

Covid-19: Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade



Foto: Freepik

Informação de qualidade para aperfeiçoar as políticas públicas e salvar vidas

Nota Técnica Nº 26

Vacinação prioritária contra Covid-19 para trabalhadores da saúde no Brasil

Principais conclusões

- A vacinação é essencial para conter a pandemia e propiciar condições sanitárias adequadas para a população. O Brasil, apesar do cenário epidemiológico caracterizado por altas taxas de transmissão e de óbitos, iniciou tardiamente a vacinação no dia 18 de janeiro de 2021.
- Estima-se em dez milhões de doses a quantidade de vacinas contra a Covid-19 minimamente necessária para a cobertura da força de trabalho em saúde no Brasil, o que está acima do volume de oito milhões de unidades inicialmente previsto pelo Ministério da Saúde.
- Trabalhadores da saúde devem ser prioritariamente vacinados, pois preservam a capacidade do sistema de saúde durante a pandemia, têm risco aumentado de exposição e podem transmitir o vírus a outros profissionais e a pacientes suscetíveis.
- As fontes de informações baseadas em vínculos formais de trabalho ou registros em conselhos profissionais são parâmetros insuficientes para o dimensionamento da vacinação e da definição de elegibilidade de profissionais da saúde a serem vacinados.
- Apesar da urgência, o país segue sem metas objetivas e prazos definidos e até mesmo sem saber quem são e quantos são os que compõem os grupos prioritários.

- A ausência de planejamento, a omissão de informações, os atrasos na aquisição de itens estratégicos e a falta de insumos para o enfrentamento da Covid-19 têm sido constantes no longo intervalo de tempo desde fevereiro de 2020, quando foi registrado o primeiro caso no país, até janeiro de 2021.
- A troca de prefeitos eleitos nas últimas eleições municipais e a corrida paralela de governos estaduais exigem concertação e liderança sanitária nacional, atualmente inexistente.
- Conflitos federativos, escolha limitada de imunizantes, oferta insuficiente de doses e inconsistências do plano nacional de imunização ainda ameaçam a perspectiva de acesso universal à vacinação contra Covid-19 no Sistema Único de Saúde (SUS).

Introdução

O início tardio da vacinação contra a Covid-19 no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é marcado pela fragilidade da resposta nacional à pandemia, pela descoordenação das medidas de prevenção populacional e pela insuficiência de recursos para testagem e assistência.

A incorporação inicial de apenas dois imunizantes, pelo Instituto Butantan (Coronavac) e pela Fundação Oswaldo Cruz (AstraZeneca/Oxford), carregam tensões relacionadas a licenciamento sanitário, a contratos para a obtenção de insumos no exterior e a conflitos federativos, que vão desde a disputa entre o governo federal e o de São Paulo, até a intenção de acordos de venda de vacinas diretamente para o setor privado, para estados e municípios.

Em que pese a aprovação, no dia 17 de janeiro de 2021, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do uso emergencial de duas vacinas, a quantidade disponível anunciada era incompatível com necessidades mínimas de imunização em âmbito nacional.

Até o momento não existe um roteiro efetivo de vacinação que considere: i) o cenário epidemiológico marcado pelo grau de transmissão contínua do Sars-CoV-2; ii) a quantidade, o ritmo do fornecimento e as características das vacinas escolhidas; e iii) a avaliação da eficácia dos imunizantes para os diferentes grupos populacionais.

São muitas as interrogações ainda não respondidas pelo Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19. Contudo, o Ministério da Saúde indica, ainda que genericamente, um ordenamento para a vacinação, tal como ocorre em outros países, com definição de populações prioritárias, entre as quais se destacam os profissionais de saúde, os idosos (com vários recortes por idade) e pessoas expostas a riscos em função do estado de saúde¹.

No contexto epidemiológico de transmissão generalizada, que é o caso do Brasil, profissionais de saúde em níveis alto e muito alto de risco de infecção e transmissão devem estar incluídos no primeiro estágio da vacinação.

Sem diretrizes nacionais claras, estados e municípios passaram a estabelecer critérios próprios para vacinar os grupos prioritários, o que provavelmente aumentará a descoordenação atual no enfrentamento da pandemia.

