



<https://doi.org/10.56344/2675-4827.v3n1a2022.3>

## Direitos humanos e políticas públicas de saúde para populações específicas<sup>1</sup>

### Human rights and public health policies for specific populations

Vanessa Cristina Machado<sup>2</sup>

**Resumo:** Os direitos humanos, consolidados constitucionalmente, implicam a garantia de acesso as políticas públicas sociais, como à saúde. Em função dos marcadores sociais de diferenças – incluindo raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, posição geracional e classe, grupos minoritários encontram barreiras ao seu direito à saúde. Considerando que aspectos étnico-raciais, de gênero e socioeconômicos influenciam o modo de nascer, viver, adoecer e morrer das pessoas, o objetivo deste trabalho é discutir os impactos do reconhecimento da saúde como direito humano fundamental a ser assegurado pelo poder público, apresentar traços singulares de grupos minoritários, as doenças prevalentes, bem como as políticas públicas de saúde formuladas para responder as necessidades de saúde desses grupos. Assim, foram descritas as características singulares de populações específicas - negros, indígenas, mulheres, LGBTQIA+, encarcerados e pessoas em situação de rua – que tornam esses grupos mais vulneráveis a algumas doenças. A partir do reconhecimento dessa implicação nas condições de saúde, foram expostas as políticas afirmativas de saúde que buscam a equidade do acesso a ações de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação para cada um dos grupos populacionais especificados. Assim, as políticas públicas de saúde específicas visam reparar a desigualdade no acesso ao direito fundamental à saúde, bem como contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade diversa e justa.

**Palavras-chave:** Direitos humanos. Políticas públicas de saúde. Grupos minoritários.

---

<sup>1</sup> Texto originalmente produzido como material didático de apoio para uso exclusivo de alunos em disciplina de Políticas Públicas de Saúde do curso de Psicologia do Centro Universitário Barão de Mauá.

<sup>2</sup> Graduada em Psicologia pela USP. Aprimoramento Profissional em Psicologia Clínica e Institucional pela Fundação de Desenvolvimento e Aprimoramento Profissional (FUNDAP). Mestrado em Saúde na Comunidade pela USP. Doutorado em Psicologia pela USP. Contato: [vanessamachadomohan@gmail.com](mailto:vanessamachadomohan@gmail.com)

**Abstract:** Human rights, constitutionally consolidated, imply guarantee of access to public social policies, such as health. Due to social markers of differences – including race/color, ethnicity, gender, sexual orientation, generational position and class, minority groups encounter obstacles to their right to health. Considering that ethnic-racial, gender and socio-economic aspects influence the way people are born, live, get sick and die, the aim of this work is to discuss the impacts of the recognition of health as a fundamental human right to be guaranteed by the public authorities, to present singular traits of minority groups, prevalent diseases, as well as public health policies designed to answer the health needs of these groups. Thus, the unique characteristics of specific populations described – black people, indigenous people, women, LGBTQIA+, incarcerated and homeless people - which make these groups more vulnerable to some diseases. Based on the recognition of this implication in health conditions, affirmative health policies that seek equity in promotion, prevention, care, treatment and recovery actions for each of the specified population groups were exposed. Thus, specific public health policies aim to repair inequality in access to the fundamental right to health, as well as to contribute to the development of a diverse and fair society.

**Keywords:** Human rights. Public health policies. Minority groups.

*Recebimento: 04/02/2022*

*Aprovação: 10/06/2022*

## INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada em 1948, consagra o consenso sobre valores éticos universais a serem garantidos pelo Estado. Fundamentada no ideal universal dos direitos e nos valores da liberdade e igualdade, a DUDH adota a concepção contemporânea de direitos humanos.

Essa concepção é contemplada pelos direitos civis (relativos à liberdade individual de ir e vir, dispor do próprio corpo, à vida, à liberdade de expressão, de não ser julgado fora de um processo legal), políticos (direito à participação no poder, por meio de manifestação política, votar e ser votado) e sociais (direito à saúde, trabalho e salário dignos, moradia, alimentação, educação, lazer e cultura) (PIOVESAN, 1997).

Os direitos que compõem os direitos humanos são considerados interdependentes e inter-relacionados entre si; além disso, são prerrogativas

intrínsecas à dignidade humana (COMPARATO, 2015). A noção de dignidade humana encontra-se no fundamento de que tão somente a condição “ser humano” é suficiente para o reconhecimento de que os direitos fundamentais devem ser reconhecidos, respeitados e certificados pelo estado e demais cidadãos.

A partir da década de 1990, passou-se a fortalecer a associação entre Direitos Humanos e igualdade social, sobretudo nos países em processo de redemocratização – como no caso do Brasil. O contexto brasileiro, desde à década de 1980, estava marcado por problemas sociais como explosão urbana, déficit de serviços de saúde, bem como altos índices de morbimortalidade da população (ZIONI; ALMEIDA, 2013).

Diante desta realidade, intensificaram-se as lutas promovidas pelos movimentos sociais em prol da redemocratização do país e, sobretudo, do acesso à saúde, tendo como destaque o movimento pela reforma sanitária (ANDRADE; BARRETO, 2013; ZIONI; ALMEIDA, 2013). Essa mobilização culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujo relatório final adotou a compreensão do conceito ampliado de saúde, elevando-a a um direito social, bem como dos determinantes sociais de saúde (ALVES; SILVA, 2011).

