**Estratégias europeias para combater as desigualdades sociais em saúde**

Göran Dahlgren

Margaret Whitehead

O escritório regional da OMS na Europa é um dos seis provedores regionais em todo o mundo, cada um com seu próprio programa voltado para a saúde particular, e resolver problemas dos países em que atua. A Região Europeia possui cerca de 870 milhões de pessoas. O programa europeu da OMS, portanto, concentra-se tanto sobre os problemas associados com a sociedade industrial e pós-industrial e sobre os enfrentamentos vividos pela democracia emergente da Europa Central e Oriental e da ex-URSS.

Para garantir a maior disponibilidade possível de informações fidedignas e orientação sobre questões de saúde, a OMS assegura ampla distribuição internacional de suas publicações e encoraja a sua tradução e adaptação. Ao ajudar promover e proteger a saúde e prevenir e controlar a doença, livros da OMS podem contribuir para atingir o objetivo principal da Organização - a consecução por todas as pessoas do mais alto nível possível de saúde. A Provedoria europeia da OMS para o Investimento em Saúde e Desenvolvimento, que coordenou as atividades que levaram a esta publicação, foi criada pelo Escritório Regional da OMS na Europa, com a cooperação e apoio do Ministério da Saúde e da Região de Vêneto da Itália. Uma das suas principais responsabilidades é fornecer evidências sobre e, agir sobre os determinantes sociais e econômicos da saúde.

Objetivos dos estudos foram monitorar, analisar e sistematizar as implicações políticas dos determinantes sociais e determinantes econômicos da saúde da população; E para prestar serviços para ajudar os Estados-Membros da Região Europeia da OMS a aumentar a sua capacidade de investir na saúde, abordando essas implicações políticas e integrá-los na agenda para o desenvolvimento.

**PREFÁCIO**

Este documento sobre as estratégias europeias para combater as desigualdades sociais na saúde é muito oportuno, dados os recentes esforços de um número crescente de países europeus para moverem-se e atuar sobre o problema. É parte de um amplo esforço europeu para desenvolver ferramentas úteis e orientações para os países sobre a questão da equidade em saúde e é o segundo de dois documentos com foco em enfrentar as desigualdades sociais em saúde.

O documento primeiro - Nivelamento por cima (parte 1) - concentra-se em conceitos e princípios para combater as desigualdades sociais em saúde. Nivelamento por cima (parte 2) se concentra em: apresentar a evidência mais recente sobre a natureza e extensão do problema na Europa; ilustrando uma abordagem política e opções que podem ser tomadas para combater as desigualdades sociais em saúde; e como desenvolver estratégias para combater as desigualdades sociais na saúde.

Ao longo das últimas duas décadas, os Estados Membros europeus têm estado na vanguarda na defesa de políticas que promovam a equidade, incluindo um acordo sobre uma comum estratégia de saúde em 1985, que incorporou um marco na equidade. Em 2003, a OMS reafirmou este compromisso, abrindo a Provedoria europeia da OMS para o Investimento para a Saúde e Desenvolvimento (Escritório OMS Veneza), que se concentra especificamente nos determinantes sociais dos sistemas de saúde e o que a saúde pode fazer para enfrentá-los. Em 2006, o Diretor Regional da OMS na Europa afirmou que o apoio a redução das desigualdades de saúde será uma das seis direções estratégicas para o Escritório Regional no plano de longo prazo para 2020.

Boas práticas e uso de medidas eficazes para combater desigualdades sociais em saúde são meios de assegurar que o sistema de saúde de um país não está aquém do seu potencial de desempenho. Os sistemas de saúde abrangem todas as pessoas cujo objetivo principal é melhorar saúde. Os objetivos de um sistema de saúde devem incluir a redução das iniquidades em saúde de forma a melhorar o estado de saúde dos piores grupos populacionais. Assim, o conteúdo deste segundo documento no nivelamento para cima está devidamente concebido dentro de um quadro de desempenho do sistema de saúde. Além disso, este documento centra-se sobre os principais determinantes fora do sistema de saúde, tais como diferentes tipos de estratégias de crescimento econômico, as desigualdades da renda, pobreza, desemprego e educação.

O documento é o resultado de um grande número de consultas incluindo discussão da versão anterior deste papel nas reuniões organizadas pela OMS, bem como nas instâncias internacionais.

Esta versão final foi beneficiada, em grande parte também, por duas consultas européias sobre como para integrar os determinantes sociais da saúde e a redução das desigualdades na saúde envolvendo os ministérios da saúde, os gestores políticos governamentais, academia e sociedades civis de mais de 30 Estados-Membros (Edimburgo 2006 e Londres 2007). Isso é também o resultado de entradas do escritório Regional OMS para as unidades técnicas e o escritório OMS Europa. O documento também foi construído em cima comentários de uma ampla gama de especialistas e responsáveis ​​políticos a nível internacional e nacional. Finalmente, para garantir que este continue a ser uma ferramenta útil para os países no combate social contra as desigualdades na saúde, iremos desenvolver um processo para a monitorização e atualização regular deste documento.

Nossa expectativa é que, em conjunto com os conceitos e princípios para combater as desigualdades sociais na saúde: Nivelamento por cima Parte 1 (Whitehead e Dahlgren, 2007), este trabalho irá ajudar os gestores políticos em seus esforços para lidar com as desigualdades sociais em saúde numa Europa que está mudando rapidamente.

Erio Ziglio - Chefe, Escritório Regional OMS Europeia para o Investimento para a Saúde e Desenvolvimento

**Introdução**

"As condições sociais em que as pessoas vivem influência poderosamente suas chances de serem saudáveis. Na verdade, fatores como; pobreza, exclusão social e discriminação, más condições de moradia, condições insalubres para a primeira infância e baixa inserção profissional, são determinantes importantes da maioria das doenças, mortes e nas desigualdades na saúde entre e dentro dos países "(WHO, 2004). Mesmo nos países de renda alta e média, as possibilidades de sobreviver e viver uma vida saudável ainda estão intimamente relacionadas com o contexto socioeconômico dos indivíduos e das famílias. Estas possibilidades podem refletir substancialmente e até mesmo aumentar as desigualdades sociais em saúde dentro países da Europa. Estas desigualdades na saúde são injustas e evitáveis, por serem causados por políticas públicas e estilos de vida pouco saudáveis. (Whitehead e Dahlgren, 2007). Eles ainda contradizem os direitos humanos básicos, princípio de que toda a gente tem "o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental "(Kälin et al., 2004). Um número crescente de países e organizações internacionais reconheceu a importância de reduzir esta desigualdade na saúde. A secretária de Estado de Saúde do Reino Unido , Patricia Hewitt, expressou esta preocupação com a União Europeia (UE ) Summit sobre o combate das Desigualdades na Saúde, em Outubro de 2005 , ao afirmar ( Hewitt, 2005):

"Para nós, na União Europeia (UE) a redução das desigualdades de saúde é um centro de parte do nosso valor europeu comum de uma sociedade baseada tanto na justiça social como no sucesso econômico... Reduzir estas disparidades de saúde e fazer da boa saúde uma realidade para todos é essencial se quisermos criar uma Europa de justiça social."

A importância de melhorar a saúde em geral e melhorá-la entre os grupos de baixa renda em particular, é uma questão de urgência ainda maior nos países da Europa Central e Oriental (PECO) e dentro da Comunidade de Estados Independentes (NEI). A tendência típica do estado de saúde para a população como um todo, na maioria desses países é de estagnação ou declínio, acompanhada pelo aumento das desigualdades sociais em saúde. Os líderes políticos parecem reconhecerem cada vez mais a necessidade de combater estas tendências negativas. Por exemplo, este foi um tema principal no Estado da Nação do Presidente Putin para a Assembleia Federal em abril de 2005, quando ele salientou que, "Nós não podemos nos conformar ao fato de que a expectativa de vida das mulheres russas é quase 10 anos, e dos homens quase 16 anos, menor do que na Europa Ocidental "(Putin, 2005).

Organizações internacionais, como a OMS, também promovem e apoiam os esforços para reduzir as desigualdades sociais na saúde. Exemplos recentes de esforços da OMS são: a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (OMS, 2004), contribuições a Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (WHO, 2006a) e a nova Provedoria europeia da OMS para o Investimento para a Saúde e Desenvolvimento, em Veneza.

Poucos países, no entanto, têm desenvolvido estratégias específicas para a integração de políticas de saúde orientadas para a equidade nas políticas econômicas e sociais. O capital próprio também está em falta em muitos programas específicos que incidem sobre vários determinantes da saúde, mesmo nos países que afirmam que a redução das desigualdades sociais na saúde é um objetivo fundamental de todas as políticas e programas relacionados com a saúde. Considerando-se que as pessoas vêm a saúde como constituindo uma das mais importantes questões do seu bem-estar, a baixa prioridade dada é impressionante.

Richard Wilkinson observou (Wilkinson, 2005) que:

"Notavelmente alguns governos têm adotado políticas para reduzir as dezenas de milhares de mortes das classes sociais mais baixas que contribuem para as desigualdades na saúde. Se as pessoas estavam morrendo de exposição de algum material tóxico as providencias seriam cuidar disso insistentemente até que o perigo tivesse sido removido. Mas como os processos sociais causam estas mortes, não há ninguém com o mesmo sentido de urgência ".

O objetivo do presente relatório é estimular e facilitar o desenvolvimento de estratégias baseadas em evidências para reduzir as desigualdades sociais na saúde. O foco do relatório é sobre os principais determinantes das desigualdades sociais em saúde, que

às vezes pode diferir dos principais determinantes da saúde para a população como um todo. O relatório presta especial atenção às políticas e ações que querem reduzir ou aumentar as desigualdades na saúde, porque o equilíbrio de poder entre estas forças determina as possibilidades e limitações de alcançar a meta de equidade na saúde.

As opções políticas apresentadas neste relatório são baseadas em evidências científicas ou experiências adquiridas em diferentes países. Mudanças de políticas e diferentes intervenções são, no entanto, raramente avaliadas em termos do seu impacto na saúde em diferentes grupos socioeconômicos. Consequentemente, muitas das opções políticas apresentadas neste relatório baseiam-se no pressuposto de que as ações que alteram os determinantes das desigualdades sociais influenciem as desigualdades em saúde. Obviamente, pode haver casos em que várias ações coordenadas são necessárias para reduzir as desigualdades sociais observadas na saúde e pode haver outros casos em que o intervalo de tempo entre uma ação e o impacto na saúde real não é conhecido.

Dada a existência de grandes diferenças, entre países, na magnitude e nas causas das desigualdades sociais em saúde, não há, no entanto, um plano estratégico para combater estas desigualdades na saúde. Oportunidades para implementação de políticas orientadas para a equidade também podem ser diferentes devido a uma série de fatores, como ideologias políticas, quadros institucionais e a força de diferentes interesses escusos globais e nacionais. As opções políticas apresentadas neste relatório precisam ser avaliadas e desenvolvidas para cada caso especifico no país. Ao avaliar e desenvolver estratégias específicas para reduzir as desigualdades sociais em saúde, no entanto, a abordagem analítica geral deste relatório deve ser válida na maior parte da região europeia. A mensagem geral deste relatório é que os esforços para reduzir as desigualdades sociais em necessidade de saúde devem ser vistos como parte integrante das políticas de desenvolvimento socioeconômico e específicos programas de saúde pública e políticas.

**Palavras-chave do presente relatório**

Sempre deve ser feita uma distinção clara entre as desigualdades no estado de saúde e as desigualdades relacionadas com os serviços de saúde. Veja também o companheiro (Whitehead & Dahlgren, 2007), que discute os conceitos e princípios relacionados com algumas das definições abaixo.

**Termos relacionados com as desigualdades no estado de saúde**

Equidade em saúde. Isto implica que, idealmente, todos poderiam atingir a sua saúde potencial integral e que ninguém deve estar em desvantagem de alcançar esse potencial por causa de sua posição social ou outros fatores socialmente determinados.

Políticas de saúde orientadas para a equidade. Estas são condições que visam reduzir ou eliminar as desigualdades sociais em saúde.

As desigualdades sociais em saúde. Estas são diferenças sistemáticas no estado de saúde entre os grupos socioeconômicos, medida pela renda, educação e ocupação. Todas as desigualdades sociais sistemáticas na saúde dentro de um país são socialmente produzidas, modificáveis e injustas.

Os termos sociais: desigualdades na saúde e desigualdades sociais na saúde são sinônimo neste relatório. Ambos têm a mesma conotação de saúde diferenças que são parciais e injustas.

Divisão de saúde e diferenças de saúde. Estes termos são utilizados intermutavelmente como desigualdades sociais em saúde.

Diferenças relativas de saúde. Estes medem a proporção entre o indicador de saúde - valor do grupo desfavorecido ao valor correspondente da referência grupo. A diferença relativa é, portanto, uma medida do aumento do risco de enfrentar más condições de saúde, por exemplo, pelo grupo socioeconômico mais baixo, em comparação com o grupo socioeconômico mais alto ou a população como um todo. Diferenças relativas também pode ser expressa em termos das diferenças percentuais entre os dois grupos.

Diferenças absolutas em saúde. Estes medem a diferença entre o valor do indicador para o grupo socioeconômico mais baixo e mais alto - por exemplo, o excesso de mortes devido a uma determinada doença que ocorre (por 100 000 habitantes) no grupo em desvantagem, quando comparado com o grupo mais privilegiado.

As diferenças de gênero na saúde. Estes são economicamente, socialmente e culturalmente determinados como diferenças sistemáticas na área da saúde entre homens e mulheres – em contraste com as diferenças biológicas entre os sexos. As desigualdades sociais em saúde. Deve, sempre que possível, serem descritos e analisados ​​separadamente para homens e para as mulheres, como a dimensão e causas das diferenças observadas podem variar entre os dois sexos. Por outro lado, as diferenças de gênero na saúde devem, sempre que possível, estar relacionadas com nível socioeconômico.

As diferenças étnicas na saúde. Estas são diferenças sistemáticas na área da saúde entre diferentes grupos étnicos. As desigualdades sociais em saúde devem, sempre que possível, serem descritas e analisadas por origem étnica em países com marcada discriminação étnica. Tanto a magnitude como as causas das diferenças observadas na saúde podem diferir por origem étnica dentro de diferentes grupos socioeconômicos. Por outro lado, descrições e análises, da saúde por origem étnica devem, sempre que possível, serem analisadas ​​por nível socioeconômico, para avaliar a magnitude das diferenças socioeconômicas em saúde em diferentes grupos étnicos.

As diferenças geográficas em saúde. Estas são diferenças na saúde observadas entre diferentes áreas geográficas. As diferenças geográficas na saúde devem, sempre que possível, ser descritas e analisadas ​​em termos de idade e estrutura socioeconômica das áreas de comparação. O estado de saúde observado em áreas com uma estrutura social homogênea pode ser utilizado - com a devida consideração a diferenças na estrutura etária - como um caminho para avaliar as desigualdades sociais em saúde quando as informações sobre o estado de saúde dos diferentes grupos socioeconômicos não existem ou são muito limitados.

Determinantes da saúde. Estes são fatores que influenciam de forma positiva ou negativamente a saúde. Este relatório centra-se em relacionar a vida social, econômica e os determinantes da saúde - ou seja, fatores que podem ser influenciados pela política, as 6 estratégias europeias para combater as desigualdades sociais na saúde: decisões comerciais e individuais - em oposição à idade, sexo e fatores genéticos, que também influenciam a saúde, mas não são, em geral, influenciados por tipos políticos ou de outro tipo de políticas.

Determinantes das desigualdades sociais em saúde. Estes são socialmente e economicamente relacionados com o estilo de vida de saúde que aumentam ou diminuem as desigualdades sociais em saúde. Esses fatores podem sempre ser influenciados pela política, comercial e escolhas individuais.

**Termos relacionados com as desigualdades na área da saúde**

Equidade em saúde. Isso incorpora noções de acordos justos que permitem acesso geográfico , econômico e cultural igual a serviços disponíveis para todos que precisam de cuidados. Outras dimensões de equidade nos cuidados de saúde incluem a igualdade nas possibilidades para o cuidado informal adequado e a mesma qualidade de cuidados profissionais para todos.

Lei de cuidados inversa . Esta é uma expressão muitas vezes usada para descrever uma situação onde "A disponibilidade de bons cuidados médicos tende a variar inversamente com a sua necessidade na população a ser servida " ( Hart, 1971).

Estratégias financeiras justas para os serviços de saúde . Estes implicam progressivas contribuições financeiras, que são usadas ​​para fornecer cuidados de acordo com a necessidade, independentemente da capacidade de pagamento.

**Parte A**

**A natureza do problema e caminhos para as desigualdades sociais em saúde**

***I. A magnitude do problema***

O primeiro passo no desenvolvimento de uma estratégia para reduzir as desigualdades sociais em saúde dentro dos países é avaliar a magnitude da divisão de saúde e como ela mudou ao longo do tempo. Esta deve ser colocada no contexto das tendências globais em saúde da população.

**Perspectivas históricas**

Em uma perspectiva histórica, a possibilidade de sobreviver e viver uma vida mais saudável melhorou além das expectativas. O tempo de vida humano médio dobrou ao longo dos últimos 200 anos, e a expectativa de vida continua a aumentar na maioria dos países (Williams, 2004). As realizações de uma saúde melhor são, no entanto, ainda muito diferentes entre países ricos e pobres e entre grupos dentro dos países que estão em melhor situação e os menos privilegiados. As histórias de sucesso da vida social reduzida as desigualdades na saúde são menos visíveis, mas elas existem. De uma perspectiva europeia, as principais realizações foram feitas, por exemplo, na redução das desigualdades sociais na mortalidade, medida em termos absolutos (Mackenb et al., 2002). Essas realizações estão intimamente relacionadas em geral com melhorias nas condições de vida e trabalho.

De uma perspectiva histórica, certas diferenças relativas de saúde entre os diferentes grupos socioeconômicos também foram reduzidas e quase eliminou para certos indicadores de saúde. Por exemplo, diferenciais na mortalidade infantil encontrada na Suécia no início de 1930 ter sido quase eliminado, graças a essas políticas deliberadas como a introdução do livre serviços de saúde materna e infantil, políticas de melhoria na habitação, apoio financeiro para famílias de baixa renda e das reformas de bem-estar geral (Burström, 2004). Este não é, como às vezes se supõe, um automático subproduto do desenvolvimento econômico, como muitos países na Europa com o mesmo nível do desenvolvimento econômico como a Suécia ainda enfrentam desigualdades substanciais na mortalidade infantil (Mielck et al., 2002).

Os ingredientes-chave no caso sueco são as políticas econômicas e sociais orientadas para a equidade na Saúde. Também é importante observar que essa redução de desigualdades sociais na mortalidade infantil foi alcançada apesar das diferenças sociais substanciais no seio da sociedade sueca, como um todo. Assim, o argumento, por vezes colocado de que a eliminação das desigualdades sociais na saúde é uma utopia, portanto, não é confirmado pela evidência.

Apesar de alguns sucessos, grandes desigualdades na saúde ainda existem em todos os países da Europa e, medida em termos relativos, a tendência geral é de aumentar cada vez mais, em vez de diminuir. Corrigir estas desigualdades na saúde, é hoje, um dos mais importante desafios da saúde pública. Na Europa Ocidental, o padrão global para a população é o da expectativa de vida do recem nascido. Ao mesmo tempo, as desigualdades sociais em saúde estão se ampliando, quando medido em termos relativos. Dado as diferenças nas tendências gerais, a divisão de saúde para as regiões oeste, leste ou central dos países europeus é descrita separadamente nas secções que se seguem.

**As desigualdades na saúde : países da Europa Ocidental**

As desigualdades sociais na mortalidade são substanciais na maioria, se não todos, países da Europa Ocidental (para uma revisão, ver Mackenbach, 2005). O excesso da taxa de mortalidade em grupos socioeconômicos mais baixos é muitas vezes 25-50% maior do que nos grupos mais altos.  Estas desigualdades tendem a ser maiores entre homens do que entre as mulheres, e eles começam cedo na vida e persistem na idade avançada. Na maioria dos países, quase a metade do excesso de mortalidade em grupos socioeconômicos mais baixos é explicada pelas desigualdades em doenças cardiovasculares. Outras doenças graves com desigualdades sociais marcadas são certos tipos de câncer, problemas psicossociais e lesões, mas um gradiente social é encontrado em quase todas as doenças comuns.

Ao longo das últimas duas décadas, muitos países da Europa Ocidental têm experimentado um aumento de escala inesperada e significativa nessas desigualdades sociais ", sem muita evidência de que o alargamento do fosso de mortalidade vai parar no futuro próximo " (Mackenb, 2005). Aumentando as desigualdades na mortalidade durante as duas últimas décadas têm sido bem documentadas, por exemplo, Inglaterra e País de Gales (Drever & Whitehead, 1997), a Finlândia (Valkonen, 1993), França (Lang & Ducimetiere, 1995), Países Baixos (van de Mheen, Reijneveld & Mackenbach, 1996), Espanha (Regidor et al., 1995) e na Suécia (Vågerö & Lundberg, 1995).

As possibilidades para avaliar as desigualdades sociais em saúde são melhores em alguns países do que noutros. Registros exclusivos, que permitem análise detalhada das desigualdades sociais na mortalidade, são encontrados na Inglaterra, onde essas diferenças vêm sendo documentadas há mais de 150 anos (Drever & Whitehead, 1997). Por exemplo, na Inglaterra e no País de Gales, as desigualdades na esperança de vida entre os profissionais e os homens não qualificados que trabalham em empregos manuais aumentaram, de 5,4 anos em 1970 para mais de 8 anos na década de 1990 (Mackenbach, 2005).