A presente nota identifica quem são e onde estão os trabalhadores da saúde no Brasil. Espera-se fornecer informações sistematizadas e recomendações sobre vinculação entre a demanda potencial e a administração das vacinas e, com isso, contribuir para a efetividade da política de vacinação.

1 European Union. European Centre for Disease Prevention and Control -. COVID-19 vaccination and prioritisation strategies in the EU/EEA. ECDC, Dec 22, 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-vaccination-and-prioritisation-strategies.pdf>

Profissionais da saúde são prioritários

Os trabalhadores da saúde estão expostos ao Sars-CoV-2 devido à sua atividade laboral. No local de trabalho eles têm contato com outros profissionais e podem transmitir o vírus a pacientes e indivíduos suscetíveis a desfechos mais graves.

Além de infecções e mortes de profissionais da saúde, como as documentadas na China e na Itália, vários estudos comprovaram a alta prevalência de estresse, ansiedade e depressão entre aqueles que assistem pacientes com Covid-19.

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem registrou 500 mortes ocupacionais por Covid-19 de enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem². Ainda não estão disponíveis informações oficiais sobre mortes entre todos os profissionais de saúde, mas estima-se que seja elevado o número de óbitos também entre médicos e pessoal de apoio.

Quem atua na linha de frente do tratamento apresenta risco muito maior de teste positivo para Covid-19 do que a população em geral. Maiores concentrações de vírus em determinados serviços podem aumentar a gravidade da doença em profissionais após serem infectados.

Milhares de trabalhadores que atuam em situações de maior risco de exposição são exatamente os que preservam a capacidade do sistema de saúde em momentos críticos de sobrecarga dos serviços durante a pandemia.

Por interagirem diretamente com os sistemas de saúde, os profissionais são fundamentais para a implantação de um programa eficaz de vacinas, inclusive quando duas doses precisam ser administradas.

Isso significa que o início da vacinação nesse segmento estratégico e relativamente acessível permite melhor estruturação da oferta aos demais grupos prioritários e ao restante da população.

A priorização, por fim, é amparada pelo princípio da reciprocidade, pois os profissionais de saúde atuam em condições de trabalho intensas e desafiadoras, assumem riscos significativos para eles próprios e também para seus agregados familiares.

Quem são os trabalhadores da saúde?

Para a finalidade de organização da vacinação prioritária contra a Covid-19, é importante definir que os trabalhadores da saúde são aqueles que, remunerados ou não, têm potencial de exposição direta ou indireta a pessoas infectadas ou a substâncias corporais, insumos, dispositivos, equipamentos, superfícies ou ar contaminados³.

Entre eles, estão os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde de formação superior, além de agentes comunitários, prestadores de atendimento domiciliar, cuidadores de idosos, doulas, parteiras, funcionários e voluntários de organizações não governamentais e de equipamentos de assistência social que assistem doentes e populações vulneráveis à Covid-19.

Recomenda-se, ainda, incluir quem trabalha em atividades administrativas, de recepção, segurança, limpeza, transporte de pacientes e cadáveres, alimentação, lavanderia e outras áreas de apoio aos serviços de saúde.

² Conselho Federal de Enfermagem. Link: [Cofen.gov.br/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_84357.html](https://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_84357.html)

³ CDC. The Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendation for Allocating Initial Supplies of COVID-19 Vaccine, U.S.. Dec 3 2020. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6949e1.htm?s_cid=mm6949e1_w

Devem receber a vacina não apenas aqueles que atuam em hospitais com terapia intensiva, atendimentos de urgência e triagem de pacientes, mas também os trabalhadores da atenção primária e ambulatorial, da vigilância em saúde, dos cuidados de longa duração, os que dispensam medicamentos, acompanham pacientes idosos e doentes crônicos, os que trabalham em consultórios médicos, clínicas, laboratórios, serviços de reabilitação, centros de diálise, hemocentros, ambulâncias e unidades móveis, além dos profissionais recrutados para postos ampliados de vacinação.

No Brasil, são reconhecidas 14 categorias profissionais da saúde de nível superior: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Somam-se às pessoas de nível médio e elementar nomeadas como técnicos, auxiliares, atendentes e agentes que integram serviços e ações de saúde.