Assim, gerada em meio ao caldo social de reivindicação, em 1988, é aprovada a nova Constituição, também chamada de Constituição Cidadã em função do reconhecimento da “dignidade da pessoa humana”, bem como da inclusão dos direitos sociais, políticos e culturais (ZIONI; ALMEIDA, 2013). Na Constituição, também, foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído, em 1990, por meio da Lei Orgânica de Saúde (LOS), composta pelas Lei nº 8080 e Lei nº 8142.

A garantia dos direitos humanos implica, necessariamente, o acesso às políticas públicas sociais a todo e qualquer cidadão brasileiro (BRASIL, 1988). As políticas públicas sociais, nesse sentido, representam a possibilidade da promoção dos direitos humanos fundamentais na direção da superação das desigualdades sociais (GONÇALVES, 2010)

Embora, historicamente, defenda-se que as políticas públicas devem reconhecer e respeitar os padrões éticos garantidos pelos direitos humanos (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012), diante das diferenças regionais e populacionais do extenso território brasileiro, são inúmeras as barreiras que dificultam ou impedem o exercício dos direitos fundamentais. Nesse cenário, evidenciam-se as barreiras ao acesso aos serviços e a baixa representatividade na participação de discussões sobre políticas públicas por parte dos chamados grupos sociais minoritários.

O conceito de minorias sociais ou grupos minoritários diz respeito a todo grupo humano em condição de desvantagem social, cultural, étnica, econômica, política ou jurídica, cujos direitos são fragilizados por apresentarem características diferentes das do grupo social dominante e, por essa razão, são grupos mais vulneráveis à discriminação e à violência (NARDI *et al.*, 2018).

Assim, o termo “minoria” se refere à condição de subordinação e isolamento de determinado grupo dentro da sociedade, levando ao seu desamparo e desproteção institucional em função de suas particularidades. Dentro dessa concepção, podem ser considerados como minorias: mulheres, idosos, pessoas com necessidades especiais, além das populações indígena, negra, LGBTQIA+ e em situação de rua (LOPES, 2006).

Os marcadores sociais de diferenças – como raça<sup>3</sup>/cor, etnia, gênero, orientação sexual, posição geracional e classe social – são fortemente hierarquizados na sociedade brasileira, resultando no racismo, misoginia, homo/transfobia, entre outros tipos de preconceitos estruturais (NARDI *et al.*, 2018; VENTURI, 2012). Aspectos como estratificação social, relações de gênero e condições de vida dos grupos minoritários revelam a condição de desvantagem e desigualdade social em que vivem essas populações (LEANDRO, 2010).

Há de se considerar, portanto, que aspectos étnico-raciais, de gênero e socioeconômicos influenciam de maneira importante o modo de nascer, viver,

---

<sup>3</sup> O termo raça é usado no sentido de sua dimensão social e política. Trata-se de um conceito social e político, que reconhece que, simbólica e materialmente, os negros estão sujeitos à contínuo processo de opressão e exclusão social em função do racismo estruturante da sociedade (Conselho Federal de Psicologia; Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, 2017).

adoecer e morrer das pessoas, sendo que entre grupos minoritários a condição de desvantagem social pode levar a desvantagens no acesso aos serviços de saúde. De maneira mais específica, pode-se concluir que desigualdades sociais conduzem a desigualdades na condição de saúde (LEANDRO, 2010).

As profundas desigualdades sociais se originam na divisão de classes, a qual no Brasil é organizada pela divisão racial do trabalho desde sua colonização. Nesse sentido, reconhece-se a necessidade de se superar a limitada concepção individualista, que compreende o racismo como um fenômeno de caráter individual que poderia ser corrigido por meio de conscientização ou punição (ALMEIDA, 2019). Nota-se, por outro lado, que o racismo é um fenômeno estrutural e estruturante das divisões de classe, resultando na sobreposição entre negritude e pobreza, a qual é perpetuada entre as gerações e dificulta a mobilidade socioeconômica do grupo (ALMEIDA, 2019; MADEIRA, 2017).

Enquanto estruturante, o racismo é reproduzido pelo próprio Estado ao se mostrar incapaz de prover assistência adequada às pessoas devido as suas características peculiares, como cor. A este tipo de violação dos direitos humanos, praticada em contextos públicos e privados, se dá o nome de racismo institucional, sendo caracterizado pela reprodução sistemática de práticas discriminatórias consolidadas no cotidiano dos serviços, tais como desvalorização de queixas, modo discriminatório de atendimento, desconsideração nas ações, não contratação/promoção de determinados grupos sociais em função de suas características (LÓPEZ, 2012).

Diante da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, somada ao histórico racismo/preconceito estrutural e institucional ao qual os grupos minoritários estão submetidos, as políticas públicas afirmativas visam assegurar os direitos constitucionais, mostrando-se imprescindíveis para o desenvolvimento humano e global de uma sociedade culturalmente diversa. Assim, promovendo uma tentativa de reparação do histórico de injustiças sociais, as ações afirmativas objetivam reduzir diferenças de ordem socioeconômica entre categorias sociais, promover igualdade de oportunidades, modificar a

representação negativa sobre determinado grupo social e combater o preconceito (FERNANDES, 2010).

No que se refere especificamente ao setor saúde, as políticas afirmativas buscam a equidade no que diz respeito ao direito humano e constitucional à saúde, em termos de acesso a ações de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis (BRASIL, 2007). Nesse sentido, torna-se fundamental ancorar as estratégias de cuidado em saúde nos direitos humanos, permitindo a responsabilização e implicação pública do Estado pelas suas ações e omissões (GRUSKIN; TARONTOLA, 2012).