Dados recentes de registros na Inglaterra e País de Gales também revelam que homens entre 20 e 64 anos de idade, em ocupações manuais semi e não qualificados são três vezes mais propensos a morrer de doença cardíaca coronariana e acidente vascular cerebral do que os homens na mesma faixa etária em ocupações profissionais e gerenciais. Estima-se que 17 000 vidas por ano seriam salvas na Inglaterra se todos os homens em idade ativa tivéssem a mesma taxa de mortalidade baixa como a dos homens em grupos profissionais e gerenciais (British Departamento de Saúde, 1999). Estudos também mostram um gradiente em toda a sociedade, e não apenas entre um grupo com a saúde debilitada e o restante em razoavel bom estado de saúde. Tipicamente, uma redução linear na saúde é vista como uma diminuição de posição social e é referida como o gradiente social (Marmota et al., 1997).

Desigualdades sociais na mortalidade também podem ser expressas em termos de probabilidade de sobrevivência. Esta perspectiva pode ter um maior impacto político, como mostra, por exemplo, que " meninos de 15 anos que vivem nas áreas mais desenvolvidas de Glasgow tem uma chance de 90% de chegar à idade de 65 anos enquanto os meninos nas partes mais pobres têm apenas 50% "(Burns, 2005). O Secretário de Estado da Saúde no Reino Unido utilizando de forma ainda mais marcante para descrever as desigualdades sociais existentes na área da saúde, aponta que em uma viagem no metrô de Londres "de Westminster até Canning Town, no leste de Londres, apenas oito paradas, a expectativa de vida para os homens cai em um ano por parada. Esse padrão de alguma forma se repete em todos os países europeus e é absolutamente inaceitável em países desenvolvidos civilizados "(Hewitt, 2005).

Na França, a probabilidade de homens que fazem trabalho manual morrerem entre 35 e 65 anos de idade é duas vezes maior do que para os homens em cargos executivos sêniors (Mesrine, 1999). Na Alemanha, 16% das crianças de 11-15 anos de idade tem os pais pertencentes a classe social mais pobre, em comparação com 1% entre as crianças com os pais da classe social superior (Klocke & Hurrelmann, 1995).

As desigualdades sociais em saúde auto-relatados são às vezes até maiores do que a divisão de saúde na mortalidade. Como exemplo, um estudo que comparou 11 países europeus ocidentais mostrou que o risco de problemas de saúde auto-referida foi uma vez e meia a duas vezes e meia maior na metade inferior da escala socioeconômica do que na metade superior (Mackenb et al., 2002). Ao contrário de desigualdades na mortalidade durante os anos 1980 e 1990, essas desigualdades sociais em saúde percebida foram bastante estáveis na maioria dos países da Europa Ocidental (Mackenbach, 2005).

Um enfoque de gênero: específicas diferenças sociais em saúde são importantes, como mulheres de baixa renda geralmente experimentam o duplo fardo de serem discriminadas tanto por serem pobres como por serem mulheres. As desigualdades sociais são responsáveis por uma parte substancial da carga total de doença nos estados de bem-estar da Europa ocidental. Na Suécia, cerca de um terço do carga total de doenças é um fardo diferencial que resulta das desigualdades socioeconômico na saúde. Para ambos os sexos, a maior parte dessa carga diferencial recai sobre trabalhadores não qualificados. A doença cardíaca isquêmica para a maioria absoluta é diferente entre os grupos mais e menos favorecidos (Ljung et al., 2005).

Como muitos países na Europa têm diferenças socioeconômicas absolutas maiores em

mortalidade do que a Suécia (Vågerö & Eriksson, 1997), é muito provável que a parte do fardo total de doenças devido às desigualdades na saúde seja ainda maior nestes países do que na Suécia. Consequentemente, os esforços para reduzir as desigualdades na saúde também devem ser vistos como uma estratégia importante para elevar a média do estado de saúde da população como um todo. De fato, em alguns países, está ficando claro que ganhos de saúde para toda a população não será alcançado sem esforços adicionais para reduzir as desigualdades sociais em saúde no país.

Esta é a situação na Inglaterra (população de 50 milhões em 2004), que se estima que os objetivos nacionais de saúde não serão alcançado a menos que haja progresso na região noroeste do país (7.4milhões de habitantes.), a região com a pior saúde e os mais altos níveis de desvantagem.

**Desigualdades na saúde: o NIS e CCEE**

Uma das grandes tragédias do nosso tempo é a saúde em declínio e aumento as desigualdades na saúde experimentada durante o período de transição de uma economia planejada para uma economia de mercado na NIS e CCEE. A expectativa de vida na Rússia Federativa hoje é menor do que era há 40 anos ( Vågerö , 2005). Entre 1991 e 1994 , mais de seis anos de expectativa de vida entre homens e mais de três anos entre as mulheres foram perdidos. Doenças não transmissíveis são a principal causa de morte, com doenças cardiovasculares, cancro e lesões responsáveis ​​por 78% de todas as mortes entre a população ativa em 2003 ( Banco Mundial , 2005). O principal

fardo da crise na mortalidade foi levado por homens em menor condições socioeconômicas ( Walters & Suhrcke , 2005) . Expectativa de vida masculina ao nascer era de apenas 58 anos (Banco Mundial, 2005) , o que está muito abaixo da expectativa de vida nos países em um menor nível de desenvolvimento econômico, como o Vietnã. As diferenças regionais em a expectativa de vida na Federação Rússia também estão aumentando. Estas tendências negativas na saúde em geral, e entre os homens com baixa condição socioeconômica em particular, têm alargado o fosso entre a saúde na Federação Russa e em países da Europa Ocidental, dos 4 aos 14 anos durante as últimas três décadas (Banco Mundial, 2005). As diferenças de gênero na expectativa de vida são também notáveis na Federação Russa, porque as mulheres russas vivem cerca de 14 anos mais do que os homens russos (Banco Mundial, 2005). O gênero correspondente em países da Europa Ocidental varia de 5 a 7 anos. Estas figuras mostram claramente que as atuais tendências de transição econômica geram um número significativo de mortes evitáveis. Por exemplo, estima-se que 17 milhões de russos estariam vivos hoje, se as taxas de mortalidade tivessem seguido os padrões dos 15 países que pertenciam à União Europeia antes de 1 de Maio de 2004 (Andreev, 2005).

Tendências na morbilidade e incapacidade são também motivo de preocupação dos russos. Comparado com 40% no quintil mais alto, quase 60% das pessoas no quintil mais baixo relataram mau ou muito mau autopercepção de saúde (Pesquisa Nobus, 2003). Além disso, uma coorte de meia-idade saudável na Federação Russa teria menos de um terço do chance de sobreviver até a velhice sem deficiência comparando a de uma coorte equivalente na Suécia (Bobak et al., 2004).

Muitas populações globais em outros países da Europa Central e Oriental têm experimentado uma deterioração da saúde - particularmente entre os homens - e assim aumentado as desigualdades sociais em saúde (Groenhof et al., 1996). A Estónia é um dos países que experimentaram um aumento muito substancial das desigualdades sociais em saúde entre 1988 e 2000. Por exemplo, a taxa de mortalidade em excesso para adultos no menor grupo socioeconômico (medida pela educação) foi de 50% em 1998, e aumentou para 138% em 2000 (Mackenbach, 2005). Até o ano 2000, um pós-graduando do sexo masculino 25 anos de idade pode esperar viver 13 anos mais do que um homem da mesma idade na menor grupo educacional (Leinsalu, Vågerö & Kunst, 2003). A correspondente lacuna na expectativa de vida entre as mulheres graduadas e mulheres de menor grupo educacional foi de 8,6 anos. Ao comparar os grupos com diferentes níveis de educação, a prevalência de má saúde auto-referida entre as mulheres foi de três vezes maior em mulheres com um baixo nível de educação do que em mulheres com um alto nível de educação, enquanto essa diferença foi menos pronunciada entre os homens com diferentes níveis de escolaridade (Walters & Suhrcke, 2005).

Os padrões sociais da doença em outros países no Leste da Europa são semelhantes.

Por exemplo, o excesso de risco de morte para as pessoas em grupos socioeconômicos mais baixos é mais que o dobro para as pessoas em grupos socioeconômicos mais elevados na Lituânia, Polônia (só para homens) e Eslovênia (Mackenbach, 2005). Na Hungria, o risco morte prematura entre os homens que fazem o trabalho manual foi quase o dobro do que em homens fazendo trabalho não-manual (Kunst, 1997). Uma exceção a estas tendências negativas, no entanto, é a República Checa, onde a taxa de mortalidade para a população como um todo mudou para melhor, sem uma tendência adversa para grupos socioeconômicos mais baixos (Mackenbach, 2005).

Uma doença que está intimamente ligada à pobreza e más condições de vida é tuberculose. Nos últimos 15 anos, atingiu níveis de emergência na metade oriental da Região Europeia. Em 2004, mais de 400 000 casos de tuberculose foram relatados, 80% dos quais em apenas 16 países: nos Estados Bálticos, na NIS e da Romênia (OMS, 2006b). A tuberculose causou cerca de 69 000 mortes na Região em 2004. As taxas de tuberculose multirresistente na CCEE e NIS estão entre os mais altos do mundo - mais de 10 vezes a taxa para o resto do mundo, com taxas tão elevadas como 14% em novos doentes. Dos 20 países com as maiores taxas de resistência a múltiplas drogas para a tuberculose entre casos anteriormente tratados, 14 estão na região europeia da OMS. A Região também relata o maior taxa de falha do tratamento (7%) e a segunda maior taxa de morte como o resultado do tratamento (6%) (OMS, 2006b). O fardo desta doença não é transmitida uniformemente em toda a população nesses países, mas cai mais pesadamente sobre o desfavorecidos. Os principais fatores de risco para a tuberculose na Federação Russa, por exemplo, são o desemprego, a pobreza, a beber leite cru (outro indicador de pobreza), a superlotação, uso de drogas ilícitas e prisão (Coker et al., 2006).

Um relatório preparado pela Provedoria europeia da OMS para o Investimento para a Saúde e Desenvolvimento revisaram a literatura recente sobre as desigualdades socioeconômicas em saúde no CCEE e NIS ( Walters & Suhrcke , 2005). Ele fornece evidências convincentes de substancial e crescente desigualdade social . Os efeitos negativos sobre a saúde experimentada por grandes segmentos da população são maiores entre aqueles com um status socioeconômico mais baixo . O relatório destaca a importância do uso de dados existentes, que muitas vezes parece ser subutilizado, para descrever e analisar as desigualdades sociais.

É surpreendente que não mais tenha sido feito uso de registro vital e dados do censo para investigar a associação entre o nível socioeconômico e a expectativa de vida dado que muitos países da região têm um bom registo de saúde razoável e algumas medidas de status sócio-econômico , muitas vezes gravados em atestado de óbito.

**Crescente reconhecimento do problema**

Neste contexto de desigualdade, um número crescente de países e organizações internacionais reconhecem agora a importância de se desenvolverem mais estratégias focadas e abrangentes para combater o fosso da saúde na Região Europeia. Muitas declarações de combates às desigualdades, no entanto, parecem ser meramente retórica, pois as ações para resolver o problema não têm sido seguidas por quaisquer políticas abrangentes.

Em alguns países, os gestores políticos podem até não ter consciência da magnitude e das tendências das desigualdades existentes na saúde de seus povos. Isto é bastante notável, considerando que a saúde é uma das dimensões mais importantes do bem-estar e desenvolvimento humano.

Uma barreira para reconhecer o problema é que as desigualdades sociais em saúde são invisível na vida cotidiana, onde a morte e a doença são muitas vezes atingem aleatoriamente a família e amigos. Imagine a possibilidade de observar quem vai viver e quem deve morrer mais cedo devido a uma causa evitável; muito provável, essa visibilidade mudaria a agenda de saúde radicalmente.

Devido a essa invisibilidade, existe uma necessidade urgente não só para melhorar os sistemas de informação na saúde, mas também para fazer as descobertas conhecidas para os políticos e o público em geral. Algumas melhorias já estão ocorrendo. No futuro, por exemplo, o Sistema de Informação de Saúde da UE permitirá que os Estados-Membros tenham uma compreensão muito mais sofisticada das desigualdades na saúde, tanto dentro de seus países como em comparação com outras partes da Europa (Kyprianou, 2005).

Grandes esforços, no entanto, continuam a ser feitos a nível local, nacional e internacional pra colocar o contexto social em pé de igualdade com a de idade e sexo em análises descritivas de morbidade e mortalidade. Isto é importante, tal como informação sobre as desigualdades sociais em saúde é valioso não só na formulação e avaliação estratégias para a saúde, mas também ao conceber formas para alocar recursos e serviços para a saúde de acordo com a necessidade. Fatos sobre a divisão de saúde também podem ser de crítica importância no desenvolvimento de políticas sociais em geral. Por exemplo, a expectativa de vida mais curta entre os trabalhadores de colarinho azul, em comparação com o resto da população, foi um importante argumento para definir uma idade um ano antes da aposentadoria para os trabalhadores manuais em uma recente reforma do sistema de pensões em Itália (Costa et al., 2006). Finalmente as desigualdades na saúde e como elas mudam ao longo do tempo podem ser utilizadas como indicadores de desenvolvimento social dentro de um país.

**Indicadores de políticas para análise das desigualdades na saúde**

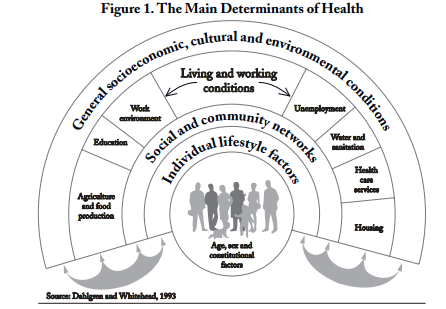
* Use tanto as diferenças absolutas como as relativas, sempre que possível, para expressar as desigualdades na saúde. Isso também é importante do ponto de vista político, como estratégias de bem-estar geral que estão destinadas a mudar as desigualdades absolutas em saúde, enquanto ambas as estratégias gerais e orientadas para o capital são necessárias para reduzir relativas diferenças na saúde.
* Use renda, ocupação e educação para medir a posição social bem como os indicadores de posição social nas sociedades europeias, embora todos eles tenham os seus inconvenientes. Na prática, a escolha é muitas vezes limitada ao que é mais disponível nos sistemas de informação de um país.
* Use o estado de saúde em áreas economicamente privilegiadas e menos privilegiadas como representante para as desigualdades sociais em saúde quando os dados sobre a saúde dos grupos socioeconômicos estiverem faltando. O argumento contra isso é que as políticas orientadas para a eqüidade não podem ser desenvolvidas devido à falta de dados de saúde ligados à posição social – podem e devem sempre ser rejeitados.
* Assegurar que os sistemas de informação de saúde forneçam informações sobre a distribuição de diferentes causas de morte e problemas de saúde percebidos por motivo social e não só por idade e sexo. Sempre que possível, posição social e gênero devem ser considerados em conjunto, já que tanto a magnitude e as causas das desigualdades sociais observadas na saúde são frequentemente diferentes entre meninos ou homens e meninas ou mulheres.
* Desenvolver sistemas e indicadores específicos para monitoramento e análise sociais determinantes da saúde, em geral. Em particular, o foco sobre os determinantes das desigualdades sociais em saúde - ou seja, aqueles determinantes que reduzem ou aumentam significativamente as desigualdades sociais na saúde.
* Publicar revisões periódicas - relatórios de saúde pública - que incluem em profundidade descrições analíticas da magnitude, tendências em desigualdades na saúde e os principais determinantes que as geram. Muitos países já produzem diferentes tipos de relatórios periódicos de saúde pública, e uma recomendação da Cúpula sobre o combate das Desigualdades em Saúde , em outubro de 2005, foi para produzir tais relatórios a cada cinco anos.
* Realizar projeções de vidas salvas ou de saúde melhorada quando alternativa políticas para um determinante particular de saúde estão sendo considerados. Estas projeções já são feitas em alguns países, quando diferentes medidas de segurança estão sendo consideradas. Essas avaliações de impacto da saúde podem ser extendidas a outros determinantes da saúde, e uma perspectiva de equidade pode ser incluída.

***II . Compreender as causas***

Conceitualmente os determinantes da saúde da população em geral têm muitas vezes sido confundidas com os determinantes das desigualdades sociais em saúde, e ambos conjuntos de determinantes foram tratados da mesma forma por considerações políticas. O perigo de tal abordagem é que a orientação que se seguiu tende a ser muito generalizada e ineficaz na redução do fosso da saúde. Por conseguinte, esta seção tem como objetivo fazer essa distinção ficar clara. Ele começa por rever os principais determinantes gerais da saúde. Em seguida, passa a descrever os cinco principais mecanismos pelos quais estes determinantes da saúde podem operar para causar desigualdades sociais em saúde. As implicações para as políticas e estratégias orientadas para cada um dos os cinco principais determinantes de desigualdades na saúde serão apresentados.

**Determinantes da saúde**

Os determinantes da saúde geral da população podem ser conceituados como camadas de arco-íris de influência (ver Fig. 1).



No centro da figura, os indivíduos possuem idade, sexo e características que influenciam sua saúde e que são, em grande parte fixos. Ao redor do centro, no entanto, são influências teoricamente capazes de serem modificadas pela política.

Primeiro, existem fatores comportamentais, tais como tabagismo e atividade física.

Em segundo lugar, as pessoas interagem com seus familiares e amigos e são influenciados por eles, representado na segunda camada.

Em seguida, uma pessoa de capacidade de manter a sua saúde (na terceira camada) é influenciada por sua vida e condições como abastecimento alimentar e acesso ao trabalho e a bens e serviços essenciais.

Finalmente, a sociedade em geral é influenciada, econômica, cultural e ambientalmente. Este modelo para descrever determinantes da saúde enfatiza interações: estilos de vida individuais são incorporados em normas sociais e redes, e em condições de vida e trabalho, que por sua vez estão relacionados com o ambiente socioeconômico e cultural mais amplo. Os determinantes de saúde que podem ser influenciados pelo indivíduo, sociedade ou decisões políticas podem ser fatores positivos para a saúde, fatores de proteção ou fatores de risco.

Fatores positivos para a saúde. Estes contribuem para a manutenção da saúde. Fatores de saúde positivos são fundamentais, por exemplo, a segurança econômica, adequada habitação e segurança alimentar. O controle sobre os resultados da vida e desfrutar de bom relacionamento em casa e outras relações sociais emocionalmente gratificantes também são importantes fatores positivos para a saúde (Wilkinson, 2005).

Fatores de proteção. Estes são fatores que eliminam o risco de, ou facilitar a resistência à doença. O exemplo clássico é a imunização contra uma variedade de doenças infecciosas. Fatores psicossociais, tais como apoio social e um sentido de propósito e direção na vida, também são cada vez mais reconhecidas como fatores que protegem a saúde (OMS, 2002). Dietas saudáveis, tais como a dieta mediterrânea com um elevado consumo de frutas e azeite, também é considerado como sendo protetor (Costa et al., 2006).

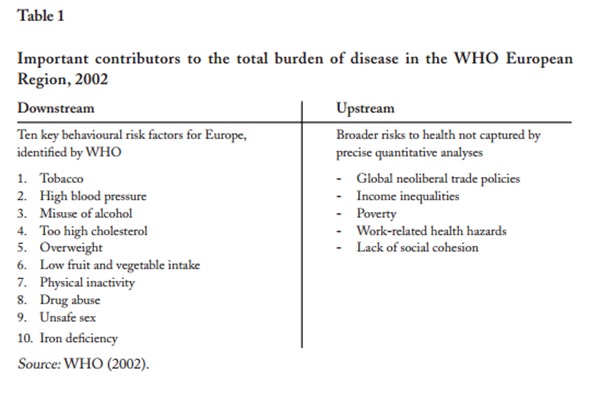
Os fatores de risco ou condições de risco. Estes causam problemas de saúde e doenças que são potencialmente evitáveis. Esses fatores de risco ou condições de risco podem ser sociais ou econômicos ou podem ser associados ao estilo de vida relacionada com especificos perigos para a saúde, tais como o ar poluído e tabagismo.

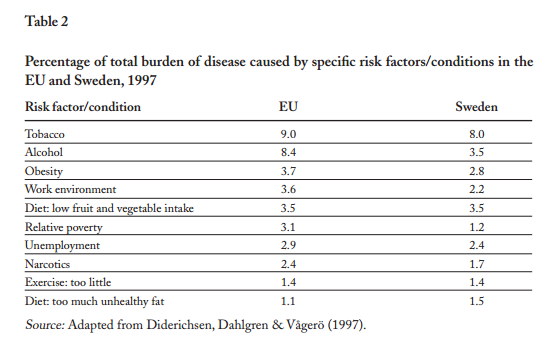
Na prática, fazer a distinção entre essas categorias de determinantes pode ser dificil às vezes. Como o foco é tipicamente de fatores de risco, é útil tentar identificar fatores positivos e protetores. A relevância de se ter uma visão holística sobre os determinantes de saúde pode ser ilustrado pela escolha de se concentrar quando se considera um grupo exposto a um determinado fator de risco - por exemplo, de 100 pessoas, 5 podem ficar doentes e 95 permanecem saudáveis.

A importância da contribuição de diferentes fatores de risco para a carga total da doença deve ser avaliada, de modo que as prioridades podem ser definidas e intervenções e estratégias sejam desenvolvidas. Este tipo de avaliação de risco tem sido realizada pela OMS (2002). A Tabela 1 (abaixo) lista os 10 principais contribuintes para o total de fardo da doença na Europa, como identificado pela OMS. Todos estes colaboradores podiam ser considerados fatores de risco comportamentais. Como base para a ação, estes fatores de risco específicos fornecem apenas uma base parcial. O “upstream” de determinantes da saúde mostrados à direita da tabela não são quantificados na análise da OMS.