Os trabalhadores da saúde elegíveis para vacinação prioritária podem, em síntese, compor ou não categorias regulamentadas e inscritas em conselhos profissionais; podem estabelecer relações formais ou informais de trabalho com empregadores públicos e privados; podem estar vinculados a estabelecimentos de saúde ou atuar de forma autônoma e isolada em domicílios ou locais não caracterizados como serviços de saúde.

O termo “profissional da saúde”, portanto, descreve um grupo numeroso, heterogêneo e diversificado de pessoas.

Quantos são os trabalhadores da saúde?

Não existem estimativas precisas do número de trabalhadores da saúde no Brasil, pois há inconsistências e incompletudes nas bases de dados disponíveis. Este *Boletim* trabalha com aproximações a partir de quatro fontes (**Quadro 1**), todas com limitações específicas, o que antecipa um grande desafio para o planejamento e a oferta da vacinação junto a essa subpopulação.

Se forem contabilizados apenas os vínculos formais (carteira de trabalho assinada) contidos na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do Ministério da Economia, o Brasil tem cerca de 5,6 milhões de pessoas ocupadas em atividades públicas e privadas de atenção à saúde.

Trata-se, porém, de um número impreciso, que sobrepõe quem tem mais de um emprego (fato comum na saúde) e ao mesmo tempo desconsidera os arranjos de trabalho precários, temporários e autônomos, cada vez mais frequentes nos subsetores público e privado da saúde. A vacinação baseada em comprovante de contrato formal de trabalho deixaria de fora parcela significativa dos trabalhadores da saúde.

Uma segunda base possível de dimensionamento é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua, do IBGE, que acompanha a força de trabalho no país. Segundo a PNADc a estimativa total era de 4,7 milhões de trabalhadores no país em 2019, com a ressalva de que pesquisas amostrais não são planejadas para produzir dados com o grau de detalhamento necessário ao propósito desta Nota Técnica.

Outra maneira, também limitada, de estimar o quantitativo dos trabalhadores da saúde é por meio dos registros em conselhos profissionais. A título exploratório, foram selecionadas dez categorias profissionais: médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, profissionais de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem (**Quadro 2**). Com base em dados de 2020/2021 dos conselhos profissionais chegou-se a 4,4 milhões de pessoas.

Quadro 1

Estimativas de trabalhadores da saúde no Brasil, segundo diferentes bases de dados

BASE	ESTIMATIVA (n)	INCLUI	EXCLUI
Sistema de Contas Nacionais (IBGE) ^(a) / Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) 2019	5.642.574 ^(c)	Quem tem vínculo formal (carteira assinada) em atividades de saúde pública e privada. Postos de trabalho ocupados. Pode considerar e incluir na contagem, mais de uma vez, quem tem mais de um emprego na saúde.	Todos os que têm vínculos de trabalho informais ou precários. Pessoas que atuam na saúde mas são classificadas pela RAIS em outros ramos de atividades originais.
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua/IBGE ^(b) 2019	4.754.000 ^(d)	Pessoas com emprego principal ligado a serviços hospitalares, ambulatoriais e de diagnose; atividades de saúde prestadas em âmbito domiciliar e integradas à assistência social.	Pessoas que atuam na saúde (atividades-meio, terceirizados etc) mas que reportaram à pesquisa outra ocupação/empresa original.
Conselhos Profissionais 2020/2021	4.411.798	Este levantamento considera 10 profissões da saúde reguladas por Conselhos Profissionais (<i>Quadro 3</i>). Pessoas com registro em profissões da saúde, mas que não trabalham na área.	Todos os trabalhadores da saúde que não são registrados em conselhos profissionais. Por ausência de dados, não foram incluídas outras profissões de nível superior que atuam na saúde, como psicólogos e assistentes sociais.
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2021	3.225.652	Profissionais que exercem atividades de saúde em estabelecimentos de saúde.	Trabalhadores do SUS não informados por empregadores ao CNES. Maior parte dos que trabalham no setor privado. Parte dos que têm vínculos informais; autônomos sem relação com estabelecimentos de saúde; parte dos que trabalham em atividades-meio e de apoio aos serviços de saúde.