A equidade, princípio previsto na Constituição de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo as desigualdades sociais e pessoais, busca reunir os conceitos de igualdade e justiça (VENTURA, 2010). Para se atingir a equidade é necessário que seja pactuado o “provimento diferenciado de bens e serviços segundo as necessidades mais próprias de cada pessoa” (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012, p. 14).

Assim, ao admitir as diferenças nas condições de vida e saúde, considera-se que o direito à saúde deve atender à diversidade dos segmentos sociais, especialmente, daqueles em desvantagem no acesso aos cuidados. Diante disso, as políticas públicas pautadas nos direitos humanos implicam tanto a universalização quanto a focalização.

A universalização concerne ao direito de todo cidadão ao acesso a serviços públicos; trata-se da garantia dos serviços, indiscriminadamente, a todas as pessoas. Na focalização, são concentrados recursos específicos a determinado grupo populacional em maior desvantagem social. Pode-se afirmar que as políticas públicas afirmativas ou de solidariedade, enquanto estratégias de promoção da equidade, focalizam recursos sobre os mais desfavorecidos, a fim de reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais esses grupos estão submetidos (LEANDRO, 2010).

## **METODOLOGIA**

A fim de levantar as características da situação de vida e suas repercussões nas condições saúde de alguns grupos sociais, bem como as políticas de saúde voltadas a esses grupos, foi realizada uma revisão da literatura nacional a respeito da temática. Para tanto, foram consultados documentos oficiais de instituições governamentais e de pesquisa disponíveis digitalmente, bem como sistemas de base de dados de documentos acadêmicos e científicos.

## **DESENVOLVIMENTO**

A seguir serão apresentadas as políticas públicas em saúde específicas para alguns dos grupos minoritários. Para tanto, inicialmente, será feita uma exposição quanto à situação de vida de maneira geral, especificações quanto aos problemas de saúde prevalentes e, por fim, apresentação das políticas específicas direcionadas ao público alvo.

### *Saúde da População Negra*

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios divulgados pelos Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015 (PNAD, 2015), 54% da população brasileira se declara negra, incluindo pessoas de cor preta e parda<sup>4</sup>.

Embora representem um pouco mais da metade da população brasileira, os negros ocupam 75% da camada mais pobre do país, sendo que sua renda média é cerca de 40% inferior aos brancos; além disso, a taxa de analfabetismo entre os negros é duas vezes superior à população branca, a maior taxa de desemprego é entre mulheres negras, bem como a população negra tem menor

---

<sup>4</sup> Para coleta do quesito cor/raça, desde o censo de 1991, o IBGE utiliza cinco categorias: branca, preta, parda, amarela, indígena, sendo autodeclarado (somente a pessoa pode declarar a própria cor/raça). O termo “negro” é usado apenas na análise das respostas para designar o segmento composto por pessoas que se classificaram como sendo de cor preta e parda.

participação política (PNAD, 2015). Ainda, a população negra entra mais cedo e sai mais tarde do mercado de trabalho, fazem jornada de trabalho mais longa, ocupam funções de menor qualificação profissional, desenvolvem tarefas mais insalubres e, de maneira geral, vivenciam maior precariedade no trabalho (SANTOS, 2012).

Apesar da garantia constitucional, negros e brancos têm condições desiguais de saúde desde o nascimento até a morte (SANTOS, 2012). Diante das desigualdades étnicas-raciais, os determinantes sociais das condições de saúde dessa população contribuem para problemas de saúde importantes. Ainda, o racismo estrutural representa uma ameaça à proteção da saúde da população negra ao permitir a violação dos seus direitos, ampliando a vulnerabilidade aos diversos agravos à saúde (SANTOS, 2012).

Nesse sentido, entre as pessoas negras nota-se maior risco para prematuridade ao nascer, desnutrição e mortalidade infantil; maior risco de morte por doenças transmissíveis e de morte por causa externa (violência, acidentes) (BRASIL, 2007). Ainda, mulheres negras têm menor chance de realizar consultas e exames ginecológicos, bem como ser assistida durante o pré-natal e receber informações durante o parto; além de ter maior probabilidade de engravidar antes dos 16 anos e maior índice de mortalidade materna (SANTOS, 2012).

A partir do reconhecimento dessa realidade, em 2007, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A construção desta política resulta da histórica reivindicação pela democratização da saúde por parte do movimento social negro, o qual luta pela superação de situações de vulnerabilidade em saúde. Essa política tem como objetivo “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2007, p. 38).

Entre as estratégias dessa política (BRASIL, 2007, p. 40), incluem uso do critério cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão, desenvolvimento de ações de combate e prevenção do racismo institucional, implementação de ações afirmativas de

promoção igualdade racial, ampliação e fortalecimento do controle social e incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra.

A implantação do quesito cor/raça nos sistemas de informação e banco de dados em saúde tem a finalidade de evidenciar e dar visibilidade aos grupos mais vulneráveis. Por meio da análise dos dados epidemiológicos coletados é possível estabelecer relação entre determinantes socioculturais e processo de saúde-doença e, a partir disso, definir estratégias apropriadas às necessidades do grupo (SANTOS, 2012).

### *Saúde da População Indígena*

Estima-se uma população aproximada de 896.917 pessoas indígenas, pertencentes a cerca de 305 povos (IBGE, 2010). Embora a Constituição confira tratamento inédito aos povos indígenas, como o direito à diferença e ao usufruto exclusivo dos territórios ocupados, existe um histórico de abandono e racismo institucional (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2015).