Uma estratégia abrangente de saúde para um país especifico deve, naturalmente, incluir

os determinantes da saúde e as relações entre eles, uma vez que são muitas vezes estreitamente interligados. Por exemplo, análise de determinantes econômicos e sociais insalubres da saúde precisam ser ligados as causas de certas doenças e problemas de saúde. Por outro lado, determinantes da saúde, tais como estilos de vida insalubres, devem ser vistos no contexto das suas influências no “upstream”. O sucesso do programa de controle do tabaco em muitos países pode ser atribuído a políticas que incluem ações em ambos os determinantes (tais como legislação e tributação do tabaco) e programas de educação sanitária e “downstream”.





A importância de um fator especifico de risco “downstream” ou “upstream” pode ser bastante diferente em diferentes países da Europa. A Tabela 2 ilustra, por exemplo, que na Suécia o impacto negativo na saúde do uso de álcool sobre o peso da doença é menor que a metade do impacto nos 15 países que pertenciam à UE até 1 de Maio de 2004. Cada país tem sua própria avaliação de quais determinantes da saúde são a escala mais significativa para o seu contexto nacional.

**Determinantes das desigualdades sociais em saúde**

O conhecimento dos determinantes sociais da saúde (mostrado na Fig. 1 e 2) é necessário, mas não suficiente para identificar e analisar os determinantes das desigualdades na saúde da vida social. A análise de fatores causais precisa ser mais desenvolvida, como os determinantes de desigualdades na saúde podem ser diferentes dos determinantes sociais de saúde para toda a população - ou seja, os mais importantes determinantes da saúde podem ser diferentes para diferentes grupos socioeconômicos. Por exemplo, o trabalho físico em ambientes insalubres são um importante fator de risco para os trabalhadores não qualificados na Suécia, enquanto isso não é o caso para os altos funcionários ou para a população como um todo (Lundberg, 1991).

A pobreza é outro exemplo. Para um país de alta renda, o papel desempenhado pela pobreza na determinação da saúde global da população pode ser apenas um menor. O tamanho do seu papel vai depender de quantas pessoas vivem na pobreza neste país. Em um país onde, por exemplo, a prevalência da pobreza é baixa, a pobreza só pode representar 2% da carga total de doenças na população. Ao mesmo tempo, poderia ser responsável por 10% da diferença na carga de doença entre grupos de baixa renda dentro desse país. Isto porque a pobreza é sempre um grande perigo para a saúde para os pobres.

**Por conseguinte, é importante distinguir entre determinantes sociais da saúde para a população em geral dos determinantes sociais das iniquidades em saúde.**

Uma abordagem para a compreensão das causas profundas (determinantes) das desigualdades sociais na saúde é concentrar-se sobre os caminhos e mecanismos distintos pelos quais o fatores de risco conhecidos para a saúde e as condições de risco trazem os gradientes sociais na área da saúde que são observados no interior dos países (Diderichsen, Evans & Whitehead, 2001). Aplicação e desenvolvimento abordagem de Diderichsen, é possível identificar os seguintes cinco mecanismos ou caminhos para as desigualdades sociais em saúde dentro de um país.

**1. Diferentes níveis de poder e de recursos**

Posição social na sociedade, como definido pela educação, ocupação ou recursos economicos, exerce uma poderosa influência do tipo, magnitude e distribuição de saúde nos riscos experimentados dentro de diferentes grupos socioeconômicos. Grupos que geralmente têm mais poder e oportunidades para viver uma vida saudável do que grupos que são menos privilegiados. posição social é, portanto, em si um importante determinante das desigualdades sociais na saúde (Link & Phelan, 1996).

Esta estratificação é geralmente mais forte quando as divisões sociais na sociedade são maiores. E também reflete em arranjos legais e institucionais, bem como em forças políticas e de mercado.

Os determinantes das desigualdades sociais em saúde gerados por diferentes níveis de

poder e os recursos só pode ser compreendido e medido no grupo ou sociedade (Diderichsen, Evans & Whitehead, 2001). Os esforços para reduzir as diferenças de educação ou de renda entre grupos socioeconômicos são suscetíveis de ter um impacto positivo na perspectiva de equidade em saúde, uma vez que aumentam o poder de (e oportunidades para) grupos menos privilegiados para evitar vida pouco saudável e trabalhos em condições insalubres. A educação também pode promover uma maior compreensão entre os diferentes grupos da sociedade, e, assim, ajudar a reduzir a distância entre os grupos, como delineado na seção de educação na Parte B deste relatório.

Os efeitos psicossociais da posição social também têm sido dada a crescente atenção na pesquisa sobre os determinantes das desigualdades sociais em saúde. Status social

é então visto como um determinante da saúde em seu próprio direito, como expresso por Richard Wilkinson: Ele tem "um enorme impacto sobre como as pessoas se sentem valorizadas e apreciadas "(Wilkinson, 2005).

Os dados empíricos mostram que as pessoas em uma baixa experiência de posição socioeconômica, em tensão média, mais psicossocial ligadas a dificuldades financeiras e desequilibrios salariais; eles também experimentam uma situação de vida ou de trabalho (ou ambos), caracterizada pela alta demanda e baixo controle. Como Johan Mackenbach explica, estas formas de estresse psicossocial pode por sua vez conduzir a problemas de saúde, seja por vias biológicas (por exemplo, afetando a endócrina ou sistema imunitário) ou através de vias comportamentais (por exemplo, através da indução de comportamento e assunção de riscos) (Mackenb, 2005).

O ponto é que fatores psicossociais determinantes da saúde, tais como a falta de controle no local de trabalho, falta de apoio social e de insegurança habitacional que gera estresse insalubre, são socialmente estruturados - ou seja, relacionados com a posição social - E, portanto, normalmente muito mais comum entre pessoas com uma posição social baixa, em comparação com pessoas com uma posição social elevada.

Que as raízes das desigualdades sociais em saúde encontram-se no contexto social e estrutura de classes da sociedade não implica que apenas mudando a classe estrutura como um todo pode reduzir as diferenças socioeconômicas em saúde. O que faz implica, no entanto, é que os processos que reduzem as diferenças entre diferentes segmentos da população são susceptíveis de ser bom para a equidade na saúde também.

Redução das desigualdades na saúde pode ser pensado como o aumento da liberdade e poder entre as pessoas com as possibilidades mais limitadas de controle influenciam sua própria vida e da sociedade (Dahlgren, 2003b). Política democrática, bem como outros sistemas que capacitam os menos poderosos, devem portanto, serem considerados no contexto de estratégias globais para combater as desigualdades sociais em saúde. Especial atenção deve ser dada as possibilidades de aumentar a influência sobre os mercados comerciais da maioria , bens e serviços como essenciais impotentes nestes mercados são fornecidos apenas para aqueles que podem expressar sua necessidade e demanda do poder de compra.

**2. Diferentes níveis de exposição aos riscos para a saúde**

A razão mais óbvia porque os riscos para a maioria das principais doenças diferem entre grupos socioeconômicos são diferenças na exposição aos fatores que causam ou prevenir estas doenças. A exposição a quase todos os fatores de risco (material, psicossocial e comportamental) está inversamente relacionada com a posição social - isto é, quanto menor for a posição social, maior será a exposição a diferentes riscos para a saúde - e produz o gradiente social familiar na saúde. Por outro lado, as pessoas com maior acesso a recursos têm as melhores oportunidades de evitar os riscos, doenças e consequências de má saúde (Link & Phelan, 1995). A distribuição desigual de determinantes socioeconômicos da saúde, tais como o rendimento, o emprego, a educação e habitação de qualidade, deve ser um foco principal de estratégias para a redução das desigualdades na saúde (Graham, 2000).

Para auxiliar o processo de redução das desigualdades na saúde, a exposição a diferentes fatores de risco devem ser analisados ​​para cada grupo socioeconômico, sempre que possível.

Por exemplo, um relatório francês mostrou que os fatores de risco relacionados com o trabalho representaram 20% de todos os cancros (exceto câncer de pulmão) entre as pessoas que fazem o trabalho manual, mas apenas 5% dos casos de câncer entre a população como um todo (Haut Comité de la Santé Pública, 1998). A importância dos ambientes de trabalho melhoradas é, portanto, mais pronunciado em uma política de saúde equitativa do que em uma política limitada a melhoria geral da população.

Comportamentos saudáveis ​​como a amamentação tendem a diminuir com a diminuição do status social.

Também é importante para tentar entender por que existe um gradiente social na exposição a diferentes riscos para a saúde, bem como a fatores que promovem e protegem a saúde.

Essas causas por trás das causas devem ser identificadas, sempre que possível, como conhecimento sobre essas forças motrizes pois é criticamente importante para o desenvolvimento de estratégias orientadas para a melhoria na saúde. O foco é então suscetível de ser sobre o montante financeiros e estruturas de poder político em um país. Na ilustração acima, sobre o aumento do risco de câncer entre os franceses que fazem o trabalho manual, um foco para uma intervenção pode ser sobre como aumentar o poder dos sindicatos ou autoridades governamentais, para trazer reduções nos riscos de câncer na local de trabalho, mesmo quando os empregadores estão relutantes em fazê-lo.

Quando existe um gradiente social claro de um determinado determinante da saúde, a

implicação política é que os esforços especiais e recursos financeiros adicionais - bem como métodos e abordagens especiais - podem ser necessárias para reduzir os perigos da saúde para aqueles de maior risco. Isto não implica visando apenas esses grupos. Pelo contrário, estes esforços especiais destinam-se a beneficiar todos e, ao mesmo tempo, reduzir as desigualdades sociais em saúde. A necessidade de tais políticas de nivelamento para cima pode ser ilustrado pela necessidade de reduzir e eliminar riscos de saúde ocupacional em todos os locais de trabalho, sempre que possível.

Estratégias explícitas orientada para o investimento também são necessários em programas de saúde pública.

**3. O mesmo nível de exposição que resulte em impactos diferenciais**

O mesmo nível de exposição a um determinado fator de risco pode ter efeitos diferentes sobre diferentes grupos socioeconômicos. Por exemplo, na Suécia, níveis semelhantes de álcool má utilização, como medido em unidades de álcool puro, causar duas a três vezes mais doenças e lesões relacionadas com o álcool entre os trabalhadores manuais do sexo masculino do que entre servos masculinos civil (Hemmingsson et al., 1998). Este diferencial de impacto entre os grupos pode ser explicado pelas diferenças nos padrões de consumo e apoio social sistemas no trabalho e em casa. O foco de políticas para reduzir as desigualdades sociais na saúde causados ​​por estes tipos de diferenciais de impacto deve, portanto, estar em o ambiente social, cultural e económico, bem como na redução de um fator de risco sozinho. Isto pode ligar para o suporte financeiro e social além de intervenções relacionadas diretamente para a oferta ou a demanda por produtos de álcool (Consulte a subseção o abuso do álcool na Parte II). Diferenciais de impacto também pode ser devido à maior probabilidade de baixa renda grupos serem expostos simultaneamente a diversos fatores de risco que reforçam cada de outros. Por exemplo, o stress prolongado pode aumentar o risco de doenças infecciosas, uma vez que suprime o sistema imunitário do corpo (Wilkinson, 2005). O risco relativo de desenvolvimento de doenças não transmissíveis também pode aumentar quando vários riscos fatores são combinados. Estima-se que tais fatores múltiplos aumentam o risco de mortalidade cardiovascular por cinco a sete vezes (Ministério de Saúde Pública da Rússia, 1997). Compreender as causas das desigualdades sociais em saúde chamadas para uma ainda maior perspectiva, como as desigualdades de saúde são gerados pelo efeito combinado de muitos fatores, tais como a exclusão social, a baixa renda, abuso de álcool e falta de acesso a serviços de saúde. A pesquisa sobre os (reforço) efeitos sinérgicos de diferentes grupos de risco fatores típicos de grupos de baixa renda ainda é bastante limitado. A Força-Tarefa da OMS em Prioridades de Pesquisa para a Equidade em Saúde recomendou, portanto, que uma deve ser dada alta prioridade à investigação que incide sobre as inter-relações entre os fatores que alteram a probabilidade de alcançar ou manter uma boa saúde a nível individual e dentro do contexto social (Força-Tarefa da OMS sobre as prioridades de pesquisa para Equidade em Saúde e da Equipe Patrimônio WHO, 2005). Tais efeitos de reforço são acreditados para ser encontrado entre grupos de baixa renda expostos a um conjunto de fatores de risco, como o estresse econômico, devido à baixa renda, acomodações habitação apertado, tabagismo e obesidade - todos os que ocorrem em conjunto. É também muito provável que a possibilidade de fazer algo percebido é reduzida a carga de fatores de risco aumentado.

Ao abordar um conjunto de fatores de risco , uma questão política fundamental é identificar entrada Os pontos para reduzir ou eliminar os efeitos sinergéticos e o desenvolvimento de um pacote de várias políticas e intervenções diferentes para quebrar o círculo vicioso de má saúde. Este é um grande desafio ao desenvolver e implementar baseados na comunidade programas de saúde , como estratégias para a renovação vizinhança.

**4. Efeitos Life-curso** Outra via importante para a desigualdade social em saúde dentro de um país envolve uma perspectiva de curso de vida, considerando-se o resultado acumulado de todas as vias acima, como eles interagem e operar ao longo da vida. Muitos eventos início na vida gerar má saúde mais tarde, e circunstâncias materiais no início da vida são preditores mais fortes do estado de saúde mais tarde na vida do que a posição social durante idade adulta (Lynch, Kaplan & Salonen, 1997;. Eriksson et al, 1999). Privação durante a infância também provou ser associado com experiências de má saúde na idade adulta - por exemplo, no âmbito da CCEE e NIS (Walters & Suhrcke, 2005). Estes efeitos ao longo da vida podem ser passados de pais para filhos, como eles são intimamente relacionados com o fundo social. Por exemplo, a posição social dos pais influencia as realizações educacionais dos seus filhos, que por sua vez influencia condições e níveis salariais quando as crianças crescem. Os fatores de risco também ligam as gerações (Power & Matthews, 1997). Por exemplo, a fato de que mais mulheres da classe trabalhadora fumam durante a gravidez, em parte, explica as maiores taxas de baixo peso ao nascer em grupos socioeconômicos mais baixos, que ao longo tempo aumenta o risco (e desigualdades sociais em saúde), quando os bebês crescem, por doença coronariana, acidente vascular cerebral, hipertensão e não diabetes doença crônica na infância - mais comum entre os filhos de trabalhadores manuais - Pode ter consequências a longo prazo para a saúde mais tarde na vida. De uma perspectiva política, isto evidencia a importância de muito intervenções precoces como uma estratégia-chave para prevenir os processos que aumentam o risco de má saúde mais tarde. Especial atenção deve ser dada aos pais pobreza, que pode iniciar uma cadeia de riscos sociais que prejudica a saúde através da todo o curso da vida. Políticas de bem-estar precisa, portanto, "para oferecer não só as redes de segurança mas também trampolins para compensar desvantagens anteriormente "(OMS escritório Regional para a Europa, 2005c). Estas estratégias para reduzir as desigualdades na saúde na infância devem incluir nivelando-se os padrões de vida e intervenções de saúde específicos para as crianças em grupos socioeconômicos mais baixos, bem como intervenções destinadas a melhorar a saúde entre as crianças em geral (Mielk, Graham & Bremberg, 2002). Redução das causas intergeracional da pobreza e aumentando as possibilidades para uma infância saudável e positiva é um dos maiores desafios ao tentar reduzir as desigualdades sociais em saúde.

**5. efeitos sociais e económicos diferentes de estar doente**

Um quinto das desigualdades sociais em saúde envolvem diferentes consequências sociais e econômicas de estar doente. A falta de saúde pode ter muitas consequências adversas para a vida e a subsistência das pessoas, incluindo a perda e ganho de emprego, e isolamento social ou exclusão, provocada pelo desemprego ou a restrição das atividades por causa da doença. Ao mesmo tempo, as pessoas doentes podem enfrentar encargos financeiros adicionais devido aos elevados pagamentos para cuidados de saúde e os medicamentos de que necessitam. Todas estas consequências negativas de estar doente são suscetíveis de resultar em uma queda espiral que prejudica a saúde ainda mais.

Se houver um gradiente social na gravidade destas consequências, com adversas consequências socioeconômicas crescentes com a diminuição da posição socioeconômica, então este pode, eventualmente, contribuir para as desigualdades sociais observados na saúde. A evidência dessa via em particular foi encontrada tanto na Suécia como no Reino Unido, onde existem gradientes sociais nas taxas de emprego para as pessoas com doença crónica ou deficiência: as chances de ser empregada declínio, com declínio posição socioeconômica, embora os efeitos adversos são mais graves no Reino Unido do que na Suécia (Lindholm, Burström & Diderichsen, 2002; Burström et al., 2003). Os membros de grupos socioeconômicos mais elevados que experimentam problemas de saúde muitas vezes tem uma melhor chance de manter seus empregos do que aqueles em menor condições socioeconômicas com problemas de saúde semelhantes (Lindholm, Burström & Diderichsen, 2002). O risco de perder a renda do trabalho é, portanto, provável que seja relacionado inversamente para rubricar salários. Os riscos de estresse econômico e da pobreza relacionada com a doenças são ainda agravados entre grupos socioeconômicos baixos, em particular em países com redes de segurança financeira inadequados para aqueles incapazes de trabalhar devido a saúde debilitada. Pontos de entrada de política para esta via incluem sistemas de apoio financeiro melhores - Para melhorar a perda de rendimentos devido a problemas de saúde - e reabilitação eficaz e programas de reciclagem ( Diderichsen , 2002).

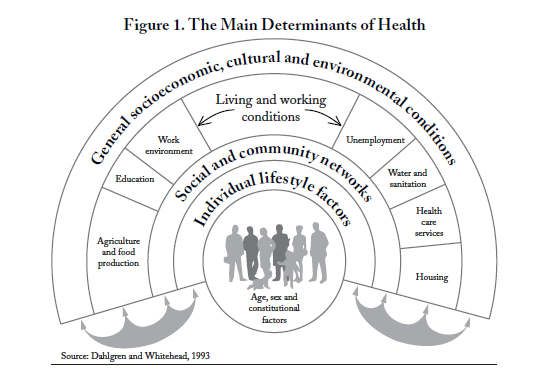
**Indicadores para políticas sobre os determinantes de desigualdades na saúde**

O que se segue é um conselho para os investigadores e os gestores políticos .

* Mais pesquisas são urgentemente necessárias para aprofundar a compreensão dos mecanismos pelos quais os determinantes de saúde geram as desigualdades na saúde.
* Especial atenção deve ser dada na medida em que as diferenças sociais entre os padrões de vida estão ligados a fatores psicossociais determinantes da saúde, por exemplo, o estresse crônico – que causa doenças e problemas de saúde.
* Deve ser dada alta prioridade à investigação que incide sobre os efeitos sinergéticos de diferentes fatores de risco - em particular, entre os grupos de baixa renda. Estudos de coorte tornam possível analisar os determinantes das desigualdades sociais na saúde em uma perspectiva ao longo da vida.
* Informações sobre os principais determinantes das desigualdades sociais em saúde devem ser amplamente distribuídas numa linguagem que seja facilmente compreendida pelos pessoas sem experiência profissional em epidemiologia e saúde pública. A importância de reconhecer a diferença entre os determinantes da saúde para a população em geral e os determinantes das desigualdades sociais dentro dessa população deve ser explicado e enfatizado.
* Métodos de avaliação do impacto na saúde devem ser desenvolvidos para determinar os impactos na saúde; positivos e negativos, por idade, sexo e posição social.
* Em qualquer análise dos determinantes das desigualdades sociais em saúde , é importante tentar avaliar o tempo de espera - o período entre alteração na exposição e o impacto na saúde - para evitar perder os principais efeitos devido a um curto espaço de tempo.
* Uma pesquisa mais profunda é essencial, mas o suficiente se conhece para a efetiva ação. Mesmo sem dados perfeitos, são necessárias medidas de prevenção e proteção. Estratégias para reduzir as desigualdades sociais na saúde não são diferentes de quaisquer outras estratégias econômicas ou sociais, e também devem ser passíveis de mudanças, tais como novas experiências são adquiridas e novas descobertas de pesquisa científica são apresentadas.

**Parte B – Estratégias políticas e experiências**

Considerado os vários caminhos que levam às desigualdades sociais em saúde, este relatório descreve algumas estratégicas políticas de intervenção, para se fazer frente ao problema. A figura 1 foca no impacto das iniquidades sociais na saúde e então considerando o que tem sido aprendido a partir de experiências prévias que podem ser usadas para ações futuras. Os próximos tópicos dizem respeito às camadas deste “arco-íris”.



A análise deste relatório pretende ilustrar diferentes abordagens e estratégias políticas relevantes.

**Camada 1: O ambiente macropolítico**

As forças que geram as desigualdades sociais em saúde estão, em grande medida, relacionadas com o ambiente macropolítico, na camada exterior do "arco-íris" (fig.1), este ambiente inclui estratégias de crescimento econômico neoliberal, o qual tem ampliado as iniquidades de renda e aumentado a pobreza. O aumento da globalização repercute nas economias nacionais o que reduz as possibilidades dos governos nacionais influenciarem estas tendências. Ao mesmo tempo, as ações dos principais influentes nos mercados financeiros são de importância cada vez maior - não só nestes mercados, mas também sobre o desenvolvimento econômico e social em geral.