Fontes: (a) IBGE. Sistema de Contas Nacionais. Tabela 15.2 – Total de ocupações, segundo as atividades (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/servicos/9052-sistema-de-contas-nacionais-brasil.html?=&t=resultados>); (b) IBGE. PNAD Contínua. Microdados (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?=&t=o-que-e>); (c) Contas Nacionais/IBGE usa dados da RAIS. Inclui ocupações formais como sinônimo de empregos ou postos de trabalho; (d) Intervalo de confiança de 95% – entre 4,636 e 4,872 milhões. Inclui indivíduos cujo emprego principal é desenvolvido em negócio/empresas, sendo a atividade principal contida nas Divisões 86, 87 e 88 da CNAE 2.0 Domiciliar.

A apresentação do registro em um conselho profissional da saúde, se usada como único critério para a vacinação, excluiria número expressivo de trabalhadores, a exemplo dos cuidadores domiciliares autônomos e de quem atua na segurança, limpeza, recepção, entre outras atividades também expostas à Covid-19 nos serviços de saúde. E incluiria pessoas que têm registro em profissão da saúde mas não atuam na área.

Por fim, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde/Datasus, registra 3,2 milhões de trabalhadores, principalmente do SUS. O CNES tem inconsistências por falhas de alimentação, além de não incluir a maioria dos trabalhadores do setor privado e parte dos que atuam nos serviços de saúde em atividades de apoio não assistenciais. Esta base, no entanto, contabiliza categorias essenciais ao SUS e que deveriam ser incluídas nas prioridades de vacinação. É o caso dos agentes comunitários de saúde, estimados pelo CNES em 303 mil pessoas no Brasil em 2020.

Diante do levantamento exploratório nas quatro bases utilizadas (RAIS, PNADc, Conselhos Profissionais e CNES), conclui-se que nenhuma delas, isoladamente, é adequada para o real dimensionamento do número de profissionais da saúde no Brasil. Há parcelas de trabalhadores potencialmente subestimadas em cada uma das bases.

Neste sentido, esse *Boletim* assume a estimativa, aproximada e conservadora, meramente indicativa e provisória, de pelo menos cinco milhões de trabalhadores da saúde no país.

Como as principais vacinas cogitadas até o momento demandariam a aplicação de duas doses, essa estimativa indicaria o quantitativo mínimo de 10 milhões de doses visando a cobertura inicial prioritária deste segmento populacional.

Quadro 2

Distribuição de profissionais da saúde, segundo dez profissões regulamentadas

PROFISSIONAIS	BRASIL
Médicos ^(a)	507.531
Enfermeiros ^(b)	583.682
Cirurgiões-Dentistas ^(c)	339.569
Farmacêuticos ^(d)	229.018
Profissionais de Educação Física ^(e)	525.203
Fisioterapeutas/Terapeutas Ocupacionais ^(f)	260.000 ^(*)
Nutricionistas ^(g)	145.819
Fonoaudiólogos	46.087
Técnicos de Enfermagem ^(b)	1.379.131
Auxiliares de Enfermagem ^(b)	425.758
TOTAL	4.411.798

Fontes: (a) Demografia Médica no Brasil – FMUSP/CFM; (b) Conselho Federal de Enfermagem, (c) Conselho Federal de Odontologia, (d) Conselho Federal de Farmácia, (e) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, (f) Conselho Federal de Educação Física, (g) Conselho Federal de Nutricionistas, (h) Conselho Federal de Fonoaudiologia; (*) Número aproximado informado pelo site do conselho

Além do número de profissionais, no planejamento da vacinação é imprescindível definir onde eles estão. No Brasil, esse segmento populacional encontra-se distribuído de forma desigual e concentrada no território nacional e no interior do sistema de saúde, tanto no âmbito geográfico quanto entre os subsetores público e privado e entre os campos de atuação, níveis de atenção e tipos de serviços.