Este histórico é marcado pelo atraso nas demarcações das terras tradicionalmente ocupadas por essa população, em função de interesses econômicos e políticos que dificultam as demarcações, destacando-se a exploração mineral em larga escala, o aumento da representatividade da bancada ruralista no Congresso Nacional, bem como o avanço do agronegócio brasileiro (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2015).

Decorrente do contato com os brancos, conseqüente mudanças no estilo de vida, bem como outros agravantes – baixo orçamento e cobertura sanitária das comunidades indígenas, ausência de saneamento básico, assistência médica, ações preventivas e busca ativa dos casos infecciosos, além do problema de acessibilidade geográfica, econômica, linguística e cultural– nota-se uma crescente deterioração das condições de saúde dos indígenas (BRASIL, 2002).

Entre os problemas encontrados, encontram-se a alta taxa de mortalidade infantil (64%; sendo 33% na população brasileira em geral), epidemias de

doenças (tuberculose, HIV, diabetes, alcoolismo, depressão), maior taxa de suicídio (3 vezes maior na população indígena), baixa expectativa de vida (40 anos; sendo que é acima de 70 anos na população brasileira em geral) (BRASIL, 2002).

Diante de tal situação, em 2002, foi implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a qual visa “garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (BRASIL, 2002, p. 13).

Para alcançar os objetivos mencionados, a política prevê a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base. Distrito Sanitário, assim, é um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo delimitado. Nesses espaços, são realizadas atividades técnicas, visando medidas qualificadas de atenção à saúde, ordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência. Cada distrito organiza a rede de serviços de atenção básica de saúde dentro de suas áreas, de forma integrada, hierarquizada e articulada com a rede do SUS (BRASIL, 2002).

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) são o elo fundamental entre o conhecimento tradicional e o sistema oficial de saúde, a fim de se viabilizar a comunicação intercultural. A contratação do agente se dá por meio de processo seletivo dentro das comunidades previamente esclarecidas sobre seu papel, sendo requisito que o mesmo seja indicado pela comunidade e resida na área de atuação. O AIS deve realizar formação e capacitação continuada, valorizando os conhecimentos da medicina indígena e trazendo novos conhecimentos. Entre suas funções, é responsável por desenvolver ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares,

atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de atenção primária à saúde, sob a supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005a)

### *Saúde da mulher*

Pessoas do sexo feminino representam a maior parte da população brasileira (50,77%). São elas as principais usuárias do SUS, seja para cuidado de saúde delas próprias ou enquanto acompanhantes ou cuidadoras de outras pessoas. Os problemas de saúde das mulheres se agravam com a sobrecarga e responsabilidades com o trabalho doméstico, somando-se, muitas vezes, ao trabalho formal remunerado, o qual, por sua vez, sofre discriminação, como é evidenciado pela remuneração inferior da mulher em relação ao homem (BRASIL, 2004).

Embora a mulher tenha maior expectativa de vida, ela sofre mais adoecimentos. Não somente em decorrência ao aspecto biológico, mas também aos aspectos socioculturais, o gênero feminino expõe a pessoa a padrões peculiares de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2004). Nesse sentido, a noção de gênero é uma categoria sociocultural e histórica. Enquanto construção social, o conceito de gênero é um conceito formulado para distinguir a dimensão biológica da dimensão social, promovendo uma ruptura com a abordagem biologicista (BATISTA, 2014).

Atualmente, notam-se alguns problemas relativos à saúde feminina, tais como (BRASIL, 2004):

- Mortalidade materna (morte de uma mulher durante a gestação ou em até 42 dias após término da gestação). Embora esta tenha sido reduzida nos últimos anos (atualmente, 62 mortes em 100 mil nascimentos), ainda não atingiu a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) (35 por 100 mil). A altíssima taxa de cesáreas, o excesso de intervenções desnecessárias, a falta de treinamento de equipes especializadas e a proibição do aborto são apontados como fatores que impedem que haja uma redução da mortalidade materna.

- Precariedade assistência obstétrica. A qualidade da assistência ao parto não é homogênea no país; em áreas rurais, por exemplo, nota-se que 15% das mulheres não realizam pré-natal. Ainda, soma-se a violência obstétrica à qual muitas mulheres são submetidas ao serem sujeitadas à normas e rotinas rígidas desnecessárias e por vezes prejudiciais, que não respeitam seus corpos e seus ritmos naturais.

- Abortamento em condições de risco. A ilegalidade do aborto no Brasil inviabiliza a existência de estatísticas confiáveis. Sabe-se que os abortos, em especial entre as classes desfavorecidas economicamente, são realizados em clínicas clandestinas de qualidade precária ou em casa pelas próprias mulheres. Entre as complicações imediatas mais frequentes, encontram-se a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, que podem levar a graus diversos de morbidade e mortalidade. Além disso, a mulher que realiza aborto também sofre discriminação no serviço que poderia atender suas complicações de saúde, demonstrando-se na demora do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na manifestação explícita em formas de julgamentos e atitudes condenatórias.

- IST/HIV/Aids. No que se refere à HIV/Aids, nota-se nos últimos anos uma mudança na dinâmica da epidemia, passando a acometer a população heterossexual, especialmente as mulheres. Algumas ISTs, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito; durante a gestação, algumas podem ser transmitidas ao feto, causando-lhe importantes lesões ou mesmo provocando o abortamento ou óbito perinatal.