Segundo *The Economist* (2006):

*"A globalização também mudou o equilíbrio de poder no mercado de trabalho em favor das empresas. Dá às empresas o acesso a uma mão de obra barata no exterior.* *Esta é uma razão pela qual, apesar dos lucros recordes, os salários reais na Alemanha caíram nos últimos dois anos, afetando o crescimento do PIB. Em outras palavras, a velha relação entre o coletivo e a prosperidade nacional foi quebrada".*

Sob a perspectiva de equidade em saúde, a situação chama pela intensificação de esforços para reforçar a cooperação e as organizações internacionais, focando em como políticas econômicas podem promover desenvolvimento humano e reduzir as iniquidades sociais. Os esforços devem ser feitos para identificar e quantificar os efeitos de diferentes estratégias de crescimento econômico, desigualdades de renda e pobreza sobre a saúde dos diferentes grupos socioeconômicos.

I – Estratégias de crescimento econômico

Existe uma relação mútua entre o crescimento econômico e a saúde. Desenvolvimento econômico pode promover saúde e melhoria na saúde pode promover crescimento econômico. A equidade na saúde é de importância estratégica em ambas as relações.

* Crescimento econômico como um determinante de saúde:

Há muito tempo é sabido que a saúde das populações melhora com o desenvolvimento econômico do país. Esta tendência, entretanto, varia substancialmente entre países no mesmo nível de desenvolvimento econômico demonstrando dados diferentes de expectativa de vida e mortalidade infantil. Por outro lado, alguns países com um PIB per capita menor podem atingir semelhante estado de saúde comparado a países ricos. Melhoria da saúde é, portanto, não um subproduto automático do desenvolvimento econômico. À medida que ocorre o crescimento econômico, a saúde continua a depender muito da escolha de políticas de desenvolvimento a nível local, nacional e internacional.

Relações positivas entre crescimento econômico e a melhora dos níveis de saúde são determinadas principalmente pelo grau em que os recursos econômicos gerados elevam os padrões de vida de grupos de baixa renda e são investidos em sistemas públicos de saúde e educação. Se o crescimento econômico aumenta a renda principalmente dos grupos economicamente favorecidos e os serviços públicos de saúde estão fortemente subfinanciados, consequentemente as relações positivas entre o crescimento econômico e a melhora dos níveis de saúde são reduzidas ou mesmo eliminadas, o que reflete na elevada taxa de morbidade e mortalidade entre os grupos desfavorecidos em países muito ricos.

Ex: Se os EUA, um dos países mais ricos do mundo, ocupasse o lugar de Cingapura, também um país rico, no ranking das taxas de mortalidade infantil seriam salvas em torno de 18.200 crianças por ano.

Essa discrepância também é encontrada em muitos outros países. Por exemplo, na Rússia as taxas de mortalidade em homens adultos (para várias doenças) em 2005 foram substancialmente mais elevadas do que as taxas de países com uma renda per capita semelhante (Banco Mundial, 2005). O fato da queda na expectativa de vida na Rússia, apesar dos períodos de crescimento econômico, indica que o crescimento econômico por si só é ineficiente para se atingir uma perspectiva de desenvolvimento humano. Tais fatos chamam a atenção para uma perspectiva onde o crescimento econômico deve ser visto como um recurso para o desenvolvimento humano e não como um fim em si mesmo (como na produção de bens por si só).

Estudos demonstram que políticas que apenas consideram o crescimento econômico são "anti-pobres” porque ignoram o papel crítico da distribuição de renda em oportunidades de reduzir a pobreza e são políticas “anti-crescimento” pois a extrema desigualdade e a pobreza associada a ela desperdiça o potencial produtivo em grande escala.

A privatização dos serviços públicos e a modernização dos mercados livres tem contribuído ainda mais para esta tendência.

Chegamos a um ponto em que nossas sociedades tornaram-se um apêndice para a economia. Devemos permitir que o mundo seja transformado em um mercado global onde as regras do jogo são decididas pelo mais poderosos e o único objeto da sociedade é maximizar o lucro o mais rápido possível? Será que queremos viver em um mundo onde em algumas horas de especulação destróem o trabalho realizado por milhões de pessoas? Somos capazes de desenvolver uma ordem internacional baseada no progresso, em particular, o progresso social?

Outros argumentam que há um equilíbrio entre crescimento econômico e equidade e que as reduções na diferença de renda entre os diferentes grupos prejudicam um país no seu crescimento econômico. Os impostos de harmonização na União Europeia, por exemplo, normalmente significam um valor baixo de impostos, supondo que aumentar os impostos reduziria a eficiência do mercado e, portanto, o crescimento econômico. A evidência existente para esta afirmação é fraca ou inexistente em um contexto europeu, onde os países com as menores diferenças de renda, como os países nórdicos, tem taxas de crescimento econômico igual ou superior a países com maiores desigualdades de renda. Estudos aprofundados realizados na Suécia também demonstram claramente que não há nenhuma evidência para a afirmação de que o nível de tributação do governo sueco tem qualquer efeito mensurável sobre o crescimento econômico neste país.

**Estratégias políticas para o crescimento econômico com equidade**

* Reconhecer o crescimento econômico explicitamente como um recurso para o desenvolvimento humano e especialmente entre os grupos desfavorecidos;
* Desenvolver estratégias de crescimento econômico eficientes que promovam o desenvolvimento humano em geral, e em particular que reduzam a pobreza, melhorem as condições de vida de grupos desfavorecidos e aumentem o acesso à saúde e educação de alta qualidade a preços acessíveis. Por outro lado, as estratégias de crescimento econômico ineficientes devem ser definidas como aquelas que aumentam a pobreza, ampliam as diferenças de renda e que estão ligadas a políticas que reduzam o acesso à saúde e educação;
* Desenvolver medidas ajustadas do PIB à saúde em que os custos totais de saúde de grupos menos favorecidos sejam considerados (da mesma maneira como os efeitos ambientais são considerados);
* Definir e medir os progressos em termos de um índice de desenvolvimento humano. O crescimento econômico é, então, um recurso para alcançar alvos, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do Milênio – ONU.
* Estimular pesquisas sobre fatores globais e processos que afetam a equidade na saúde com intuito de que os países possam resolver as desigualdades na saúde dentro de sua própria fronteira.
* Melhoria da saúde como um determinante do crescimento econômico:

Melhor nível de saúde é um determinante importante do crescimento econômico, uma vez que aumenta a produtividade do trabalho e a oferta de trabalho. Esta perspectiva de ver a melhoria da saúde como um fator de promoção do crescimento econômico é ainda reforçada pelos altos custos para a sociedade com despesas com saúde. No Reino Unido, por exemplo, 35 milhões de dias de trabalho foram perdidos em 2004: 28 milhões relacionados ao trabalho e problemas de saúde, o que custa entre 13 e 22 bilhões de euros para a economia e 6,3 a 10 bilhões de euros aos trabalhadores afetados.

A importância da melhoria da saúde numa perspectiva de desenvolvimento econômico também pode ser ilustrada com o exemplo da Rússia, onde uma redução das doenças não transmissíveis e de acidentes, para níveis encontrados em países ricos da Europa Ocidental, corresponderia a benefícios socioeconômicos equivalentes a quase 30% do PIB da Rússia em 2002. É preciso ter cuidado também para que melhorias na saúde não tenham apenas o intuito de promover melhoras na economia mas também em fatores diretamente relacionados à saúde das populações. Deve-se ter cuidado também com o direcionamento de políticas de saúde apenas privilegiando grupos economicamente ativos.

II. As desigualdades de renda e de saúde

*O impacto das desigualdades de renda na saúde*

Com as crescentes desigualdades em termos de riqueza vieram crescentes desigualdades em saúde e por sua vez as desigualdades na saúde da população contribuem para ampliar as disparidades de riqueza. Tem sido encontradas fortes associações entre mudanças na distribuição de renda e a expectativa de vida. Diferentes regiões dentro do mesmo país demonstram este fato, por exemplo, na Itália a expectativa de vida aumentou com a diminuição de desigualdades de renda nas regiões de seu país.

Há um debate sobre a explicação mais provável para essa forte associação entre a saúde da população e níveis de desigualdade de renda. A desigualdade de renda parece exercer uma influência sobre a saúde de várias maneiras diferentes: através do aumento da carga da pobreza, através de vias psicossociais e através de políticas públicas.

* **Aumento da carga da pobreza**

Sociedades com grandes desigualdades de renda tendem a ter uma maior percentagem de pessoas que vivem em situação de pobreza, e a pobreza exerce impacto negativo sobre a saúde. Estudo de Luxembourg (2001) encontrou forte correlação positiva entre o grau de desigualdade de renda dentro de uma nação, medida pelo índice de Gini, e a percentagem de crianças que vivem em situação de pobreza - ou seja, quanto maior for a desigualdade de renda maior a proporção de crianças pobres.

* **Vias psicossociais**

Sociedades com grandes desigualdades de renda geram níveis de estresse mais prejudiciais à população, especialmente aquelas em situação mais desfavorável. O estresse resulta em maior ansiedade, insegurança e falta de controle sobre suas condições de vida e de trabalho. Estes níveis elevados de estresse psicológico, diretamente ou através de comportamentos de risco, afetam a saúde.

* **Vias políticas públicas**

Maiores desigualdades de renda as quais resultam em investimentos mais limitados em políticas públicas, como no caso da saúde e educação, que são de particular importância para grupos de baixa renda.

As grandes desigualdades de renda dentro de um país também estão relacionadas com o aumento do risco de violência interpessoal. Evidências demonstraram que altos níveis de desigualdade coincidem com altas taxas de homicídio e altos índices de violência não fatal entre os setores mais pobres da população nos países industrializados (WHO, 2002). Os efeitos mais intimamente relacionados com as desigualdades de renda são mortes devido à violência, acidentes e álcool (países da Europa oriental e ocidental).

Os efeitos combinados destas vias tornam as desigualdades de renda uma questão política importante a partir de uma perspectiva de equidade em saúde. Além disso, é cada vez mais reconhecido que a redução das desigualdades de renda, juntamente com o crescimento da economia acelera a taxa de redução da pobreza (Banco Mundial, 2006).

Considerando que a pobreza é um determinante importante de má saúde na Europa, deve-se reconhecer o impacto positivo para a saúde que a redução das desigualdades de renda traz.

**Estratégias políticas para reduzir as desigualdades de renda**

* Reconhecer que o nível de desigualdade de renda em uma sociedade é passível de ser alterado;
* Descrever as possibilidades presentes e futuras para reduzir as desigualdades sociais relacionadas à renda através de benefícios pagos, impostos e serviços públicos. Em um dos países da Europa Ocidental antes da redistribuição de renda, o quintil composto pela parcela da população com a maior renda ganha 15 vezes mais que a renda encontrada no quintil com as pessoas com a renda mais baixa. Após a distribuição de benefícios pagos pelo governo esta proporção é reduzida para 6 e após o repasse de impostos locais e diretos essa relação cai para 5. Finalmente após o ajuste dos impostos indiretos e utilização de certos serviços públicos gratuitos, como acesso à saúde e educação, o maior quintil de renda torna-se apenas 4 vezes maior do que o quintil mais baixo de renda;
* Identificar e combater as políticas e ações que aumentam as desigualdades na renda e de riqueza;
* Regular o mercado orientando-o para a equidade e estratégias de crescimento da oferta de trabalho;
* Manter ou reforçar as políticas salariais ativas, onde os esforços são feitos no sentido de prover empregos seguros com um salário adequado, especialmente para aqueles em posição mais fraca no mercado de trabalho. Estabelecer níveis salariais mínimos seguros, através de acordos ou legislações, que sejam adequados e que eliminem os riscos da população trabalhadora empobrecer.
* Introduzir ou manter a tributação progressiva, relacionadas tanto à renda e aos diferentes créditos fiscais, de modo que as diferenças de lucro sejam reduzidas depois do ajuste dos impostos;
* Intensificar os esforços para eliminar as diferenças de renda com relação a gênero, garantindo a igualdade de salários por trabalhos iguais - independentemente do sexo;
* Aumentar ou manter o financiamento público para a saúde, educação e transporte público. Os efeitos distributivos desses serviços são significativos, em especial para os serviços de saúde – utilizar sistemas universais financiados de acordo com a capacidade de pagamento e utilizados de acordo com a necessidade;
* Definir metas nacionais para a redução das diferenças de renda;
* Monitorar a magnitude e as mudanças nas desigualdades de renda da mesma forma que qualquer outro importante determinante da saúde entre os grupos mais desfavorecidos.

III. Pobreza e saúde

A pobreza limita severamente a chance de viver uma vida saudável e ainda é uma das principais causas de má saúde na Europa (âmbito geral) e das desigualdades sociais em saúde (âmbito particular). A saúde precária também pode ser uma das principais causas do empobrecimento, já que compromete o orçamento familiar, o que pode levar as famílias e indivíduos a caminhar para a situação de pobreza. Por outro lado, a melhoria da saúde pode ser um pré-requisito para ser capaz de aproveitar oportunidades educacionais e aumentar o poder aquisitivo.

Estas três relações diferentes entre pobreza e saúde - a pobreza como causa de problemas de saúde, qualidade de saúde ruim como causa da pobreza e melhoria da saúde como forma de sair da pobreza - são descritas resumidamente a seguir, juntamente com alguma opções políticas para integrar estratégias de ações de saúde em estratégias abrangentes para a redução da pobreza.

* Pobreza como causa da saúde precária

Historicamente e globalmente, a pobreza tem sido a principal causa direta e indireta dos problemas de saúde e das desigualdades sociais em saúde. A população mais pobre não tem condições de viver vidas saudáveis e pode ser forçada a aceitar trabalhos insalubres. É preciso pensar em políticas orientadas para o mercado de serviços essenciais, como saúde, educação, habitação, água, eletricidade e transportes públicos. A população pobre não tem recursos para pagar o aumento de taxas ou preços de mercado para estes serviços.

O aumento da pobreza está relacionado ao aumento da vulnerabilidade. Altos níveis de estresse econômico, condições precárias de habitação, desemprego, acesso limitado aos serviços de saúde determinam estilos de vida insalubres o que aumenta o impacto sobre a saúde dos grupos expostos. O impacto da pobreza na saúde foi quantificado estimando-se o número de vidas que poderiam ser salvas pela prevenção da pobreza. Para um dos países da Europa estimou-se que eliminando crianças da pobreza em torno de 1.400 crianças menores de 15 anos de idade teriam suas vidas salvas (Williams, 2004).

Apesar de a pobreza ser "uma das maiores assassinas e uma das mais importantes causas de problemas de saúde e sofrimento em todo o mundo" (WHO, 1995) ela é raramente indicada como causa principal das doenças. A pobreza como causa de problemas de saúde é ainda menosprezada até na classificação CID 10. Ao invés de se afirmar explicitamente, a tendência é disfarçar as relações entre pobreza e problemas de saúde, usando terminologias enganosas. Doenças relacionadas com a pobreza, em países pobres, são muitas vezes referidas como doenças tropicais, embora muitas destas doenças tenham sido comuns no clima frio de países da Europa, quando estes eram pobres. Igualmente enganosa, num contexto europeu, é a tendência a referir que doenças cardiovasculares e diabetes são doenças da riqueza, pois aqueles com maior renda dentro de um país são aqueles com o menor risco para essas doenças.

A pobreza de um país pode ser definida em termos absolutos ou relativos.

**Pobreza absoluta** é geralmente definida em termos de recursos financeiros inadequados para a sobrevivência física. Definições de linhas de pobreza nacionais em termos absolutos diferem entre os países e dificultam comparações internacionais. É considerada linha da pobreza quem sobrevive com até 2,15 dólares/dia. Existem países da Europa com pobreza absoluta de 5%, entretanto, existem países, como o Tajiquistão com mais de 70% de sua população vivendo com menos de US $ 2,15 por dia. Em toda a Europa mais de 60 milhões de pessoas vivem na pobreza absoluta (Alam et al., 2005).

**Pobreza relativa** é definida em relação à sociedade. Dentro da União Europeia a pobreza é definida como viver com menos de 60% do rendimento mediano nacional. Com esta definição, cerca de 60 milhões de pessoas nos 15 países que pertencem à União Europeia (18% da população total) estavam em risco de pobreza relativa e da exclusão social (2004). A proporção da população que vive em situação de pobreza relativa varia na União Europeia, de menos de 10% a 20% (Judge et al., 2005).

No entanto, há diferença substancial mesmo entre estes países de alta renda. Por exemplo, na Dinamarca existe cerca de 7% das crianças vivendo em famílias pobres (Diderichsen, 2006). Por outro lado, na Inglaterra, a taxa de crianças vivendo em situação de pobreza se aproxima de 30%. A meta principal da política de saúde definida em 1999 visa reduzir 15% a pobreza infantil em 10 anos e aboli-la até o ano de 2020.

A questão da pobreza relacionada ao abastecimento (combustível) surgiu como uma preocupação social importante na Europa desde a crise do petróleo associada a aumentos nos preços da energia (meados dos anos 1970). Um número crescente de famílias vem enfrentando grandes desafios para pagar a energia necessária para aquecer suas casas. Uma pessoa que gasta mais de 10% de sua renda para manter-se quente pode ser considerada como sofrendo com a escassez de abastecimento (combustível). Com esta definição, em 2002, 1 milhão de casas inglesas foram consideradas com abastecimento pobre, e mais de 1 milhão pessoas foram consideradas vulneráveis a terem um abastecimento pobre.

Além de recursos financeiros muito limitados, no conceito da pobreza relativa também é possível incluir a noção de incapacidade de participação ou exclusão nas interações sociais normais em uma sociedade (Townsend, 1979). É essencial avaliar a profundidade e não apenas a extensão da pobreza – o chamado ”intervalo” de pobreza - entre aqueles abaixo da linha de pobreza. Isto é de particular importância em uma análise da pobreza como determinante de problemas de saúde e mortes prematuras. Quanto mais profunda a pobreza, maior é o impacto negativo sobre a saúde (Chien et al., 2002).

**Estratégias políticas para tratar a pobreza como causa da saúde precária**

* Desenvolver e reforçar estratégias abrangentes para reduzir a taxa global de pobreza e a longo prazo eliminação da pobreza, considerando as relações entre pobreza e saúde. A pobreza pode ser reduzida, por exemplo, com investimentos na promoção da saúde e prevenção de doenças, através de estratégias financeiras justas para os cuidados com saúde e pelo acesso a serviços essenciais de saúde de acordo com a necessidade, independentemente da capacidade de pagamento;
* Promover a igualdade entre os gêneros, com foco especial sobre aqueles que experimentam dupla carga, discriminação devido ao gênero e baixa posição social;
* Combater a pobreza infantil, dando prioridade inicialmente ao apoio médico, social e educativo às crianças desfavorecidas e também reforçar o apoio assistencial às famílias pobres e as famílias monoparentais;
* Aumentar a renda das famílias pobres através de:

- Políticas de equidade orientadas para o crescimento econômico e mercado de trabalho;

- Créditos fiscais para famílias de baixa renda;

- Níveis salariais mínimos que reduzam o risco de trabalhadores de baixa renda;

- Redução / eliminação das diferenças de renda entre os gêneros;

- Manter políticas de emprego ativas;

- Garantir ou ampliar os cuidados infantis e pré-escolares, o que aumenta as possibilidades dos pais terem uma renda com o trabalho fora de casa;

- Educação para adultos, incluindo oportunidades ao longo da vida para aprender novas habilidades;

- Pensões para a terceira idade que mantenham um padrão de vida financeiro decente para pessoas de baixa renda e grupos marginalizados;

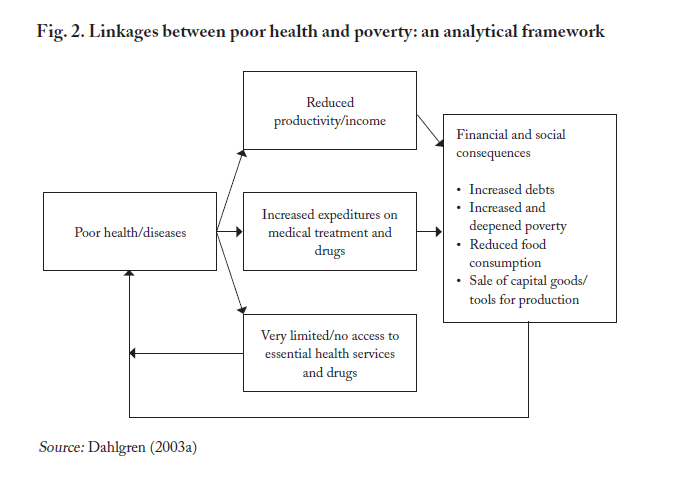
* Combater a pobreza de abastecimento através de 3 frentes:

Medidas de proteção social - para aumentar os rendimentos das famílias pobres; Medidas para melhorar a eficiência térmica das habitações, especialmente para pessoas de baixa renda e famílias vulneráveis; E medidas para controlar o preço da energia e melhorar sua conservação.

* Reconhecer que as possibilidades de redução da pobreza, em países de alta e média renda, estão menos relacionadas com os recursos econômicos e mais relacionadas a uma vontade política e um sentimento de solidariedade e confiança na sociedade como um todo. Se houver uma política, então, há possibilidades.
* Saúde precária como causa da pobreza

Precariedade na saúde é atualmente uma das principais causas da pobreza em muitos países de baixa renda, onde as famílias necessitam de um apoio público para não perderem rendimentos em decorrência da doença. Tais elementos ainda se relacionam com a perda da capacidade para o trabalho.

