington, D.C. (CD47.R18). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/366/CD47.r18-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Saúde e Direitos Humanos. 50o Conselho Diretor, 62a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 27 de setembro – 1 de outubro de 2010, Washington, D.C. (CD50.R8). Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-p.pdf

Saúde, Segurança Humana e Bem-estar. 50o Conselho Diretor, 62a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 27 de setembro–1 de outubro de 2010, Washington, D.C. (CD50.R16). Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R16-p.pdf

Sistemas de Saúde Resilientes. 55o Conselho Diretor, 68a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26–30 de setembro de 2016, Washington, D.C. (CD55.R8). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R8-p.pdf

Tratando as Causas de Disparidades em Acesso e Utilização de Serviço de Saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT). 52o Conselho Diretor, 65a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 30 de setembro – 04 de outubro de 2013, Washington, D.C. (CD52.R6). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-R6-p.pdf

Organização Mundial da Saúde

Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: WHO; 2011. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1

Fortalecimento do Papel do Sistema de Saúde ao Tratar de Violência, em Particular contra Mulheres e Meninas, e Crianças. Sexagésima-sétima Assembleia Mundial, 24 de maio de 2014, Genebra (WHA67.15). Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-en.pdf?ua=1

Plano de Ação Global para Fortalecer o Papel do Sistema de Saúde dentro de uma Resposta Nacional Multisetorial para Tratar sobre a Violência Interpessoal, em Particular contra Mulheres e Meninas, e contra Crianças. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/

Prevenção da Violência: Uma Prioridade da Saúde Pública. Quadragésima-nona Assembleia Mundial da Saúde, 25 de maio de 1996, Genebra (WHA49.25). Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/179463