- Violência doméstica e sexual. Trata-se de um grave problema de saúde pública, sendo que a morbidade provocada por esse tipo de violência atinge especialmente a população feminina e infantil. Contudo, poucas vítimas buscam atendimento à saúde nos serviços, o que poderia, nos casos de estupro, por exemplo, permitir a profilaxia das IST/HIV/ aids e da gravidez pós-estupro, conforme necessidade e escolha da mulher.

- Uso de substâncias psicoativas. Resultante do processo de busca pela igualdade entre os sexos, percebe-se um crescente aumento no uso de

substâncias psicoativas por parte das mulheres, reduzindo a diferença que existia entre o padrão de consumo entre homens e mulheres. Nota-se que as mulheres, sujeitas ao preconceito social e institucional, fazem o uso de maneira mais privada e evitam informar aos profissionais de saúde a gravidade do seu consumo, o que implica a demora na busca por atendimento. Essa demora na busca também é agravada pelo lugar social de cuidadora que à mulher é esperado e do qual encontra dificuldade em se afastar para cuidar da própria saúde (GOUVÊA; MALUGATTI, 2017; PADULLI; OKAMOTO, 2019).

- Transtornos mentais. Vem aumentando o número de internações psiquiátricas por transtornos de humor em mulheres, possivelmente, também, decorrente da dificuldade em se afastar do papel de cuidadora para buscar e dar continuidade ao seu próprio tratamento em nível ambulatorial.

- Doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico. As mudanças de hábitos, somadas ao *stress* causado pelo estilo de vida atual, colaboram para que as doenças crônico-degenerativas sejam as principais causas de morte de mulheres. A hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* e o câncer vem crescendo na população de maneira geral. No caso do câncer de mama, nota-se que é diagnosticado tardiamente na maior parte das mulheres, o que torna a situação um desafio a ser solucionado. O câncer de colo, por sua vez, pode ser facilmente prevenido com medidas simples de baixo custo (papanicolau), contudo, há a necessidade de que a mulher tenha acesso a informações sobre a necessidade do exame de rotina e a ações de coleta do material.

- Mulheres em privação de liberdade. As mulheres em situação de encarceramento estão expostas a diversos fatores de risco à sua saúde, sendo significativo o número de casos de IST/aids (o número de soropositivas entre mulheres presas é o dobro dos homens na mesma situação), tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, diarreias infecciosas (SILVA; SANCHES, 2019).

- Saúde das mulheres negras. Nesse grupo, como no anterior, nota-se um duplo preconceito, fruto da sobreposição de condições socialmente desfavorecidas. A maior parte da população de mulheres negras está abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro da encontrada nas

mulheres brancas. Essa situação as leva ao menor acesso aos serviços de saúde de qualidade, o que as deixa mais vulneráveis a riscos de morbidade e mortalidade quando comparadas as mulheres brancas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi implementada em 2004, com o objetivo de: “promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a garantia dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres e reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS” (BRASIL, 2004, p. 67).

Para tanto, essa política inclui estratégias que buscam “ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV/IST; estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes; promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras; promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids; reduzir a morbimortalidade por câncer; implantar um modelo de atenção à saúde mental sob o enfoque de gênero; implantar e implementar a atenção à saúde no climatério; promover a atenção à saúde na terceira idade; promover a atenção à saúde da mulher negra; promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade; promover a atenção à saúde da mulher indígena; promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids; fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres” (BRASIL, 2004, p. 67-72).

*Saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, queer, intersexo e assexuais (LGBTQIA+)*

Em decorrência da situação de vulnerabilidade vivenciada pela população LGBTQIA+, é histórica a demanda desse grupo por políticas públicas que legitimem os cuidados as suas necessidades especiais, uma vez reconhecidos os efeitos da discriminação e do isolamento social no processo de saúde-doença dessa população. Assim, sabe-se que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias e transfobias, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença (BRASIL, 2012a).

Algumas situações de saúde são específicas da população LGBTQIA+, como se pode levantar em pesquisas comparativas entre grupos LGBTQIA+ e heterossexuais. Nota-se que é menor o número de solicitação de exame preventivo de câncer ginecológico (papanicolau) para mulheres homoafetivas, havendo baixa cobertura do procedimento para esse grupo; além disso, estudos apontam uma menor agilidade no atendimento quando declarada orientação homoafetiva (BRASIL, 2012a).

Por outro lado, em função do preconceito social, a dificuldade em expressar a identidade/orientação sexual no contexto familiar e de trabalho contribui para que este grupo vivencie sua sexualidade de maneira clandestina. Entre as travestis, especificamente, nota-se a exposição a situações de riscos, como violência, contaminação de IST/AIDS, automedicação de doses elevadas de hormônios e uso indevido de silicone industrial; bem como, nesse grupo, são frequentes transtornos mentais como depressão, ansiedade e pânico (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Saúde Integral da população LGBTQIA+ foi criada em 2012, com “objetivo de promover mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais”. Especificamente, “busca promover a saúde integral de LGBTQIA+, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2012a, p.18).

Enquanto estratégias, essa política prevê: ações intersetoriais de educação, incluindo campanhas e conteúdos currículos escolares; sensibilização e educação permanente dos profissionais; inserção dos quesitos de identidade de gênero/orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde; ampliação da participação dos movimentos sociais LGBTQIA+ nos conselhos saúde; incentivo à produção de pesquisas científicas e inovações tecnológicas; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; fortalecimento de ações da prevenção das IST/Aids; aprimoramento do processo transexualizador (BRASIL, 2012a).