Custos elevados nos atendimentos de saúde afastam as populações desfavorecidas e dificultam ainda mais seu acesso aos serviços de saúde. O tratamento, quando uma determinada doença tornou-se mais evidente e grave será mais caro, ampliando ainda mais as despesas e riscos relacionados ao aumento dos problemas financeiros e da pobreza. Todos os membros daquele domicílio podem ser afetados com os custos com serviços de saúde, assim como pode comprometer os seus parentes.



Historicamente, quebrar esses vínculos entre saúde precária e pobreza tem sido uma importante parte do processo de desenvolvimento em toda a Europa. Essas relações foram enfraquecidas através de sistemas de seguros de saúde (que fornecem uma compensação adequada para a renda perdida devido a problemas de saúde) e de serviços de saúde pública (fornecidos gratuitamente ou a um custo muito baixo). Os efeitos positivos dessas reformas têm sido notáveis em muitos países europeus onde a saúde precária não é mais uma causa de grandes problemas financeiros e da pobreza.

Esta tendência positiva, que promoveu a equidade na saúde, agora está sendo lentamente revertida em alguns países europeus, onde os sistemas de apoio financeiro estão enfraquecendo - por exemplo, devido à exigência de pagar uma parte crescente das despesas médicas. Esta mudança de um modelo público para os privados (pagamento) nos serviços de saúde e também com a política de medicamentos tem ao longo dos últimos 10-15 anos, sido típica em muitos países da Europa Oriental e do Sudeste. Por exemplo, na Albânia a percentagem de gasto total com saúde - privada - aumentou de 23% para 38%, entre 1995 e 2000, ao mesmo tempo, a proporção total de gastos governamentais atribuídos aos cuidados de saúde diminuiu de 7,6% para 6,7% (Walters & Suhrcke, 2005).

Tais consequências negativas do financiamento privado estão começando a ser reconhecidas, estimulando um balanço de volta para uma maior participação do financiamento público. Por exemplo, na Rússia depois de um aumento no financiamento privado de 18,5% para 35,3%, entre 1995 e 1999, a participação privada caiu para 27,5% em 2000 (OMS, 2002). Grandes aumentos recentes no orçamento da saúde pública na Rússia são suscetíveis de reduzir ainda mais esta proporção.

As relações entre problemas de saúde e consequências financeiras graves incluindo a pobreza foram reforçadas pela situação da epidemia HIV / AIDS que tem sido uma das principais causas da pobreza em muitos países de baixa renda (WHO, 2002). É alarmante o fato de que a taxa de novos casos de HIV / AIDS nos países do leste da Europa está entre os mais altos do mundo (WHO, 2002).

**Estratégias políticas para enfrentar a armadilha da pobreza “médica”**

* Intensificar a prevenção e promoção da saúde, especialmente entre os

grupos socioeconômicos de maior risco;

* Monitorar os efeitos distributivos do financiamento público e privado de serviços de saúde, creches, nutrição escolar, serviços para idosos e serviços essencial de assistência social. Esta análise deve ser obrigatória e deverá ser discutida como parte do processo político democrático para quaisquer mudanças importantes nas estratégias financeiras para estes tipos de serviços;
* Manter ou desenvolver sistemas de seguros sociais públicos que compensem a renda perdida devido a problemas de saúde. O nível de compensação precisa ser suficientemente elevado para assegurar que as famílias de baixa renda possam viver uma vida mais saudável;
* Promover e garantir um nível de financiamento público dos serviços de saúde através de impostos ou sistemas de seguro de saúde público que elimine o risco de empobrecer devido a altos gastos médicos e que seja possível para essa população ter acesso a cuidados de boa qualidade, independentemente da capacidade de pagamento;
* Subsidiar medicamentos essenciais. A maior parte das despesas totais das famílias com a saúde são pagamentos realizados na aquisição de medicamentos. Esses gastos podem ser reduzidos com a prescrição de medicamentos genéricos igualmente eficazes, por uma regulação do mercado farmacêutico e estabelecendo-se um teto financeiro para pagamentos privados com medicamentos por ano, acima do qual as despesas são parcialmente ou totalmente financiadas por fundos públicos;
* Formular recomendações sobre questões do orçamento familiar incluindo aconselhamento para indivíduos e famílias com dívidas;
* Combater a corrupção. Os pagamentos informais na saúde pública (“por baixo dos panos”) constituem um grande problema não somente por aumentar o risco de famílias empobrecerem em decorrência de questões de saúde, mas também por dificultarem a manutenção e desenvolvimento de sistemas de saúde pública. Uma expansão dos sistemas obrigatórios de seguro de saúde pode reduzir os pagamentos informais se associados a esforços para informar os pacientes sobre o seu direito a serviços de saúde gratuitos ou quase gratuitos;
* Progressos na luta contra a pobreza decorrente de problemas de saúde devem ser cuidadosamente monitorizados com um sistema integrando estratégias de redução da pobreza e reformas do setor saúde.
* Melhorar a saúde como estratégia de combate à pobreza

Os esforços para melhorar a saúde entre as famílias pobres são, portanto, de importância fundamental para quebrar o círculo vicioso que relaciona a pobreza e problemas de saúde, o que também amplia as chances dos indivíduos sairem da pobreza através do trabalho (Chien et al., 2002).

Crianças em famílias pobres com pais saudáveis tem mais chance ter uma vida melhor do que filhos de pais pobres que estão enfrentando problemas mentais ou doenças relacionadas com o álcool. Crianças saudáveis pobres tem uma chance maior de obter melhores resultados na escola do que as crianças pobres que estão doentes. Além disso, um jovem pobre, mas saudável tem uma melhor chance de encontrar um trabalho quando sair da escola do que um jovem não saudável. Estratégias para a redução da pobreza que não consideram questões de saúde tendem a ser muito menos eficazes. Esforços para a redução da pobreza e para redução das desigualdades sociais em saúde se reforçam mutuamente e devem ser um dos focos em todas as políticas de desenvolvimento social e econômico.

**Estratégias políticas para a promoção da saúde como um caminho para sair da pobreza**

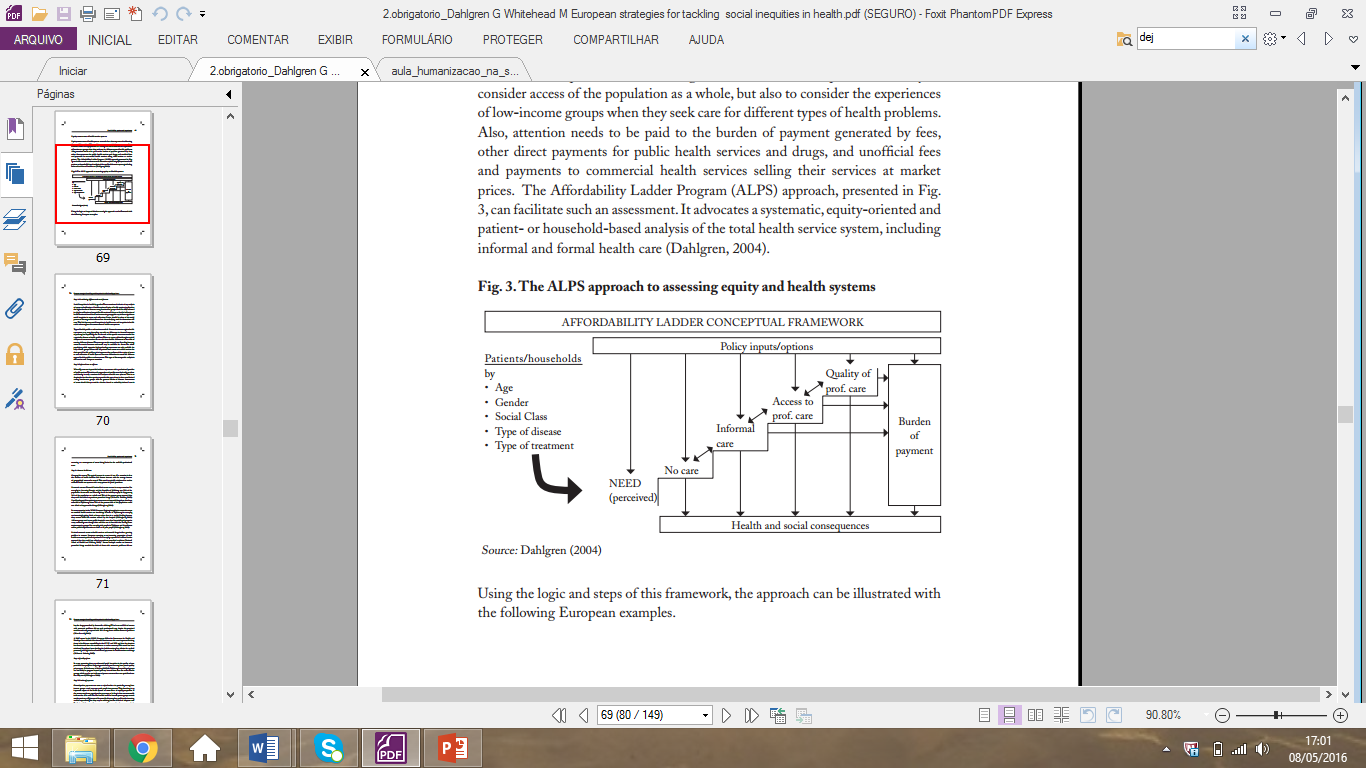
Promoção da saúde como um caminho para enfrentar a pobreza. Incluem as seguintes estratégias políticas:

* Direcionar investimentos para melhorar a saúde das pessoas que vivem na pobreza como ponto central de qualquer estratégia global de redução da pobreza. Esforços especiais devem ser feitos para reduzir as doenças incapacitantes crônicas e, que geralmente apresentam consequências financeiras mais graves para a população financeiramente desfavorecida;
* Desenvolver e implementar estratégias para a redução das desigualdades sociais em saúde como parte de estratégias globais para a promoção da saúde e prevenção doenças. Existem possibilidades para melhorar a saúde apesar da pobreza generalizada (Chien et al., 2002).

Experiência européia: Ações sobre a camada geral de determinantes sociais são importantes para redução das desigualdades sociais e para a melhora da saúde devido a melhorias nas condições de trabalho, alimentação, acesso a bens essenciais de serviço (educação, cuidados de saúde).

Políticas relacionadas aos determinantes distais, no entanto, envolvem vários setores. Sendo 4 setores-chaves apresentados a seguir:

1. **Educação:** Estreita associação entre educação e saúde, sendo diretamente proporcionais (Cavelaars, Kunst & Geurts, 1998). Como via direta sobre maior informação sobre saúde e como via indireta na conquista de melhores empregos, melhor renda, menores níveis de estresse. Impacto sobre as desigualdades na saúde: ao se conseguir melhores níveis escolares, é mais viável alcançar melhores empregos e melhor renda, que levam a melhor alimentação, moradia, segurança, participação social. Nesse sentido, a educação tem sido um canal de mobilidade social. Empowermwnt como resultado importante da educação devido ao seu papel incentivador da participação da comunidade dentro do processo democrático. Os direitos sociais tem importante função ao assegurar o acesso ao conhecimento dos direitos e responsabilidades quanto cidadão. Para isso, pode-se incluir as seguintes opções políticas: identificação e redução de barreiras econômicas, sociais ou outras para o acesso à educação em todos os níveis e promover educação continuada ao longo de toda a vida. Introdução de programas abrangentes para crianças menos privilegiadas, como creches, favorecendo o desenvolvimento pré-escolar com apoio público para que as chances sejam as mesmas que a de outras crianças. A longo prazo, esse tipo de incentivo público, se reflete na maior probabilidade de continuar na escola, de conseguir um emprego, de ganhar mais e diminuir as taxas de gravidez na adolescência. Promover a redução da segregação social dentro da escola (Bourdie). Garantir a existência de escolas em áreas menos favorecidas, com repasse de recursos extras para atender melhor às necessidades. Fornecer apoio suplementar aos alunos de famílias menos privilegiadas, como forma de reduzir as desigualdades de fundo socioeconômico. Ações de apoio para evitar que as crianças abandonem precocemente o ensino formal. Fornecimento de apoio extra na transição da escola para o trabalho. Desenvolver programas para educação de adultos ou formação profissional. Manter e desenvolver programas como Escola Saudável, com foco na equidade. Aumentar a atenção para os aspectos físico e psicossociais na escola, almoço saudável, promoção de atividade física, transporte seguro. Formação de professores para reconhecer e agir precocemente sobre sinais de alerta.
2. **Ambiente de trabalho:** os diferentes impactos na saúde do trabalhador devido ao ambiente de trabalho estão relacionados aos riscos a que esses são expostos, tanto químicos, biológicos, fatores físicos, condições ergonómicas, segurança e fatores psicológicos. Pessoas com menos controle sobre seu trabalho tendem a ter taxas de mortalidade mais elevadas (Bosma et al, 1997;. Hemingway, Kuper & Marmot, 2003; Wilkinson, 2005), sendo que quanto menor a posição social, maior o risco de se inserir/estar inserido em um trabalho insalubre. A falta de equilíbrio entre o esforço e a recompensa também estão associados com quadros de depressão e consumo de álcool (Pikhart et al., 2001; Walters & Suhrcke, 2005). Por outro lado, um ambiente de trabalho saudável pode contribuir como um determinante social positivo para a saúde, pois ele é uma forma de interação social. Intervenções sob a perspectiva da equidade: intervenções para reduzir problemas de saúde relacionadas a ocupação e a insalubridade. Formação dos profissionais para lidar com trabalhos perigosos e fazer mudanças na organização dos locais de trabalho (OMS, 2002). Para melhorar as condições psicossociais: Aumentar as possibilidades de empregados para influenciar a forma como o trabalho é realizado - em particular, nos locais de trabalho caracterizados por estresse insalubre. Analise da carga horária total no trabalho e em casa e explorar as possibilidades de introduzir horários de trabalho mais flexíveis (sem recorrer a insegurança de contratos de curto prazo), o que diminuiria o estresse insalubre. Isto é particularmente importante para as famílias de baixa renda com crianças pequenas, como possibilidade para ganhar tempo - por exemplo, através da contratação de serviços domésticos e compra de refeições prontas - são mais limitadas as famílias mais ricas. Grupos de baixa renda também são susceptíveis de ter horas de trabalho menos flexíveis e mais trabalho por turnos. Reforçar a legislação aumentando as possibilidades de garantir um ambiente saudável de trabalho: Aumentar a democracia no trabalho e facilitar um diálogo construtivo entre representantes de sindicatos de trabalhadores e empregadores. Manter ou desenvolver serviços de saúde ocupacional especiais que são de financiamento público e independentes dos empregadores. Dar a maior prioridade possível a prevenção primária, como os sistemas de alerta precoce para os riscos de saúde no trabalhar, incluindo os fatores de risco psicossociais. Desenvolver ou proteger os sistemas legais e marcos regulatórios que o tornam possível reduzir riscos para a saúde no trabalho, mesmo quando nenhum acordo voluntário possa ser alcançado entre empregador e empregados. Para desenvolver o trabalho como um espaço para promoção da saúde: O local de trabalho pode ser um cenário natural para uma ampla discussão sobre a prevenção de doenças e promoção da saúde, que, além de determinantes de saúde diretamente relacionado com o ambiente de trabalho, também aborda questões como o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e os efeitos positivos da uma dieta saudável e exercício físico. Esforços especiais devem, evidentemente, ser feito para explorar as possibilidades de ajudar aqueles em risco particular. prestadores de cuidados de saúde deve estar na vanguarda do desenvolvimento deste tipo de política de saúde orientada para a equidade no setor saúde. Surpreendentemente, o próprio sistema de cuidados de saúde exibe desigualdades sociais muito marcantes na saúde. Em maior risco estão os faxineiros, porteiros e auxiliares de enfermagem, enquanto médicos e os administradores seniores tendem a ter melhor saúde e melhores condições de trabalho. A análise sistemática dos principais determinantes dessas desigualdades, bem como ações para reduzi-los, podem servir a um propósito duplo. Em primeiro lugar, essas análises podem demonstrar participação nos esforços nacionais ou locais para combater as desigualdades sociais em saúde. Em segundo lugar, a experiência adquirida de capital-em-saúde dentro dos sistemas existentes, tais como um hospital, são susceptíveis de aumentar o conhecimento e interesse para as políticas de saúde orientadas para a equidade em geral.
3. **Desemprego:** O desemprego provoca problemas de saúde e morte prematura, incluindo a deterioração em saúde mental e o aumento do risco de suicídio (Bartley, 1994). Tem sido identificado como um dos dez mais importantes contribuintes para a carga total de doença na década de 1990 nos 15 países que pertenciam à UE até 1 de Maio 2004 (Diderichsen, Dahlgren & Vågerö, 1997). Níveis de desemprego em todo o continente são elevadas, variando de 3% a 16% e superior, e a tendência internacional de aumento dos níveis de desemprego mais as últimas três décadas, tem significado que tem sido uma preocupação constante para a maioria dos governos europeus (Duffy, 1998). No contexto europeu, o trabalho desempenha um papel central na sociedade: ele fornece o meios de adquirir renda, prestígio e um senso de valor e fornece uma maneira de participando e sendo incluído como membro de pleno direito na vida da comunidade. Estar desempregado exclui efetivamente as pessoas de tal participação e ao benefícios que o emprego traz. É difícil, no entanto, para estudar a relação entre desemprego e saúde em países com um grande informal economia, onde as taxas de desemprego oficiais não são susceptíveis de ser um verdadeiro reflexo das realidades do mercado de trabalho (Gilmore, McKee & Rose, 2002). O desemprego também pode ter um impacto negativo sobre a saúde as crianças em famílias com adultos desempregados. A proporção de todas as crianças que vivem em agregados familiares com adultos desempregados, em 2004, variou nos países da UE, de 2,0% para 16,8% (Judge et al., 2005). A percepção do risco de desemprego titular é também uma fonte de estresse insalubre. Consequentemente, a parte crescente da força de trabalho de trabalho com contratos temporários indica - para além do desemprego como tal – um determinante emergente de problemas de saúde. Impacto sobre as desigualdades na saúde: o fardo do desemprego não cai uniformemente em toda a população. O risco de desemprego na maioria dos países europeus aumenta com a diminuição status socioeconômico e é maior em grupos que já estão em uma posição vulnerável no mercado de trabalho (Duffy, 1998; Instituto Sueco para Saúde Pública, 2005). Grupos particularmente em risco incluem os trabalhadores não qualificados, pessoas com apenas alguns anos de escolaridade, famílias de baixa renda, mães solteiras, étnica minorias e imigrantes recentes (Duffy, 1998). Os principais mecanismos pelos quais os danos de desemprego saúde para estes grupos incluem: aumento da pobreza devido à perda de rendimentos; exclusão social e do consequente isolamento do apoio social; e mudanças nos comportamentos relacionados à saúde, como fumar, beber e à falta de exercício provocada por stress ou tédio. Também pode haver efeitos ao longo da vida, como um período de desemprego aumenta o risco de desemprego no futuro e danifica as perspectivas de carreira a longo prazo (Montgomery et al., 1996). Opções políticas para o desemprego e saúde: o impacto negativo na saúde contribui para que uma alta prioridade deva ser dada para reduzi-lo em qualquer estratégia de desenvolvimento económico. Está fora do escopo deste relatório descrever e analisar opões políticas diferentes para promover o pleno emprego. O ponto a ser feita aqui é que o desemprego é um importante determinante das desigualdades sociais em saúde, chamando para tais opções políticas como: prevenir o desemprego de acontecer, em primeiro lugar por: adoção de objetivos operacionais a nível nacional e internacional para a redução o desemprego e, gradualmente, assegurar o pleno emprego; promoção de políticas económicas e estruturas legais que estimulam ou mais promover o pleno emprego, incluindo esforços especiais para garantir que essas políticas também beneficiem aqueles em posição mais fraca no mercado de trabalho; crescente formação e educação para oportunidades de alta qualidade para as pessoas em risco - em especial, os desempregados de longa duração; políticas ativas de emprego, incluindo a criação de emprego e manutenção; incluindo a avaliação do impacto na saúde do desemprego devido a diferentes políticas económicas. Prevenir reduções drásticas nos rendimentos ou aumento da pobreza entre desempregados através do desenvolvimento ou manutenção de um apoio financeiro adequado ou prestações de desemprego; e garantir ligações efetivas entre a proteção social, a aprendizagem ao longo da vida e o reformas no mercado de trabalho. Melhorar caminhos que levem o desemprego de volta ao trabalho, incluindo sistemas ativos para procurar de trabalho, ações de formação e recursos especiais, tais como salários subsidiados e abatimentos de impostos para empregar a desempregados de longa duração, os deficientes, os jovens doentes crónicos e desempregados. Reforço das políticas de emprego para famílias, incluindo a disponibilidade de cuidar da criança. Melhorar a competência e capacidade do setor da saúde para prevenir o declínio na saúde devido ao desemprego - por exemplo, através da sensibilização de serviços de saúde mental - e para fornecer tratamento adequado para aqueles que sofrem do impacto negativo do desemprego sobre a saúde.
4. Serviços de Saúde: em toda a Europa, a mortalidade diminuiu drasticamente, enquanto a expectativa de vida tem aumentou dramaticamente, no início no final do século XIX em alguns países e início do século XX em outros. Na Inglaterra e os Países Baixos, que foram dois dos primeiros países a registar este aumento, a expectativa de vida aumentou de cerca de 40 anos a 60 anos de meados do século XIX pelo meados do século XX, e quase 80 anos, até ao final do século XX. É difícil avaliar o quanto de esta melhoria pode ser atribuída a tratamento médico, devido a tendência específica das doenças e as datas em que intervenções eficazes se tornaram disponíveis. Parece que a melhora da assistência médica desempenhou apenas um papel modesto até o século XX. A maior parte da melhoria na Inglaterra tem sido atribuída à melhora geral nos padrões de vida, a melhoria da nutrição e às reformas sanitárias públicas que trouxeram água limpa, melhores condições de moradia e condições de trabalho mais seguras (McKeown, 1976; Szreter, 1988; Guha, 1994). Mackenb, no entanto, tem revisitado a análise para os Países Baixos e estima que a assistência médica contribuiu entre 4,7% e 18,5% para o declínio da mortalidade entre 1875 e 1970 (Mackenb, 1996). Na segunda metade do século XX, o cuidado médico foi maior, embora não se note contribuição para aumentar a esperança de vida. Nos Países Baixos e Estados Unidos, por exemplo, de cuidados de saúde mais eficaz adicionou cinco anos a esperança de vida ao nascer (Mackenbach, 1996). Estes estudos de mortalidade, no entanto, fornecem apenas uma imagem parcial do impacto total na saúde dos serviços de saúde. Sem dúvida, a maior contribuição que a alta qualidade de serviços de saúde pode fazer é na redução da morbidade e de incapacidades, aliviando a dor e sofrimento, e melhorar a qualidade de vida das pessoas que ficam doentes. Quase todos em algum momento de sua vida experimenta estes benefícios, mas os cálculos do impacto na saúde quantificados não estão disponíveis para essas dimensões da saúde. As análises de sobrevivência de doenças para as quais existem tratamentos eficazes mostraram que todos os grupos socioeconômicos tiveram ganhos em sobrevivência no século XX. Para as causas de morte como a tuberculose, a apendicite e as condições neonatal - passíveis de tratamento - taxas de mortalidade na Inglaterra e no País de Gales diminuíram em 70% nos grupos de menor nível socioeconômicos e 80% nos grupos de maior nível socioeconômicos, entre 1930 e 1960. Este declínio diferencial das taxas de mortalidade resultou num alargamento do hiato mortalidade entre os grupos quando medido em termos relativos, mas num estreitamento das diferenças nas taxas de mortalidade absoluta (Mackenbach, Stronks & Kunst, 1989). Um estreitamento das desigualdades absolutas na mortalidade também foi relatado para os Países Baixos e da Suécia para as condições passíveis de tratamento em torno do nascimento. Tal evidência levou Johan Mackenbach a concluir que os cuidados de saúde tem desempenhado um papel importante na redução das desigualdades em saúde: "A introdução de assistência médica eficaz, auxiliado por talvez não seja uma perfeito, mas um grau no entanto muito considerável de acesso aos cuidados de saúde para o grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, tem causado as diferenças de mortalidade a diminuir, pelo menos, em termos absolutos "(Mackenbach, 2003: 527). A continuação da existência de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde - encontrada mesmo em os sistemas de segurança social mais avançados da Europa -, portanto, enfatiza direitos de acesso (Whitehead e Dahlgren, 2007). Ter acesso a cuidados de saúde eficazes negado ou limitado quando necessário é uma negação dos direitos humanos em uma sociedade civilizada. Este direito a serviços essenciais de saúde, de acordo com a necessidade e independentemente da capacidade de pagar, também se expressa como um objetivo principal em muitos documentos de política e declarações feitas em toda a Europa. Os ministros da saúde da Bélgica, Alemanha, Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido expressou estes objetivos com as seguintes palavras em um comunicado conjunto, em Agosto de 2005 (Judge et al., 2005: 17): "*Os valores fundamentais de equidade, universalidade e solidariedade sustentam os sistemas de saúde de toda a Europa. Todos os nossos sistemas, embora variem muito em como eles são organizados, gerido e financiado, procuramos fornecer a igualdade de acesso à alta qualidade, serviços de saúde eficientes e financeiramente sustentáveis ​​para toda a população, com base em necessidade, em vez de capacidade de pagamento. Todos os sistemas são baseados na solidariedade - entre doente e saudável, entre pobres e ricos, entre jovens e velhos, e entre aqueles que vivem em urbana e áreas rurais* ". O compromisso com estes valores é muito forte, como foi sublinhado pela OMS Escritório Regional para a Europa (2005c). "*Não há praticamente nenhum país da Região Europeia da OMS onde seria aceitável ou útil para uma autoridade nacional de saúde para declarar que não se destacam por justiça, equidade, solidariedade e participação generalizada, ou a tomar medidas que coloquem em perigo esses valores. Qualquer sociedade europeia não concebe a saúde e nem serviços de saúde como mercadorias normais de mercado que podem ser privatizadas para o lucro*”. A experiência real das famílias de baixa renda em toda a Europa, no entanto, é muitas vezes longe de objetivos como estes. A lei cuidado inverso - "*a disponibilidade de boa assistência médica tende a variar inversamente com a necessidade de que na população atendida*" (Hart, 1971) - ainda é evidente na maioria dos países da Região Europeia. Além disso, a situação agravou-se em alguns países desde o início da década de 1990. As desigualdades no acesso à alta qualidade, serviços de saúde acessíveis e drogas têm geralmente aumentado nos países da Europa Central e Oriental, em particular, mas isto pode também ser visto na Europa Ocidental. Esta tendência negativa é visto até mesmo durante os períodos de elevado crescimento económico. Estas desigualdades sociais no âmbito dos sistemas de saúde tem muitas dimensões, que são relacionado com o sistema informal de cuidados de saúde e ao acesso e qualidade e acessibilidade de, serviços profissionais de saúde e medicamentos. A magnitude das desigualdades observadas também pode ser muito diferente para diferentes tipos de cuidados. Essas desigualdades podem ser plenamente respeitadas e compreendidas a partir de uma perspectiva do usuário. Avaliações de equidade dos sistemas de saúde são necessárias, como um primeiro passo no sentido de abordar essas desigualdades sociais. Ao fazer uma avaliação, é importante não só para considerar o acesso da população como um todo, mas também a considerar as experiências de grupos de baixa renda quando eles procuram cuidados para diferentes tipos de problemas de saúde. Além disso, a atenção deve ser dada para a carga de pagamento geradas por taxas, outros pagamentos diretos para os serviços públicos de saúde e medicamentos, e taxas não oficiais e pagamentos para serviços de saúde comerciais a vender os seus serviços no mercado de preços. A abordagem Programa de Acessibilidade Ladder (ALPS), apresentado na Fig. 3, pode facilitar essa avaliação. Ele defende uma sistemática, orientada para a equidade e análise-paciente ou à base de agregado familiar de todo o sistema de serviços de saúde, incluindo cuidados de saúde formais e informais (Dahlgren, 2004).