Toma-se, como exemplo, os mais de 500 mil médicos do país. Três estados da Federação (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) concentram, juntos, 51% desses profissionais. Sabe-se ainda que a maioria tem múltiplos empregos, que 91% deles têm contato direto com pacientes e que

trabalham principalmente em consultório particular (48%), hospitais privados (39%), hospitais públicos (35%), ambulatórios do SUS (27%), urgência e emergência públicas (25%) assim como na atenção primária (20%). Além disso, 50% dos médicos têm dupla prática pública e privada⁴.

A desigualdade regional na distribuição dos profissionais de saúde, que estão geograficamente mais concentrados do que a população em geral, pode ser considerada um critério objetivo para a repartição de doses de vacinas entre estados e municípios na primeira fase da vacinação.

As campanhas de vacinação e a logística de distribuição dos insumos devem, portanto, considerar as características definidoras do perfil e da oferta dos trabalhadores da saúde no país.

Recomendações

A meta do Programa Nacional de Imunização (PNI) deve ser a cobertura vacinal em massa, da totalidade dos trabalhadores da saúde. Mas diante da provável escassez ou insuficiência de doses de vacinas programadas para a primeira fase da vacinação no Brasil, na qual estão inseridos os profissionais de saúde, recomenda-se:

1. Definir quantos são e como os profissionais de saúde serão reconhecidos: se por meio de listas de empregadores, comprovação de vínculo, registro profissional ou autodeclaração.
2. Determinar a vacina a ser utilizada, com a previsão do intervalo entre as doses.
3. Indicar como os profissionais serão contatados e cadastrados e onde serão vacinados, se em todos os serviços de saúde ou em polos específicos de vacinação. Ressalta-se que o Brasil possui 38 mil unidades básicas de saúde, 49 mil ambulatórios de especialidades e 6,7 mil hospitais, dentre outros milhares de estabelecimentos de saúde cadastrados⁵.
4. Decidir as datas da vacinação dos trabalhadores da saúde, se são únicas para todo o país ou se obedecerão cronogramas próprios de estados ou municípios.
5. Estimar intervalos para se atingir a cobertura desejável, bem como critérios de avaliação dessa etapa da vacinação prioritária.
6. Priorizar trabalhadores da saúde que se encaixam em pelo menos um de três critérios: maior grau de exposição ocupacional, maior risco de transmissão a pacientes ou colegas de trabalho e nível de risco individual para desenvolver a Covid-19 com gravidade. Esses critérios foram considerados em diretrizes de países que já iniciaram a vacinação⁶. Onde há limitação quantitativa inicial de vacinas, a imunização tem sido dirigida primeiramente a todos os profissionais que trabalham regularmente em ambientes de alto risco de infecção, complexos hospitalares, serviços de urgência e emergência, maternidades, enfermarias e unidades de terapia intensiva para Covid-19. Há também recomendações de precedência do trabalhador da saúde que tem idade avançada ou é portador de doença preexistente, como os renais crônicos, obesos, transplantados, pessoas com câncer, insuficiência cardíaca e doença hepática.

4 Ministério da Saúde. CNES/Datasus. Tabnet. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>

5 Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8.

6 UK. Department of Health & Social Care. Independent report. Joint Committee on Vaccination and Immunisation: advice on priority groups for COVID-19 vaccination. 30 December 2020. <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-30-december-2020/joint-committee-on-vaccination-and-immunisation-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination-30-december-2020>

7. Se a vacina conferir proteção indireta, se prevenir a infecção e a transmissão posterior, devem ser priorizados também os profissionais que têm maior risco de infectar indivíduos suscetíveis, por trabalharem em serviços que atendem idosos e pacientes com comorbidades, que podem levar ao agravamento da Covid-19.
8. Um sistema de hierarquização de riscos (como exposto no Quadro 3), segundo atividades desempenhadas, também pode ser utilizado para ajustes locais de cronogramas e escalas de vacinação de profissionais de saúde.