O processo transexualizador, instituído em 2008 e ampliado em 2013 no SUS, garante atendimento integral de saúde às pessoas trans. Nesse processo, entre outros, incluem o acesso a hormonioterapia e a cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social – as quais são realizadas pelo SUS desde 2008. Para tanto, os pacientes interessados no processo devem atender alguns requisitos, como maioridade, acompanhamento psicoterápico por pelo menos dois anos, laudo psicológico/psiquiátrico favorável e diagnóstico de transexualidade (BRASIL, 2012a).

### *Saúde da população encarcerada*

De acordo com os resultados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, publicado em 2017, a população penitenciária brasileira é de 726.712 presos. Em números absolutos, o Brasil tem a terceira maior população prisional do mundo, estando atrás dos EUA e da China. Nota-se, ao contrário de outros países, que o Brasil mantém um crescimento acelerado da população carcerária, sendo que no período entre 1995 e 2010 esse crescimento foi de 136% (BRASIL, 2017).

Do total da população encarcerada, 40% são presos provisórios que aguardam julgamento e condenação. Outra situação que contribui para o alto número de encarceramento no Brasil, é a reincidência criminal, que chega a 70% (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA, 2015). Este fenômeno demonstra a carência de política pública destinada ao egresso do

sistema prisional, somada ao estigma social sobre o “ex presidiário”, que dificulta sua reabilitação e reinserção social.

Com relação ao perfil da população encarcerada, nota-se que 55% é jovem de 18 a 29 anos (na população geral, essa faixa etária corresponde a 19%), 64% negros (na população geral, esse grupo é de 53,63%), 60% solteiros, 72% de alfabetizado até ensino fundamental completo. No que diz respeito ao sexo, as mulheres representam 5,8% de toda a população carcerária; destas, 63% são condenadas por crimes de associação ao tráfico, número que vem crescendo em ritmo acelerado (BRASIL, 2014a). No entanto, entre os homens, os crimes relativos ao tráfico representam 25% dos crimes pelos quais os mesmos foram condenados, enquanto que os crimes de roubo e furto representam 38% e de os homicídios 14% (BRASIL, 2014a).

Quanto à localização dos presídios, observa-se uma distribuição irregular nos estados, estando concentrados na região Sudeste e Sul (BRASIL, 2014a). De maneira geral, a maior parte dos presídios brasileiros tem uma superlotação – com taxa de lotação de 197,4% (BRASIL, 2017), com pouca verba e insuficiente infraestrutura, incluindo estrutura física e número e qualificação dos trabalhadores (BRASIL, 2014a).

É notória a grave situação prisional brasileira, retratada nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico, bem como na carência do atendimento à saúde. As estruturas físicas sem manutenção ou em ruínas, as celas superlotadas, úmidas e escuras, a precária alimentação, o sedentarismo, o uso generalizado de substâncias psicoativas e a falta de higiene somam condições favoráveis à proliferação de epidemias e ao desenvolvimento de psicopatologias (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

Entre os problemas de saúde das pessoas carcerárias, destacam-se os altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, hepatites, traumas e doenças infecciosas; além disso, transtornos mentais e dependência química são gradualmente agravados pelo confinamento (BRASIL, 2005b).

As mulheres, ainda, parecem viver uma situação mais agravada, tendo dificuldade de realizar exames de rotina que previnem câncer feminino, ausência de controle e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, bem como

insuficientes condições de pré-natal, uma vez que não existem ginecologistas nas unidades prisionais (CEJIL, 2007). Nota-se, ainda, que 62,06% das mulheres encarceradas não recebem nenhum tipo de visita, enquanto que 80% dos homens as recebem; a visita íntima é realizada em menos 9%, muitas vezes dificultada pela própria administração local (CEJIL, 2007; SILVA; SANCHES, 2019).

Assim, diante da vulnerabilidade social da condição feminina (menor condição financeira, maior dificuldade em conciliar trabalho formal e trabalho doméstico, preconceito social, relações abusivas), esta fica mais exposta à prisão (maioria presa por associação ao tráfico, seja em situações em que é usada como “isca”, levando drogas para o companheiro preso ou assumindo seu lugar no tráfico) e, quando presa, ao abandono por parte dos familiares (SILVA; SANCHES, 2019).

No caso das mulheres que ganham bebê enquanto estão presas, muitas vezes, são improvisados berços nas próprias celas e os recém-nascidos ficam nas mesmas condições insalubres, até que o bebê seja afastado da mãe. Seus filhos, frequentemente, sem um pai presente, passam a ser cuidados por outros familiares ou mesmo enviados para abrigos, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos afetivos nas mulheres e repercussões psicossociais nas crianças (CEJIL, 2007; SILVA; SANCHES, 2019).

O direito ao cuidado à saúde da população encarcerada enquanto cidadão brasileiro, é garantido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica do SUS. Contudo, a situação de confinamento dificulta ou mesmo impede o acesso ao cuidado prestado pelos serviços de saúde.