**FIG. 3. A abordagem ALPS aos sistemas de equidade e de saúde que avaliam**

Usando a lógica e os passos deste quadro, a abordagem pode ser ilustrado com os seguintes exemplos europeus.

**Passo 1.** Considerando-se diferenças na necessidade de cuidados as desigualdades sociais em saúde por faixas. Elas constituem a base de qualquer análise de acesso e utilização de serviços de saúde. A equidade dos serviços de saúde implica que a maior carga de doença entre os grupos de baixa renda devem ser totalmente refletido em uma maior utilização de serviços de saúde essenciais. Se o mesmo nível de utilização da serviços de saúde é encontrada em todos os grupos socioeconômicos, isso pode indicar significativa as desigualdades sociais no acesso e utilização. Aviso deve ser tomado do social padrão de doença, pois isso indica como a necessidade subjacente para os serviços será variar. Esta ligação entre as desigualdades sociais no estado de saúde e as desigualdades de cuidado em saúde são muitas vezes negligenciadas nas avaliações dos sistemas de saúde. O sistema de cuidados pode variar em função não apenas nas diferenças de recursos financeiros dos pacientes, mas dependendo também do custo do tratamento específico necessário para uma doença ou problema de saúde particular. Isto pode parecer óbvio, mas típico análises de acesso aos serviços não levam em conta as diferenças nos custos de o tratamento de doenças diferentes. Eles tem em média os custos os cuidados. Na realidade, no entanto, acesso a determinados tratamentos de baixo custo pode estar disponível para quase toda população, enquanto caros tratamentos de alta tecnologia estão disponíveis apenas para grupos muito ricos. Dado que todos os pacientes procuram o acesso a serviços médicos para seu problema de saúde em especial, é importante que as análises do equidade de acesso e utilização dos sistemas de saúde também trace diferenças no acesso para diferentes tipos de problemas de saúde e tratamentos. Este tipo de análise específica da doença é ainda raro na maioria dos países europeus.

**Passo 2.** Os cuidados informais ou autocuidado - quando doente, a maioria dos cuidados é fornecido sem qualquer contato com um profissional prestador dos serviços de saúde. Esse cuidado informal, realizada como autoatendimento ou por membros da família e amigos, raramente é mencionado em análises de sistemas de cuidados de saúde. Apesar do fato de que a capacidade de fornecer esse tipo de atendimento é muitas vezes mais limitada entre os grupos de baixa renda com a maior carga de doença. Na avaliação de acesso deve sempre considerar se o cuidado informal forçado ou insalubre ocorre em consequência de o acesso ser limitado ao profissional disponíveis.

**Passo 3**. O acesso aos cuidados de saúde – Acesso geográfico. O padrão típico na maioria - se não todos - os países é que o número de unidades de saúde e os médicos aumentar com a renda média áreas de geográficas para ser servido. Esta tendência é geralmente reforçada no mercado sistemas de saúde orientados com muitos privado para provedores de lucro. Barreiras de acesso financeiro limitam o acesso aos cuidados em muitos países. Por exemplo, na Armênia, Geórgia e a República da Moldávia, mais de 50% do população não procuram cuidados quando estão doentes, devido à incapacidade de pagar. No Quirguistão, 36% da população como um todo e 70% do grupo mais pobre que relataram eles não poderiam ter recursos para comprar medicamentos prescritos (Walters & Suhrcke, 2005). Igualmente desigualdades substanciais no acesso aos cuidados e medicamentos essenciais também têm sido registrados no Tajiquistão, onde 70% do quinto mais pobre da população poderia não ter recursos para comprar medicamentos prescritos (Falkingham, 2004). Em muitos países da Região Europeia da OMS, as desigualdades no acesso económico para a saúde essencial de serviços estão a aumentar. Mulheres no Tajiquistão, por exemplo, estão dando cada vez mais à luz em casa, em vez de em um centro médico, porque eles não podem pagar os serviços oferecidos pelo hospital (Falkingham, 2004). Grupos afluentes tendem a usar hospitais públicos mais de grupos menos privilegiados em muitos países, embora a sua necessidade de cuidados seja menor do que entre os mais baixos grupos socioeconômicos. Por exemplo, as pessoas ricas no Tajiquistão e Cazaquistão utilizar hospitais públicos o dobro do que as pessoas pobres (Falkingham, 2001). O acesso económico aos serviços de saúde e medicamentos essenciais é também um crescente problema nos países da Europa Ocidental, como uma proporção crescente do total os custos dos cuidados de saúde é pago fora do bolso. Por exemplo, um quarto de milhão de suecos informou que eles não poderiam ter recursos para comprar medicamentos prescritos (National Conselho de Saúde e Bem-Estar, 2002). Recentes estudos aprofundados sobre o acesso aos medicamentos prescritos revelou que 60% das pessoas com problemas económicos não comprar os medicamentos prescritos pelos médicos. Além disso, 27% dos homens e 28% das mulheres com os problemas econômicos não procurar atendimento profissional, apesar da percepção precisam de tais cuidados, em comparação com 10% entre aqueles sem problemas económicos (Wamala et al., 2006). Um relatório de 2005 pelo Instituto Europeu da OMS para o Investimento para a Saúde e Desenvolvimento concluiu que os obstáculos financeiros foram os mais importantes limitando fator na acessibilidade aos cuidados de saúde na CCEE e NIS e que a situação se deteriorou desde a transição para uma economia de mercado. Esta tendência tem sido reforçada por financiamento estatal reduzida para os serviços de saúde, os baixos salários para médicos pessoal, e altos pagamentos informais e formais para serviços de saúde e medicamentos (Walters & Suhrcke, 2005).

**Passo 4**. A qualidade do atendimento - Em muitos países, existem desigualdades sociais substanciais na qualidade dos cuidados fornecidos. As pessoas pobres na Bulgária, especialmente as mulheres pobres, têm pior qualidade cuidados primários (Balanbanova & McKee, 2002). No Tajiquistão, grupos menos privilegiados são menos propensos a progredir além de serviços de cuidados primários, que pode ser um indicador de menor acesso aos cuidados mais especializados que eles precisam (Falkingham 2004).

**Passo 5.** Fardo de pagamento – pagamentos “Fora do Bolso” pode causar um grande encargo, em particular, entre os grupos de baixa renda - e pode até empurrar as pessoas para a pobreza. Este, por conseguinte, é um aspecto importante do sistema de saúde para avaliar do ponto de vista da equidade. E se a avaliação mostra baixos pagamentos “Fora do Bolso”, isso não significa necessariamente que está tudo bem. A baixa carga poderia ser porque os grupos mais pobres não podem utilizar todos os serviços, por causa dos custos. Neste caso, eles não estariam incorrendo despesas médicas, mas eles podem estar sofrendo por causa da falta de cuidados adequados. Para distinguir entre estas duas causas de baixos pagamentos “Fora do Bolso”, tanto a carga de pagamento para as pessoas que fazem uso de serviços de saúde e na medida em que diferentes grupos socioeconômicos não usam serviços de saúde por causa da custo precisam ser analisados. Para avaliar quando um certo nível de despesas de saúde é inviável, é útil para expressar os custos como uma percentagem do orçamento familiar disponível ou a renda do paciente. Este tipo de análise por grupo socioeconômico no Cazaquistão revelou que pacientes pobres que necessitam de cuidados hospitalares gastaram o equivalente a mais que o dobro de sua renda mensal para esse atendimento. Pacientes ricos gastaram o equivalente a um pouco mais de metade de sua renda mensal, que ainda representa um fardo pesado (Lewis, 2000). Como cuidados hospitalares é pouco frequente, é importante analisar pagamentos “Fora do Bolso” total para cuidados e drogas primário, bem como cuidados em regime de internamento. Em uma análise da carga de pagamento, análises têm de ser feitas de a medida em que diferentes grupos socioeconômicos se beneficiam dos subsídios públicos existentes. O padrão típico em muitos países é que a maioria destes benefícios são capturadas por grupos de pessoas que estão em melhor situação. Isto, por exemplo, é a situação na Arménia, onde o quinto mais pobre da população beneficiou de (Usado) apenas 13% do total dos gastos públicos, enquanto o quinto mais rico usado quase 40% (Banco Mundial, 2002). Um problema especial em muitos países da CCEE e NIS são os níveis muito elevados, as taxas informais (por baixo do pano a) não regulamentados, que contribuem para os pagamentos oficiais pago pelos pacientes. Este tipo de pagamento é como um câncer em qualquer sistema de saúde pública, em que transfere os benefícios de financiamento público de pacientes aos prestadores e faz com que as despesas privadas de serviços públicos cada vez mais semelhantes aos custos para serviços comerciais. Neste contexto, é um grande problema de ambos uma perspectiva individual e social que a maioria dos pacientes em muitos países são obrigados a pagar essas taxas informais. A percentagem de doentes que pagam taxas informais é de 91% na Arménia e 78% no Azerbaijão. O custo médio de pagamentos informais na Bulgária foi equivalente a 21% do salário mínimo mensal (Balabanova & McKee, 2002). O problema parece estar aumentando em muitos países. Na Albânia, por exemplo, o percentual de pessoas que pagam menores taxas informais aumentaram de 20% em 1996 para mais de 80% até o ano de 2000 (Lewis, 2000). O impacto sobre as desigualdades de acesso à saúde, de baixa qualidade e uma substancial encargos financeiros de pagamento ainda não foi estimado nesses países. Lá são, no entanto, boas razões para acreditar que os efeitos negativos da má saúde e mortes prematuras são substanciais em muitos países da CCEE e NIS. As desigualdades nos sistemas públicos são ainda maiores, onde há uma grande empresa sistema de saúde, a prestação de serviços apenas para aqueles que podem pagar o preço de mercado para esses serviços. Há razões, portanto, especiais para analisar em profundidade o impacto sobre as desigualdades sociais em saúde e cuidados de saúde de reformas dos cuidados de saúde que promovam o papel dos serviços (comercial) de saúde privadas sem fins lucrativos. Embora essas desigualdades sejam muito mais pronunciadas na CCEE e NIS, problemas similares de menor magnitude são encontrados na Europa Ocidental, com uma tendência semelhante de aumentar os pagamentos” fora do bolso”. Por exemplo, pagamentos” fora do bolso” e outros pagamentos privados diretos para serviços de saúde e medicamentos aumentaram de 10 a 16% do total das despesas de saúde durante a década de 1990 na Suécia. Um quarto de pessoas entre um milhão de suecos no ano não podiam se dar ao luxo de comprar medicamentos prescritos (Conselho Nacional de Saúde e Bem-Estar, 2002). Políticas de saúde orientadas ao capital, resolução 2001, aprovada por todos os 52 ministros da saúde na Europa, cobrada a OMS Gabinete Europeu de Investimento para a Saúde e Desenvolvimento em Veneza com a tarefa de análise e provas divulgação sobre o que os cuidados de sistemas de saúde podem fazer para reduzir os efeitos da pobreza e da desigualdade na saúde. Para isso, o Gabinete de Veneza tem vindo a promover a abordagem nas seguintes frentes para os sistemas de saúde (Ziglio et al., 2003).

1. Confrontar a lei de cuidados inversa (encontrado em todos os países europeus), em que "o disponibilidade de bons cuidados médicos tende a variar inversamente com a sua necessidade na população a ser servido "(Hart, 1971) - por exemplo, a melhoria da cobertura elegibilidade, o acesso geográfico e cultural, e alocação de recursos equitativa.

2. Impedir que os serviços de saúde de causar a pobreza - por exemplo, a atenção para financiamento e encargos de pagamento.

3. Ajudar a aliviar os danos à saúde causados ​​por determinantes mais vastas da saúde – por exemplo, fornecendo serviços de proximidade para os desabrigados e outros difíceis de alcançar as pessoas que vivem na pobreza

A necessidade e a possibilidade de desenvolver esta abordagem com essas frentes são muito diferente em países de alta, média e baixa renda dentro da região Europeia. Além disso, as reformas do setor da saúde só pode começar, e basear-se, existindo sistemas de saúde, que diferem grandemente em toda a Europa. Consequentemente, estratégias específicas para a redução das desigualdades sociais dentro do sistema de saúde só podem ser desenvolvidas num contexto específico do país.