Quadro 3

Níveis de risco de exposição à Covid-19 em atividades desempenhadas por trabalhadores da saúde

NÍVEL DE RISCO	DESCRIÇÃO
Baixo risco	Tarefas administrativas, de ensino e pesquisa; atividades que não envolvem o contato direto com pacientes, acompanhantes e colegas de trabalho.
Médio risco	Trabalho em serviços de saúde abertos ao público em geral, que atendem pacientes em diversas especialidades, para os quais não há diagnóstico ou suspeita de Covid-19; atividades de recepção, triagem e de equipes multiprofissionais, sem exame ou contato físico com pacientes.
Alto risco	Transporte, triagem clínica presencial e consulta de pacientes com sinais e sintomas de Covid-19, limpeza de áreas para triagem e isolamento, trabalho em enfermarias ou áreas destinadas a pacientes diagnosticados ou suspeitos.
Altíssimo risco	Trabalho que envolve pacientes com Covid-19 internados e que demandam terapia intensiva, procedimentos que geram aerossóis, intubação traqueal, ventilação, ressuscitação cardiopulmonar, autópsias, dentre outros.

Fonte: Adaptado de World Health Organization⁷

Por fim, recomenda-se a modificação e a atualização das diretrizes e estimativas para vacinação sequencial à medida que sejam produzidas informações acuradas sobre a magnitude dos diversos grupos prioritários, conforme o aumento da oferta e da diversidade de vacinas e o surgimento de novas evidências sobre a epidemiologia da Covid-19 no país e a eficácia de cada imunizante em diferentes populações-alvo.

Espera-se que as evidências científicas e os princípios de transparência e equidade possam guiar decisões concretas sobre as prioridades de vacinação.

⁷ WHO. Background paper on Covid-19 disease and vaccines. WHO: Dec 22, 2020. Available in: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338095/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_background-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

O QUE É A REDE

Somos mais de 100 pesquisadores mobilizados para aperfeiçoar a qualidade das políticas públicas do governo federal, dos governos estaduais e municipais que procuram atuar em meio à crise da Covid-19 para salvar vidas. Colocamos nossas energias no levantamento rigoroso de dados, na geração de informação criteriosa, na criação de indicadores, na elaboração de modelos e análises para acompanhar e identificar caminhos para as políticas públicas e examinar as respostas que a população oferece.

A Rede de Pesquisa Solidária conta com pesquisadores das Humanidades, das Exatas e Biológicas, no Brasil e em outros países. Para nós, a fusão de competências e técnicas é essencial para se enfrentar a atual pandemia. O desafio é enorme, mas é especialmente entusiasmante.

E jamais seria realidade se não fosse a contribuição generosa de instituições e doadores privados que responderam rapidamente aos nossos apelos. A todos os que nos apoiam, nosso muito obrigado.

Visite nosso site: <https://redepesquisasolidaria.org/>

Siga a Rede de Pesquisa Solidária na redes sociais



QUEM FAZ

Comitê de Coordenação: Glauco Arbix (USP), João Paulo Veiga (USP), Fabio Senne (Nic.br), José Eduardo Krieger (InCor-Faculdade de Medicina USP), Rogério Barbosa (CEM-USP, Princeton Brazil Lab), Ian Prates (CEBRAP, Social Accountability International), Graziela Castello (CEBRAP), Lorena Barberia (USP-Ciência Política), Tatiane Moraes (Fiocruz) e Hellen Guichenev (CEM, CEBRAP)

Coordenação Científica: Lorena Barberia (USP)

Editores: Glauco Arbix, João Paulo Veiga e Lorena Barberia

Doações e contato: redepesquisasolidaria@gmail.com

Consultores: Alvaro Comin (USP), Diogo Ferrari (Universidade de Chicago), Flavio Cireno Fernandes (Prof. da Escola Nacional de Adm. Pública e Fundação Joaquim Nabuco), Márcia Lima (USP e AFRO-Núcleo de Pesquisa e Formação em Raça, Gênero e Justiça Racial, Marta Arretche (USP e Centro de Estudos da Metrópole - CEM), Renata Bichir (USP e CEM), Guy D. Whitten (Texas A&M University) e Arachu Castro (Tulane University)

Design: Claudia Ranzini

Responsável pela Nota Técnica Nº 26

Autor: Mário Scheffer (Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP)

Agradecimento: Guilherme Jacob (pela análise de informações a partir de microdados e cálculo de limites de confiabilidade da Pnad Contínua)

Instituições parceiras



Instituições de apoio