Diante disso, em 2003, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, o qual prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, a partir do provimento de ações e serviços de atenção básica em saúde nas próprias unidades prisionais, prestados por equipes interdisciplinares de saúde, além do acesso aos demais níveis de atenção em saúde, pactuado e definido em cada estado (BRASIL, 2005b). No mesmo sentido, foi criado em 2016 o Programa “Saúde Prisional. No entanto, dados apontam uma cobertura de cuidados de saúde de apenas 30% do total de pessoas encarceradas,

havendo ainda uma subnotificação dos problemas de saúde (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

### *Saúde da população em situação de rua*

No Brasil, não existe um censo oficial do número de pessoas em situação de rua, justificado pelas dificuldades com as logísticas de pesquisa que utilizam metodologias de amostragem baseadas nos endereços dos domicílios. Os cadastros existentes, frequentemente feito pelo setor de Proteção Social dos municípios, quando realizados, parecem apresentar dados subestimados. De maneira geral, a pesquisa mais recente estima mais de 100.000 pessoas vivendo na rua (IPEA, 2016).

Esse número retrata os agravamentos nas situações sociais do país, tais como a acelerada urbanização nos últimos anos, migração para as cidades grandes, imensa desigualdade social, pobreza, desemprego, bem como o próprio preconceito social e a histórica ausência de políticas públicas que dificultam que essa população se insira no mercado de trabalho e na comunidade, mantendo-a cronicamente marginalizada (BRASIL, 2014b).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (BRASIL, 2009),

A população em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e inexistência de moradia convencional regular, sendo compelidos a utilizarem a rua como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Essa população compõe-se, predominantemente, por homens (82%), negros (67%), que exercem alguma atividade remunerada (70%). Entre os motivos que os levaram à situação de rua, destacam-se: desemprego (29,8%), conflitos familiares (29,1%) e alcoolismo/drogas (35,5%) (BRASIL, 2014b). Pesquisas mostram que quase 25% das pessoas que vivem na rua não têm documentos pessoais, quase 62% não exercem o direito de voto, 95% não

participam de movimentos sociais e 88% afirmam não receber benefícios governamentais (aposentadoria, bolsa família, benefício de prestação continuada) (BRASIL, 2008).

Entre as condições às quais a pessoas em situação de rua é exposta, nota-se a vulnerabilidade à violência, a insuficiente ou não qualidade dos alimentos, ausência de higiene, pouco acesso à água potável, privação de sono e dificuldade de adesão aos atendimentos em saúde. Diante desse cenário, alguns problemas são frequentes, como problemas dermatológicos, infestações, IST/HIV/Aids, gravidez de risco, doenças crônicas, doenças bucais, tuberculose e transtornos mentais e associados ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2014b).

Esse grupo, que se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, é negligenciado socialmente. Essa negligência é demonstrada por sentimentos de desprezo, incômodo e hostilidade que despertam na sociedade de maneira geral, o que o coloca em um lugar de dejetos e de invisibilidade que, por sua vez, o impede de terem seus direitos reconhecidos, incluindo os de cuidado da saúde (BRASIL, 2014b).

Na busca de maior visibilidade e garantia de direitos, em 2009, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Essa política busca assegurar a universalidade dos direitos de cidadãos aos moradores de rua, reconhecendo sua especificidade e vulnerabilidade social, por meio da integração das ações. Ainda, propõe a integralidade dos atendimentos de saúde, social, educação, trabalho, habitação para a população de rua, incluindo adultos, adolescentes e crianças (BRASIL, 2009).

Diante do reconhecimento de que a maioria das pessoas de rua não procura serviços de saúde, recorrendo a eles em situações extremas, sendo comuns relatos de mau atendimento, negação e impedimento de entrada no serviço (BRASIL, 2014b) e com o objetivo de reparar essa situação, foram programadas ações de inclusão da população em situação de rua na rede de atenção à saúde, entre elas a implantação das equipes de Consultórios na Rua (BRASIL, 2014b).

A estratégia de Consultório na rua, instituído pela Política Nacional de Atenção Básica (2011), faz parte do Programa de Atenção Básica à saúde e visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando atenção integral à saúde. Embora o cuidado à saúde do morador de rua seja de responsabilidade de todo trabalhador e em toda a rede do SUS, a equipe do Consultório na rua é um recurso estratégico e exclusivo para essa população. Trata-se de uma equipe multiprofissional que desenvolve ações integrais de saúde que respondem às necessidades da população em situação de rua (BRASIL, 2012b).

As equipes realizam atividades itinerante e busca ativa e qualificada e, quando necessário, utilizam as instalações das Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo ações em parceria com as equipes dessas unidades. As equipes são formadas por, no mínimo, quatro profissionais, sendo que o psicólogo pode ser um deles. O território de atuação das equipes é dividido a partir de um censo da população de rua e cadastro das pessoas localizadas nestes espaços (BRASIL, 2012b).

## **CONCLUSÃO**

A noção de dignidade humana foi adotada na Constituição Federal, a qual garante a todo cidadão os direitos sociais fundamentais, incluindo o de acesso à saúde. Embora constitucionalmente assegurado, evidencia-se a desigualdade no seu acesso, em função de desigualdades socioeconômicas resultantes do cenário estrutural e historicamente constituído.

Considerando-se as diferenças regionais e populacionais do extenso e diverso território brasileiro, bem como condições de vida desiguais, alguns grupos sociais minoritários encontram barreiras no direito à saúde. Em consequência, população negra, indígena, mulheres, LGBTQIA+, em privação de liberdade e em situação de rua, entre outros, apresentam um perfil de morbidade e mortalidade que se distingue da média da população geral, revelando desigualdades no modo de nascer, viver, adoecer e morrer.

Partindo da identificação desta problemática, além de se garantir políticas universais, para se atingir o objetivo de melhoria das condições de vida e saúde de grupos sociais desfavorecidos, há se desenvolver ações focalizadas e particularizadas. Nesse sentido, as políticas públicas afirmativas no campo da saúde visam, justamente, reparar as injustiças sociais que culminam, entre outros, em prejuízos nas condições de saúde.