As seguintes questões gerais, opções e experiências de políticas devem, contudo, ser considerados no desenvolvimento eficientes, as reformas do setor de saúde equitativa para um país específico: Reforçar a boa cuidados informais ou autocuidado - Formulação de políticas públicas é contribuir para reforçar as possibilidades de fornecer um bom cuidado informal ou autocuidado, em particular, entre as famílias de baixa renda. Isso poderia incluir o apoio público para melhorar a litrácea e serviços que proporcionam alívio de saúde para os familiares que prestam cuidados informais para crianças doentes ou parentes idosos. Alguns países também embarcou em outras estratégias para melhorar as habilidades e qualidade dos prestadores informais. Uma grande responsabilidade para aqueles formulação e implementação de políticas de saúde e de cuidados de saúde é analisar em que medida reformas do setor de saúde e diferentes políticas de saúde reduzem ou aumentam os cuidados informais forçados ou insalubre, ou ambos. Promover perspectivas intersetoriais - o setor de saúde é um dos muitos determinantes da saúde. Esta perspectiva intersetorial no desenvolvimento da saúde é raramente plenamente reconhecidos entre aqueles que trabalham no setor da saúde. A saúde pode até ser vista como o mais importante determinante da saúde sem analisando a importância de outros determinantes. Esta visão estreita da saúde limita as possibilidades de desenvolver estratégias de equidade intersetorial para a saúde. Por isso, é importante alargar a perspectiva e ativamente estimular o diálogo e a colaboração com outros sectores, que podem incluir: combater os determinantes mais da saúde mais diretamente - por exemplo, por prestação de serviços de extensão intensificados através de parcerias formadas com agências fora do setor da saúde. Informações sobre as causas, magnitude e distribuição da saúde diferente problemas que são de importância para melhorar os esforços dentro de cada setor para prevenir doenças e promover a saúde; desenvolvimento e uso de diferentes métodos para o impacto de saúde equitativa; ações intersetoriais para a saúde, onde os representantes de diferentes setores trabalham juntos no planejamento e implementação de projetos e programas relacionada com a saúde orientada para a equidade; colaboração intersectorial, a fim de facilitar a prestação de serviços aos marginalizados, grupos difíceis de alcançar, como os sem-teto e certo minorias étnicas. Enfatizar que os serviços de saúde pública não deve ser definido como uma mercadoria em um mercado comercial. Experiências em todo o mundo ilustram claramente que a equidade no âmbito dos sistemas de cuidados de saúde não podem ser atingidos num mercado comercial. Isto é, portanto, crucial para excluir os serviços de saúde financiados com recursos públicos de livre comércio em geral de acordos promovidos pela Organização Mundial do Comércio e na UE. Promover políticas fiscais que prendem um financiamento público adequado: é possível alocar fundos públicos de acordo com a necessidade, independentemente da capacidade de pagamento, enquanto privada pagamentos a fornecedores comerciais não podem ser atribuídos dessa maneira. Consequentemente, tentativas para reduzir as desigualdades na área da saúde precisam de sistemas com uma grande parcela de financiamento público. Os formuladores de políticas no setor da saúde, portanto, precisam se engajar em análises de políticas fiscais alternativas. Além das políticas fiscais nacionais, é também importante considerar a possibilidade de desenvolver sistemas fiscais internacionais, tais como os impostos sobre transferências financeiras, os transportes aéreos e os esforços para limitar a evasão fiscal para paraísos fiscais no exterior. Ele está fora do escopo deste relatório para apresentar e analisar opções nacionais e internacionais em matéria de política fiscal. O ponto a ser feito é que tais análises são de importância crítica, em que a globalização reduz a capacidade de governos nacionais para levantar fundos fiscais adequados a partir de fontes nacionais. Informações sobre as causas, magnitude e distribuição da saúde de diferente problemas que são de importância para melhorar os esforços dentro de cada setor para prevenir doenças e promover a saúde; desenvolvimento e uso de diferentes métodos para o impacto equitativo na saúde; ações intersetoriais para a saúde, onde os representantes de diferentes setores trabalham juntos no planejamento e implementação relacionada com a saúde orientada para a equidade projetos e programas; e colaboração intersetorial, a fim de facilitar a prestação de serviços aos marginalizados, grupos difíceis de alcançar, como os sem-teto e certas minorias étnicas. Enfatizar que os serviços de saúde pública não deve ser definido como uma mercadoria em um mercado comercial. Experiências em todo o mundo ilustram claramente que a equidade no âmbito dos sistemas de cuidados de saúde não podem ser atingidos num mercado comercial. Isto é portanto, crucial para excluir os serviços de saúde financiados com recursos públicos de livre comércio em geral acordos promovidos pela Organização Mundial do Comércio e na UE. Desenvolver ou manter o sistema de pré-pagamento público - principalmente através de impostos ou diferentes tipos de seguro de saúde pública, ou ambos, um grande desafio é garantir que essas estratégias financeiras são não prejudicada por reduções no financiamento público, aumento de taxas de utilização ou privada esquemas de seguro de saúde, ou ambos. Além disso, é fundamental que os recursos públicos disponíveis sejam alocados de acordo com a necessidade, independentemente da capacidade de pagamento. Os prestadores privados para fins lucrativos de serviços de saúde financiados com recursos públicos também podem enfraquecer o financiamento público. Estes fornecedores comerciais têm interesse em dar prioridade aos pacientes pagando privada, como eles tendem a ser mais rentável do que o financiamento público pacientes. É neste contexto que o Parlamento sueco, em 2005, introduziu uma lei que tornou ilegal para os hospitais financiados publicamente a aceitar pacientes privados que pagam “fora do bolso” ou através de seguros privados de saúde. Esta lei foi, entretanto, removida em 2007 (depois de as partes maioria no Parlamento passou de "esquerda" no sentido de "direita"). Em países onde os pagamentos formais e informais privados para os serviços de saúde (Incluindo cuidados dentários) e drogas constituem uma parcela grande e muitas vezes aumentando do total dos custos de cuidados de saúde, a única opção viável para reduzir as desigualdades na assistência é uma mudança gradual para esquemas de pagamento antecipado públicas. Esta foi também a conclusão consagrada na resolução WHA 58/33 adotada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde. Uma abordagem gradual, em que as taxas de utilização elevadas são substituídos por fundos públicos através de impostos ou regimes de seguro de saúde pública, ou ambos podem incluir: aumento do financiamento público para melhorar a capacidade e qualidade do existente do sistema público de saúde - em particular, para o tratamento de doenças relacionadas com a pobreza; cartões de seguro de saúde financiados por impostos prestados gratuitamente ou a um custo marginal para pessoas ou famílias e crianças pobres; desenvolvimento de planos de saúde com base no empregador que incluem a família membros; exploração do potencial para conectar sistemas de seguro de saúde pública existentes, para facilitar a subvenções cruzadas entre diferentes sistemas; e desenvolvimento de planos de saúde subsidiados compulsórios que, juntamente com outros planos de saúde já estabelecidos, pode conseguir cobertura universal. Está fora do escopo deste relatório é descrever e analisar opções específicas do país para atingir gradualmente a cobertura completa. A partir de uma equidade na saúde e perspectiva de cuidados de saúde, no entanto, a experiência indica claramente que esquemas de seguro voluntários de saúde e planos de saúde privados sem fins lucrativos, em particular, deixam de servir aqueles com maior necessidade de cuidados. Eles também minam a possibilidade de desenvolver regimes de seguro de saúde pública obrigatórios, em quais os grupos de pessoas que estão em melhor situação subsidiam o cuidado de grupos menos privilegiados economicamente. Desenvolver formas de alocação de recursos de acordo com a necessidade: os recursos podem ser alocados entre as diferentes áreas administrativas, usando um índice com base em necessidades específicas, que leva em consideração não apenas o tamanho da população e estrutura etária, mas também leva em consideração as desigualdades sociais no estado de saúde. A transformação para uma alocação de recursos baseada em necessidades deve ser gradual, devido à já existente estruturas físicas e outras restrições. Só fundos públicos podem ser alocados de acordo com a necessidade, desta maneira, pagamentos privados” fora do bolso” ou através de regimes de seguros privados de saúde não pode ser redistribuídos para os que não podem pagar. Taxas oficiais podem, em teoria, ser transferida de ricos para áreas pobres, mas isso é muito raramente feito na prática. Os pagamentos comerciais aos fornecedores devem, no entanto, serem considerados quando um país decide sobre critérios com base nas necessidades de alocação de fundos. Ele também pode ser apropriado, em particular, em países com altas taxas de usuário - que levar em consideração a receita de taxas de utilização, como eles são geralmente mais elevadas em áreas que estão em melhor situação. A transição para uma alocação baseada em necessidades de recursos é de particular importância em países que ainda usam o número de camas hospitalares como critério de alocação de recursos. Uma alocação baseada em camas reforça existente geográfica de desigualdades e bloqueia as oportunidades para desenvolver um patrimônio orientado pela eficiência do sistema de saúde. Limitar a fuga de cérebros: Um grande problema em alguns países de baixo e médio rendimento é que são oferecidos melhores salários e outros benefícios no exterior ao pessoal médico qualificado e, portanto, deixam o seu próprio país. O mesmo tipo de dreno existe a partir do público para o setor de saúde comercial dentro dos países. Isso amplia as desigualdades no sistema de saúde, como provedores comerciais servem principalmente grupos que estão em melhor situação e não pode atender às necessidades de cuidados caro entre as pessoas pobres. Há pouca capacidade de limitar este tipo de fuga de cérebros dentro um país, e isso raramente é discutido. Por conseguinte, é importante analisar se, e em que medida, um setor de saúde comercial em expansão limita as possibilidades para manter e desenvolver serviços públicos de saúde em áreas de baixa renda e para pacientes de baixa renda. Reduzir a carga de pagamento: O fardo do pagamento na saúde orientada para o mercado sistemas de cuidados é maior entre grupos de baixa renda, apesar de terem o menor capacidade de pagamento e a maior necessidade de cuidados. A maneira de reduzir este fardo do pagamento é desenvolver estratégias financeiras justas com base em pré-pagamento público esquemas, tal como descrito anteriormente. Estes regimes devem também incluir subsídios de medicamentos essenciais, como despesas com medicamentos, muitas vezes constituem uma parte importante de uma gastos com a saúde da família. O controle mais rigoroso dos preços dos medicamentos, aumento da utilização dos genéricos, e as possibilidades de obter empréstimos a juros baixos para pagar os serviços de saúde (Incluindo cuidados dentários) e as drogas podem ser outras opções viáveis ​​para reduzir o fardo de pagamento. As possibilidades de financiamento de serviços de saúde devem, portanto, sempre ser apresentados e analisadas ​​tanto da perspectiva de governo e do usuário. Monitorar as desigualdades dentro do sistema de saúde: os diferentes tipos de desigualdades dentro do sistema de saúde devem ser cuidadosamente monitorizados e relatados, não só para profissionais e políticos, mas também para o público em geral. Esforços especiais também devem ser feitos para desenvolver uma agenda de cuidados de saúde. Isto poderia mostrar se, e em que medida, diferentes reformas e políticas do setor contribuem para a redução das barreiras e outros problemas experimentados por pessoas (em geral) e os grupos de baixa renda (em particular).

**Camada 3: Políticas de inclusão sociais e comunitárias**

Na última década, o interesse aulmentou na terceira camada do Arco-íris – relações sociais e comunitárias – como determinantes da saúde da população em geral e, particularmente, das desigualdades de saúde nos países. Parte deste campo – a evidência do que é variadamente chamado de *teoria do ambiente psicossocial*, *capital social* e *coesão social* – tem sido calorosamente debatido, tornando-se algo parecido a um campo minado.

Sem entrar em pequenos detalhes do debate, delineamos aqui algumas distinções fundamentais que precisamos ter em mente para pensarmos sobre as opções de políticas mais efetivas para equidade em saúde relacionadas a essa camada de influência.

**Redes sociais em contexto (Ou, contextualizando redes sociais?)**

Berkman & Glass (2000) resumem o corpo/ a estrutura de evidência desta camada de influências, “A natureza das relações humanas – o grau em que o indivíduo está interconectado e incorporado em uma comunidade – é vital para a saúde e o bem-estar de um indivíduo assim como para a saúde e a vitalidade de populações inteiras.”

Eles propõem um modelo conceitual que prevê redes sociais integradas a montante contextos sociais e culturais que condicionam a extensão, natureza e forma das redes. A função e a estrutura da rede, por sua vez, influenciam a jusante[[1]](#footnote-1) apoio social, compromisso, acesso a recursos e comportamento social e interpessoal, que são mostrados na Fig. 4.

**Figura 4: retrato conceitual de como as redes sociais tem inpacto na saúde por Berkman e Glass**

Condições estruturais e sociais (nível macro) como: cultura, estrutura socioeconômica e política **-----influencia na extensão, forma e natureza de----🡪** redes sociais (nível médio) como: estrutura de rede social **-----que promove oportunidades para----🡪** mecanismos psicossociais (nível micro) como: apoio social, contato pessoa-a-pessoa, acesso a recursos, comportamento interpessoal **-----que tem impacto na saúde através de----🡪** vias como: vias de comportamentos de saúde (fumo, consumo de álcool), vias psicológicas

O modelo ajuda a sugerir entradas políticas potenciais nas vias desde o nível macro até o micro. Primeiro, contudo, a saúde em geral assim como a perspectiva de inequidade em saúde precisam ser dicernidas.

**Impacto na saúde geral**

Uma distinção precisa ser feita entre níveis individuais e populacionais de impacto na saúde. Em um nível individual, há forte evidência de que alguns tipos de redes sociais, participação social, e relações sociais de apoio são benéficos para a saúde de uma pessoa. Pessoas com redes sociais fortes, por exemplo, tem mortalidade que é metade ou um terço do que a das pessoas com vínculos sociais fracos. Reciprocamente, pessoas que são disconectadas ou isoladas dos outros tem risco aumentado de morte prematura. Baixos níveis de controle no trabalho e de apoio social são preditores de doenças coronarianas cardíacas e de prejuízo na saúde mental.

Em um nível populacional, há características do contexto social coletivo (como vizinhança, comunidade e sociedade), externas ao indivíduo, que influenciam o nível de saúde experenciado por essa população. Grande desigualdade de renda, em estados dos Estados Unidos e entre outros países de alta renda, está associada com piores níveis de auto-avaliações de saúde e mortalidade nessas populações. Alguns pesquisadores encontraram associações entre níveis de confiança interpessoal, iniciativa para ajudar uns aos outros, e densidade de participação em grupos, por um lado, e melhores níveis de saúde populacional, por outro. Outros pesquisadores não foram capazes de encontrar essa mesma relação tratando das diferenças entre países de alta renda, mas encontraram melhores perfis de mortalidade infantil nos países que tiveram maior filiação sindical (?) e maior representação feminina na política, indicação de que essas pessoas vivem em um contexto cultural e político mais amplo.

**Impactos nas desigualdades em saúde**

Em nível individual, há claro gradiente social na exposição a menor suporte/apoio social, isolamento social, e baixo nível de controle no trabalho, com aumento da exposição correspondente ao declínio da posição social. Estar desempregado ou viver na pobreza traz riscos aumentados de exclusão social. No estudo do British Whitehall de servidores civis, o baixo nível de controle no local de trabalho contribuía para aproximadamente metade do gradiente social observado em doenças cardiovasculares.

Em um nível populacional, países com sistemas de bem-estar mais coesos tendem a promover uma participação política mais inclusiva, que resulta em desenvolvimento de políticas que beneficiam todos os setores da sociedade. Esses sistemas mais universais, por sua vez, produzem menos inequidade e menores índices de pobreza. O inverso disso – serviços direcionados apenas para os pobres – corre o risco de se tornar um serviço pobre/ruim, como comentou uma vez o cientista social britânico Richard Titmuss.

A qualidade das relações sociais também tendem a ser piores entre grupos de baixa renda. A vida familiar está propensa a ser mais estressada para muitas famílias que tem que lidar com todas as difículdades típicas de pessoas que vivem em relativa pobreza.

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------**

Quadro:

**Opções** **de políticas de inclusão social e comunitária**

As opções de políticas encaixam-se em três principais categorias – reforço do apoio social individual, e promoção horizontal e vertical de interações em populações – como a seguir

- promover saúde adicional e serviços sociais para grupos desprivilegiados/desfavorecidos e comunidades que oferecem apoio emocional aos pais de crianças pequenas e jovens mães

- adotar interações sociais horizontais – ou seja, entre membros da mesma comunidade ou do mesmo grupo – para permitir dinâmicas comunitárias para o trabalho. Essas opções variam entre:

> desencadear iniciativas comunitárias de desenvolvimento que possibilitem que as pessoas trabalhem coletivamente nas prioridades de saúde com as quais se identificam;

> construção de infraestrutura em bairros – criando instalações e espaços de reunião relaxantes, por exemplo – para facilitar que a interação social aconteça.

- fortalecer ou desenvolver sistemas que adotem uma interação social vertical com base em toda a sociedade. São destinadas a criar vínculos verticais entre diferentes grupos do topo à base da escala social, para construir inclusão e total participação política e econômica. A teoria subjecente por trás dessas iniciativas verticais é de que o favorecimento da solidariedade entre todos produz uma sociedade menos dividida, uma sociedade com menos desigualdades e, consequentemente, um acesso mais igualitário aos recursos de saúde. Exemplos a seguir:

> construção de bem estar social inclusivo e de sistemas educacionais em que todos contribuam e todos se beneficiem;

> políticas trabalhistas que busquem integrar todos os grupos sociais no mercado de trabalho;

> iniciativas para fortalecer o processo democrático e facilitar a participação dos desprivilegiados nesse processo.

**Camada 4: políticas relacionadas a estilo de vida pelas lentes da equidade**

Comportamentos pessoais como: fumar, beber, dieta e exercício, tudo influencia na saúde da população e são moldados socialmente, contribuindo para algumas das desigualdades em saúde observadas. Mas antes de que estratégias possam ser idealizadas para reduzir as desigualdades em saúde relacionadas a estilo de vida, as razões pelas quais o estilo de vida é moldado socialmente precisar ser entendidas. Essa seção lista três fatores importantes associados ao estilo de vida e explora para esses fatores opções de políticas através das lentes da equidade.

**Estilos de vida escolhidos individualmente e determinados estruturalmente**

Fatores de risco relacionados a estilo de vida, como fumo de tabaco, abuso de álcool, obesidade, hipertensão arterial, altos níveis de colesterol, estão implicados em pelo menos um terço da carga total de doenças da Europa. Fatores de risco comportamentais, como tabagismo e abuso de álcool, às vezes são retratados como escolhas feitas livremente, assim, as diferenças sociais nos estilos de vida são atribuídas a más escolhas individuais. A estratégia óbvia para reduzir riscos relacionados ao estilo de vida é informar as pessoas sobre os prejuízos à saúde dos diferentes fatores de risco, para que elas sejam motivadas a mudar seus estilos de vida – ou seja, para que façam escolhas mais saudáveis.

A suposição de que os estilos de vida dos diferentes grupos socioeconômicos são escolhidos livremente, contudo, é falho, já que os ambientes sociais e econômicos nos quais as pessoas vivem tem importância crítica na formação de seus estilos de vida. Reconhecer esses estilos de vida determinados estruturalmente destaca a importância de intervenções estruturais na redução de desigualdades sociais em doenças relacionadas a fatores de estilo de vida. Essas intervenções incluem políticas fiscais que aumentem o preço de produtos nocivos e uma legislação que limite o acesso a esses produtos. A opção de promover estilos de vida mais saudáveis é igualmente importante, facilitando a escolha de alternativas mais saudáveis – por exemplo, criando subsídios públicos e aumentando o acesso a alimentos saudáveis e instalações recreacionais.

A importância de uma intervenção estrutural dessas é muito maior entre grupos de baixa renda do que entre os de alta renda. Isso ainda reforça a importância de uma abordagem combinando estrutura e educação em saúde para melhorar a saúde da população em geral e, particularmente, para reduzir as desigualdades sociais em saúde.

1. **Controle do tabagismo**

Fumar aumenta o risco de mortalidade por câncer de pulmão e muitos outros cânceres, doenças cardíacas, infarto e doenças respiratórias crônicas. O tabagismo ainda é o maior fator de risco comportamental na europa, ainda que o predomínio de fumantes diários nos países da Europa Ocidental tenha diminuído substancialmente entre 1990 e 2005.O hábito e fumar mata mais de um milhão de homens e mais de 200.000 mulheres nos países de abrangência do Região Européia da OMS. Os índices de tabagistas entre homens ainda são altos nos países da Europa Central e Oriental e na Comunidade dos Estados Independentes (países que pertenciam à União Soviética). A Federação Russa tem um dos maiores índices do mundo: 61% dos homens russos eram tabagistas em 2004. O índice entre as mulheres é mais baixo, mas aumentou de 9% para 15% em 2004.

Ser fumante passivo tem mais impacto na saúde do que as pessoas pensam. Mais pessoas na Suécia (que tem um dos menores índices de tabagistas entre todos os países europeus) morrem a cada ano por fumar passivamente do que por acidentes de trânsito. Exposição ao ambiente da fumaça do tabaco tem sido associada infecções do trato respiratório inferior, mortes súbitas em crianças, asma, doenças cardíacas isquêmicas e diferentes tipos de câncer. Além de que o tabagismo durante a grávidez aumenta o risco do bebê nascer com baixo peso e de síndrome de morte súbita infantil.

O custo econômico do tabagismo também é muito alto. Por exemplo, um estudo na Hungria estimou que esses custos relacionados ao tabaco representavam uma perda de 3.2% no PIB em 1998. Os custos correspondentes na Alemanha foram estimados em 2% do PIB em 1993. O custo total devido ao tabagismo na União Européia foi estimado entre de €97 e €130 bilhões em 2000, o que corresponde a aproximadamente um valor entre €211 e €281 por pessoa e mais de 1% do PIB regional.

**Impacto nas desigualdades em saúde**

A epidemia européia de tabagismo tem seguido uma tendência comum. Inicialmente, a maioria dos fumantes é encontrada entre homens ricos e depois, com algum atraso, entre as mulheres desse mesmo grupo socioeconômico. A segunda fase da epidemia do tabaco é caracterizada pelo declínio de fumantes em grupos de alta renda e o aumento do número de fumantes em grupos de baixa renda, de novo, primeiro entre os homens e depois entre as mulheres. Durante a terceira fase, o número de fumantes diminui em todos os grupos socioeconômicos, mas essa diminuição é mais rápida entre grupos de alta e média renda e depois entre grupos de baixa renda. O índice de mulheres fumantes entre grupos de baixa renda pode até aumentar ou continuar o mesmo durante esta fase. No norte da Europa, os países alcançaram essa terceira fase de difusão de diferentes classes de fumantes, enquanto no sul da Europa os paises ainda estão, geralmente, em uma das primeiras fases.

Nas regiões Central e Oriental da Europa há um padrão consistente entre homens de uma associação inversa entre condição socioeconômica e o tabagismo, mas esse padrão entre mulheres é menos claro. Por exemplo, na Federação Russa, em 1998, os índices de fumantes entre homens com baixo nível de escolaridade eram duas vezes maior do que entre homens com alto nível de escolaridade. Na Ucrânia, o índice de fumantes entre homens desempregados era 50% maior do que homens que estavam trabalhando. Diferenças ainda maiores foram encontradas nos índices das mulheres ucranianas, em que o índice de tabagistas entre mulheres desempregadas era o dobro do índice entre mulheres que estavam empregadas (2001).

A redução geral do tabagismo na Europa é uma história de grande sucesso na saúde pública e tem sido altamente facilitadas por políticas progressivas de controle do tabaco, que incluem tanto educação em saúde quanto políticas estruturais, assim como altas taxas para o tabaco. O efeito, entretando, tem sido muito menos bem sucedido numa perspectiva de equidade em saúde, considerando que os principais efeitos positivos foram alcançados entre grupos de alta e média renda, resultando em uma ampliação das desigualdades sociais em saúde. Em países como o Reino Unido, os diferenciais sociais entre fumantes explicam agora, estatisticamente, muitas das diferenças observadas, nas diferentes classes sociais, na mortalidade por câncer de pulmão e doenças coronarianas, assim como a ampliação dos diferenciais na mortalidade entre homens de meia idade nos últimos 20 anos.

A dimensão de equidade em fumantes passivos também tem a tendência de ser bastante pronunciada – particularmente, entre crianças – devido ao gradiente social em fumantes e o fato de que as pessoas ainda fumam em lugares fechados quando estão em casa. Alta incidência de fumantes entre mulheres grávidas da classe trabalhadora tem também afetado os índices em que crianças de diferentes classes sociais experenciam os efeitos negativos de fumar passivamente, até mesmo antes de terem nascido. Grupos ocupacionais específicos – por exemplo, pessoas que trabalham em bares e restaurantes – não só tem maior tendência a tornarem-se fumantes, como também tendem muito mais a ficarem expostos a ambientes com fumaça de tabaco do que pessoas que trabalham em outras áreas.