Assim, como para qualquer outra política pública, a formulação de políticas de saúde para grupos desfavorecidos socialmente pressupõe o reconhecimento de um problema e a identificação de necessidades específicas desse grupo. A partir disso, a elaboração e execução das políticas públicas afirmativas em saúde buscam responder às lacunas históricas de cuidado e assistência à saúde, contribuindo para que sejam minimizadas as desigualdades nas condições de saúde da população geral.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ALVES, M. M.; SILVA, A. T. M. F. A influência do Estado neoliberal no sistema de saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde. **Perspectivas online: Ciências biológicas e da saúde**. v. 1, n. 1, 2011. Disponível em [https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas\\_e\\_saude/article/view/511/423](https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/511/423). Acesso em: 09/06/2022.

ANDRADE, I. O. M.; BARRETO, I. C. H. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

BATISTA, G. F. **Saúde e gênero**: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária. Dissertação (Mestrado em Ciências). Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório**. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, 2008.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009a. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**, 2014a. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acessado em: 01/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**, 2017. Disponível em: [http://emporiododireito.com.br/uploads/filemanager/source/relatorio\\_2016\\_23-11.pdf](http://emporiododireito.com.br/uploads/filemanager/source/relatorio_2016_23-11.pdf). Acesso em: 01/02/2022.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

CENTRO PELA JUSTIÇA E PELO DIREITO INTERNACIONAL. CEJIL. **Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil**. 2007. Disponível em <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Relato%CC%81rio-para-OEA-sobre-Mulheres-Encarceradas-no-Brasil-2007.pdf>. Acesso em: 01/02/2022.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2015, 10ª edição.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); CENTRO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). **Relações**

**Raciais:** Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os. Brasília, 2017. Disponível em: [http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2018/05/relacoes\\_raciais\\_baixa.pdf](http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2018/05/relacoes_raciais_baixa.pdf). Acesso em: 01/02/2022.

FERNANDES, S.C.S. Preconceito e Violência: Reflexões Acerca dos Direitos Humanos e da Saúde. In: BESSERMAN, H. **Saúde e direitos humanos**/Ministério da Saúde. FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Ano 6 n.6 (2009). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

GONÇALVES, M. G. **Psicologia, Subjetividade e Políticas Públicas**. São Paulo: Editora Cortez, 2010

GOUVÊA, C. A.; MALAGUTTI, I. C. **Mulheres em tratamento em CAPS AD:** a perspectiva dos profissionais de nível superior deste serviço. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Psicologia). Centro Universitário Barão de Mauá. Ribeirão Preto, 2017.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. IN: PAIVA, V. **Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde:** da doença à cidadania. Curitiba, Juruá, 2012, p. 24-41.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Os indígenas no Censo demográfico de 2010**. 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. IPEA. **Reincidência Criminal no Brasil**. 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. IPEA. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. 2016

LEANDRO, M. E. Teias da Saúde: desigualdades de saúde, saúde das desigualdades. In: BESSERMAN, H. **Saúde e direitos humanos**. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, ano 7, n. 7, 2010, p. 17-32.

LOPES, A. M. A. Multiculturalismo, minorias e ações afirmativas: promovendo a participação política das mulheres. **Pensar**, Fortaleza, v. 11, p. 54-59, fev. 2006.

LÓPEZ, L.C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.

MADEIRA, M. Z. A. Questão racial e opressão: desigualdades raciais e as resistências plurais na sociedade. **Argumentum**, v. 9, n. 1, p. 21-31, 2017.

NARDI, H. C. *et al.* Direitos humanos e os marcadores sócias da diferença: desafios do cenário brasileiro. IN: ROSA, M. V. F. (org). **Políticas públicas, relações de gênero, diversidade sexual e raça na perspectiva interseccional**. Porto Alegre, Secco Editora, 2018, p. 9-16

PADULLI, J. S.; OKAMOTO, L. D. **Uso de substâncias psicoativas em mulheres em tratamento em um CAPS ad**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Psicologia). Centro Universitário Barão de Mauá. Ribeirão Preto, 2019.

PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Curitiba, Juruá, 2012.

PIOVESAN, F. A Constituição Brasileira de 1988 e os Tratados Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos. IN: TRINDADE, A. A. C. **A Proteção Interacional dos Direitos Humanos e o Brasil**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997, p. 87-104.

PNAD. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Síntese de indicadores 2013**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, A. O. Superar o racismo e promover a saúde da população negra: desafios para o trabalho de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil. In: PAIVA, V. *et al.* **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Curitiba, Juruá, 2012, p. 145-163.

SILVA, D.; SANCHES, D. M. **Saúde mental de mulheres encarceradas: uma revisão integrativa da literatura nacional**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Psicologia). Centro Universitário Barão de Mauá. Ribeirão Preto, 2019.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciênc. saúde colet.** v. 21, n. 7, jun 2016.

VENTURA, M. Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios. In: BESSERMAN, H. **Saúde e direitos humanos**. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, ano 7, n. 7, 2010, p. 87-100.

VENTURI, G. Misoginia, homofobia, racismo e “gerontofobia”: contribuições de análises da opinião pública para a prevenção. In: PAIVA, V. *et al.* **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba, Juruá, 2012. p. 95-110.

ZIONI, F.; ALMEIDA, E. S. Políticas públicas e Sistemas de Saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2013