O consumo de tabaco é, então, o maior determinante de desigualdades sociais em saúde na Região Européia. Na União Européia, aproximadamente um terço das diferenças nos índices de mortalidade entre ricos e pobres está relacionado ao tabagismo.

**------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Quadro: Opções de políticas orientadas pela equidade de controle do tabaco**

A *Framework Convention* de Controle de Tabaco adotada pela Assembléia de Saúde Mundial em maio de 2003, que entrou em vigor em fevereiro de 2005, é o maior passo em direção do reconhecimento mundial de que fortes e intensificados esforços são necessários em campanhas e taxação/tributação para reduzir o uso de tabaco. O balanço entre investimentos e esforços feitos pela indústria de tabaco para promover o consumo de tabaco e políticas nacionais e internacionais de saúde publica para reduzir o tabagismo está, contudo (mesmo pela perspectiva européia), ainda a favor de políticas prejudiciais à saúde, conduzidas por interesses comerciais. Dentro de tal retrato da situação do controle do tabaco, em geral, as seguintes opções de políticas tem grande importância, particularmente do ponto de vista da equidade.

- formular metas de controle de tabaco especificando mudanças desejadas separadas por grupos socioeconômicos e gênero. Os objetivos das políticas e dos programas de controle do tabaco são, atualmente, expressos como redução do consumo de tabaco na população como um todo. Metas específicas orientadas pela equidade para reduções acima da média do uso de tabaco entre grupos de baixa renda e diminuições das desiqualdades sociais em doenças relacionadas ao uso de tabaco devem ser acrescentadas. Esses dois tipos de metas de equidade são muito importantes para os países em estágios iniciais da epidemia do tabaco, para evitar tendências negativas do aumento da desigualdade, já que as políticas de controle de tabaco reduzem o consumo da população como um todo.

- manter o preço do tabaco alto através das tributações. Aumentar as taxas do tabaco tende a ser a melhor intervenção do ponto de vista de custo efetivo – como também, da perspectiva da equidade. Particularmente, esse é o caso de países com altos índices de consumo de tabaco, como os países da Europa Central e Oriental. Essa estratégia aumenta o rendimento de impostos e, ao mesmo tempo, reduz o hábito de fumar da população. Foi estimado que para cada aumento real de 10% no preço devido à taxação do tabaco, o consumo do tabaco cai entre 2% e 10%. Estudos também indicam que o impacto é relativamente maior em fumantes jovens, em fumantes com baixa renda e, possivelmente, em mulheres.

- introduzir proibições compreensivas nas propagandas. As propagandas tem maior influência nos jovens, e comerciantes de tabaco, em alguns países, tem adotado táticas de alcançar especialmente áreas desfavorecidas com promoções de tabaco.

- analisar profundamente as implicações de políticas prejudiciais à saúde desenvolvidas por empresas de tabaco quando alcançam a população como um todo e quando alcançam especificamente a população de jovens e de grupos mais desprivilegiados. Implementar ações rígidas quando companhias de propaganda de tabaco violarem a regulamentação de controle.

- intensificar os esforços de controle de tabaco nos locais das populações de baixa renda. Devido ao fato de que, nos países da Europa, a maioria dos fumantes está localizada nessas regiões, é importante priorizar essas áreas em termos de recursos financeiros para serviços de estruturas de cuidado em saúde primária, programas de educação em saúde para grupos de alto risco (incluindo mulheres grávidas) adaptados para gêneros específicos, articulação de programas de controle de tabaco com sindicatos e locais de trabalho com grandes proporções fumantes. Esses esforços devem ser baseados em uma profunda análise da razão pela qual o alto consumo de tabaco permanece apesar do conhecimento geral de que fumar constitui o maior risco à saúde.

- promover o conceito de bebês livres de fumo. O fumo passivo pelo feto durante a gravidez tem efeitos negativos em longo prazo, incluindo o risco de nascer com baixo peso, que está relacionado ao risco aumentado para desenvolver outras doenças posteriormente. O maior componente em todas as estratégias para reduzir desigualdades sociais em saúde deve, portanto, ser para convencer e apoiar mulheres a pararem de fumar durante a gravidez. Para ajudar mulheres que vivem em condições desprivilegiadas, que são as que tem mais dificuldade de abandonar o cigarro, tanto iniativas a montante quanto a jusante são necessárias. Políticas a montente incluem medidas para melhorar condições materiais das mulheres que vivem com dificuldades, melhorando o apoio financeiro a famílias com crianças pequenas e removendo obstáculos para o trabalho. Políticas a jusante incluem medidas diretas para restringir o fornecimento e a promoção do tabaco, e apoio prático às mulheres que estão tenatndo parar de fumar.

- desenvolver serviços de apoio singularizados para parar de fumar. A evidência de que intervenções para ajudar as pessoas a pararem de fumar são efetivas é atraente, mas os efeitos em diferentes grupos socioeconômicos são menos claros. Uma análise de 16 estudos recentes em grupos de baixa renda encontrou que metade dos programas para ajudar a parar de fumar demonstrou sucesso. Isso convida a dedicar maiores esforços ao desenvolvimento de mais programas focados em questões singulares de gênero para ajudar pessoas a pararem de fumar que busquem explicitamente a diminuição do número de tabagistas entre grupos de baixa renda.

- desenvolver e reforçar uma estrutura legal que garanta ambientes de trabalho, instituições públicas e restaurantes livres de tabaco.

1. **O abuso de álcool**

**Impacto geral na saúde**

No mundo todo, o abuso de álcool causa 1.8 milhões de mortes por ano e está implicado com 20-30% de câncer de esôfago, doença hepática, epilepsia, acidentes em veículos e danos intencionais, incluindo homicídio. Num contexto europeu, álcool é o maior determinante de prejuízo na saúde e morte prematura. O consumo excessivo de álcool nas áreas centrais e ocidentais da Região Européia foi identificado como o principal fator que promoveu o declínio da expectativa de vida experienciado na década de 90. Álcool também gerou diferenças significativas de mortalidade entre gêneros, já que contribuiu com o aumento da mortalidade entre homens de meia idade. Nove países nas regiões Central e Oriental da Europa têm os maiores índices mundiais de doenças relacionadas ao consumo de álcool. A OMS estimou que nos países da Europa Oriental o álcool contribui para 50-75% de todos os casos de afogamento, câncer de esôfago, homicídio, danos acidentais, acidentes em veículos motorizados, cirrose no fígado.

Na Região Européia, contudo, as diferenças entre países são bem significativas. A taxa de doenças atribuída ao abuso de álcool na Europa varia de 3% a 4% em países como Grécia, Israel, Noruega, Suécia e Turquia até acima de 15% na Estônia, Letônia e Federação Russa, ou até mesmo 20% na Moldávia. A magnitude da mortalidade relacionada ao álcool na Rússia foi destacada no mandato do presidente Putin em 2005, quando ele disse “todo ano na Rússia 40.000 morrem apenas por intoxicação de álcool”.

**Impacto nas desigualdades em saúde**

O padrão de abuso de álcool na Europa é complexo e difere de acordo com o gênero. Alguns países tem um gradiente social entre homens, com índices de aumento no consumo excessivo de bebida alcoólica relacionado ao declínio de posição socioeconômica, enquanto outros países mostram índices similares ao longo do espectro social. Em um estudo de 11 países da União Européia, índices de abuso de álcool foram significativamente maior entre homens com baixo nível de escolaridade na Grécia, na Irlanda e em Portugal – países que também tiveram os maiores índices de abuso de álcool na população em geral. No mesmo estudo, índices de consumo excessivo de álcool foram muito menores entre as mulheres do que entre os homens em todos os 11 países, e houve diferença significativa entre os grupos com diferentes níveis de escolaridade.

Nos países do centro e do leste da Região Européia, o consumo de álcool entre homens demonstra fortes tendências sociais. Na Federação Russa, por exemplo, 40% dos homens do quinto mais pobre da população relataram consumo diário de bebida em comparação aos 22% do segundo grupo mais pobre e 12-13% das porções mais ricas da população que são cobertas por muitos países da Europa Central e Oriental e da Comunidade dos Estados Independentes, concluindo que situações econômicas ruins estão fortemente associadas ao aumento do consumo de álcool e padrões de bebida de maior risco. Na revisão, foi considerado que fatores psicossociais exercem um papel crucial no desenvolvimento de desigualdades sociais observadas na saúde. Também, o estudo estabeleceu, “o álcool deve ser uma das maiores condutas através da qual o estresse psicossocial é traduzido em prejuízo à saúde e maior taxa de mortalidade”,

Uma nova trajetória de desigualdades em saúde relacionadas ao consumo de álcool está se tornando evidente. Para um dado nível de consumo excessivo de bebida, o dano à saúde causado pelo álcool pode ser maior para trabalhadores manuais do que para outros profissionais. Por exemplo, na Suécia, doenças e lesões relacionadas ao consumo de álcool foram 2 ou 3 vezes maior entre trabalhadores manuais do que entre servidores civis, mesmo quando o consumo de álcool foi similar. Particularmente, homens trabalhando em funções manuais que não necessitam de qualificação profissional parece ter aumentado suscetivelmente os efeitos danosos so álcool. Esse efeito diferencial pode ser explicado por diferentes hábitos de consumo de bebida e redes de proteção social. Em alguns países, trabalhadores não qualificados que fazem abuso de álcool tendem a beber excessivamente aos finais de semana (binge), enquanto servidores civis que tem o mesmo nível de abuso de álcool tendem a distribuir seu consumo mais uniformemente ao longo da semana. O binge de bebida alcoólica é mais comum entre grupos de baixa renda do que em grupos de alta renda, ilustrado por países como Armenia, Bielorrússia, Geórgia, Kazaquistão, Quirguistão, Moldávia e Federação Russa.

Os hábitos de consumo de bebida de pessoas que fazem trabalhos manuais podem ser mais desgastante para o corpo e mais suscetíveis a causar acidentes e outros danos, por conta da natureza de seu trabalho. Também, as redes sociais no trabalho e em casa tendem a amortecer e reduzir os efeitos danosos do abuso de álcool mais entre funcionários civis e menos entre trabalhadores manuais. Um funcionário civil que chega bêbado ao trabalho está mais propenso a receber apoio de buscar ajuda profissional para tratamento de vício em álcool, enquanto um trabalhador braçal que chega embriagado ao trabalho corre grande risco de ser demitido de sua função. Esse trabalhador, então, está mais propenso a vivenciar um ciclo vicioso de saúde prejudicada devido ao desemprego, ao estresse econômico, ao aumento de problemas sociais e também aumento do consumo de álcool.

Quanto do gradiente social de mortalidade é explicado pelo abuso de álcool? Isso varia muito de país para país. Na Finlândia, onde há altos índices de consumo excessivo de bebida alcoólica, a mortalidade relacionada ao álcool representa 14% das desigualdades sociais observadas em mortalidade entre homens, 4% entre mulheres, e 24% e 9% dos diferenciais sociais na expectativa de vida, respectivamente, para homens e mulheres.

Há, assim, um efeito negativo duplo no aumento de desigualdades sociais devido ao consumo excessivo de álcool: homens em condições socioeconômicas mais baixas tendem a beber mais do que o resto da população e também tende a sofrer mais impactos prejudiciais à saúde por um dado nível de uso excessivo. A extensão em que o uso abusivo de álcool explica o gradiente social em mortalidade e morbidade varia de país para país.

**Quadro: Opções de políticas de álcool orientadas para a equidade**

Políticas de álcool, em todos os níveis – internacional, nacional e local – precisam ser singularizadas de acordo com gênero, já que claramente as principais questões são diferentes entre os sexos feminino e masculino. As políticas também precisam integrar uma perspectiva de equidade em saúde nos programas gerais, para visar o abuso do álcool. Opções de políticas para essa integração encontram-se a seguir.

- desenvolver ou manter políticas fiscais sobre o preço e o acesso ao álcool. A política mais efetiva para diminuir o consumo de álcool é aumentar o custo e limitar a acessibilidade. Essa é uma das principais razões pelas quais países como a Suécia, com alta política fiscal e restrições de acesso em meados da década de 90, tiveram os menores índices de doenças e prejuízos relacionados ao consumo de álcool no contexto da Europa Ocidental. A ferramenta do preço é de extrema importância para reduzir desigualdades em saúde, considerando os impactos diferenciais na saúde por abuso de álcool descritos anteriormente.

- Combater causas a montante de abuso de álcool na sociedade – por exemplo, o desemprego e a exclusão social disparam problemas com bebida. Desenvolver sistemas de apoio social no trabalho e na comunidade, para reduzir impactos danosos a saúde adicionais do abuso de álcool experenciados tipicamente em grupos de baixa renda.

- analisar políticas implícitas prejudiciais à saúde promovidas pela indústria do álcool e por acordos internacionais que tratam o álcool como mais um produto no mercado comercial.

- advogar acordos internacionais para promover políticas de saúde pública para o controle do álcool da mesma forma como são cada vez mais aceitos acordos para o controle do tabaco. O inverso – uma política de baixos impostos e muito poucas restrições de acesso ao álcool – é mais lucrativo de uma perspectiva comercial, já que é uma política que aumenta o consumo. Uma tendência aparentemente presente na União Européia é de que esses interesses comerciais são mais importantes do que questões de saúde pública. Consequentemente, países como a Suécia tem que liberalizar restrições de importação e considerar reduzir as altas taxas do álcool.

- Desenvolver programas de educação em saúde singulares. Campanhas com informações isoladas sobre saúde geral que focam nos efeitos negativos do abuso de álcool tendem a apresentar efeitos mais limitados. É irrealista acreditar que os efeitos danosos à saúde causados pela diminuição do preço e pelo aumento do acesso ao álcool podem ser neutralizados pela intensificação de informações sobre os riscos associados ao alto consumo de álcool. Contudo, programas singularizados de educação em saúde para aqueles que estão expostos aos maiores riscos, combinados a políticas estruturais para limitar o acesso ao álcool, podem ser efetivos. Esforços maiores devem ser realizados para alcançar adolescentes, mulheres gestantes e supervisores de locais de trabalho.

**------------------------------------------------------------------------------------------------------**

1. **Nutrição, atividade física e obesidade**

**Impacto em saúde geral**

Dietas pouco saudáveis com muita gordura e açúcar e poucos vegetais e frutas constitui, junto com pouca atividade física, maiores e crescentes determinantes importantes para saúde prejudicada e morte prematura por toda Europa. Sobrepeso e obesidade – ou seja, ter um IMC de 30 ou mais – matam estimadamente 320.000 homens e mulheres em 20 países da Europa Ocidental todo ano. O índice de obesidade em algumas regiões da Europa Oriental também é alto e cresceu triplamente desde 1980. A prevalência da obesidade alcançou 20-30% entre adultos em muitos países europeus, com índices que vem crescendo entre crianças. O Escritório Regional da OMS Europeu estimou que aproximadamente um terço das doenças cardiovasculares está relacionado a nutrição desbalanceada e que 30-40% dos cânceres poderiam ser prevenidos com dietas melhores. Um relatório à Cúpula União Europeia de Debate em Inequidades em Saúde, em outubro de 2005, concluiu que “a obesidade está na iminência de se tornar uma epidemia em muitos países europeus”. Reciprocamente, determinadas dietas, quando associadas a maiores atividades físicas, podem ajudar a proteger a saúde. Por exemplo, evidências acumuladas indicam que uma dieta rica em frutas e vegetais pode ajudar a prevenir tanto doenças maiores, como cardiovasculares e certos cânceres, quanto doenças do sistema digestório. A OMS estima que o aumento em duas ou quatro vezes no consumo de frutas e vegetais, nas regiões norte e central da Europa, por exemplo, poderia diminuir a taxa total de doenças em até 4.3% entre homens e 3.4% entre mulheres na Região Europeia. Atividade física regular também reduz o risco de doenças cardiovasculares, alguns cânceres e diabetes tipo II (não insulino dependente). Os maiores índices de inatividade física encontram-se em países da Europa Oriental, onde essa inatividade é a causa de 8-10% de todas as mortes, comparado a 5-8% em outros países europeus.

**Impacto nas inequidades em saúde**

Inequidades em saúde devido a diferenças em dieta são muito óbvias em populações pobres que não conseguem comprar comida suficiente para evitar subnutrição. Mas inequidades devido a diferenças de alimentatação também são encontradas em países de alta renda, e desde o início da vida. Mulheres do mais baixo nível da escala social no Reino Unido, por exemplo, tem tendência significativa de não amamentar seus bebês. Isso aumenta cinco vezes o risco dessas crianças serem internadas em hospitais por infecções requentes durante o primeiro ano de vida.

Após a infância, dietas pouco saudáveis, pouco exercício físico e obesidade estão frequentemente associados uns aos outros e também ligados a uma lista de fatores de risco muito mais comum em populações de baixa renda, comparado a populações mais ricas. Por exemplo, na União Europeia, famílias de baixa renda tem os menores consumos de frutas e vegetais. Mulheres de classes sociais mais baixas em países da Europa Oriental correm um risco particular de consumir poucas frutas e vegetais.

Atividades físicas de lazer são menos comuns entre grupos de classes socioeconômicas mais baixas, comparadas às classes mais altas. Na Suécia, por exemplo, é duas vezes mais comum em pessoas com baixo nível de escolaridade não terem atividades físicas de lazer comparadas às pessoas com alto nível de escolaridade.

O gradiente social para pessoas obesas na Região Europeia está relacionado ao nível econômico de desenvolvimento. Em países de menor renda, como Azerbaijão e Uzbequistão, obesidade é mais comum em grupos mais ricos da população. Há então uma mudança para mais pessoas obesas entre grupos de classes sociais mais pobres em países como República Tcheca e Polônia. A obesidade também aumentou na Estônia, mas um gradiente social significativo só foi encontrado entre mulheres. A associação inversa entre renda e obesidade é muito pronunciada em vários países da Europa Ocidental, países com gradiente social exorbitante tanto para homens como para mulheres, como Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Países Baixos e o Reino Unido. Encontramos pequenas diferenças sociais em pessoas com sobrepeso em países do sul da Europa, como Grécia, Portugal e Espanha.

Obesidade em crianças com pais de baixo nível educacional é encontrada em vários países da Região Europeia. Na República Tcheca, por exemplo, crianças filhas de pais com menor nível de escolaridade tem uma tendência duas vezes maior de desenvolver obesidade do que filhos de pais com alto nível educacional.

Saindo de obesidade na infância para o extremo oposto da escala, subnutrição ainda é um problema em muitos países do território europeu – particularmente nos países da Europa Oriental e da Comunidade de Estados Independentes. A taxa de subnutrição nessa porção do território é vivenciada pelos pobres e aumentou após o fim da União Soviética. Por exemplo, a subnutrição aumentou entre a população muito jovem e a população idosa na Federação Russa entre 1992 e 2000. A prevalência de nanismo entre crianças de 2 a 6 anos de idade aumentou até 2000, quando houve alguma melhora. O aumento no número de adultos jovens abaixo do peso foi de 77% entre 1992 e 2003. No Azerbaijão. 11% do quinto mais pobre da população estava desnutrida em 2001, comparado a 8% do quinto mais rico da população (que ainda é uma prevalência alta).

Dado o impacto na saúde geral desses fatores de risco e dados os padrões sociais, promover dietas mais saudáveis e mais atividades físicas entre grupos populacionais de baixa renda é de grande importância – também da perspectiva da equidade.

**Quadro: Opções de políticas orientadas pela equidade para dietas e atividades físicas**

A dimensão da equidade em saúde é frequentemente negligenciada, mesmo quando esforços compreensivos são empreendidos para promover melhores dietas e mais exercício físico. Isto pode ser devido, em parte, à pesquisa bastante limitada sobre as causas que geram as desigualdades sociais observadas na dieta, exercício físico e obesidade. Também, os determinantes estruturais desses estilos de vida raramente são levados em consideração. Nessa situação, apenas campanhas de educação em saúde geral tendem a ser pouco efetivas entre aqueles que apresentam os maiores riscos, enquanto investimentos públicos em instalações de recreação beneficiam primeiramente grupos mais ricos da população que não necessitam desses investimentos. Mesmo quando valores médios para a população em geral indicam melhoras, como dietas saudáveis e mais atividades, a divisão em saúde tende a ampliar enquanto hábitos mais saudáveis são encontrados primeiramente entre os grupos mais privilegiados da população.

O desafio é iniciar políticas e ações que tenham efeitos mais positivos entre os que estão em piores condições na sociedade. A base essencial para essas estratégias devem ser a realidade vivida e interesses expressos por grupos de baixa renda. Os exemplos seguintes ilustram o que isso pode significar na prática.

- Realizar avaliações sobre o impacto da equidade em saúde nas principais políticas agrícolas europeias para monitorar se elas estão ajudando ou prejudicando o acesso a uma alimentação saudável para os grupos de baixa renda. Determinados componentes da Política Agrícola Comum da UE (PAC), por exemplo, criaram barreiras para uma dieta mais saudável. Uma análise recente do PAC de impacto na saúde, realizada pelo Instituto Nacional de Saúde Pública da Suécia, concluiu que essas políticas "prejudicam a obtenção de modificações de estilo de vida que reduzem o risco de obesidade, doença cardíaca coronariana, diabetes do tipo II, câncer e problemas sociais e médicos relacionadas com o álcool - doenças que causam mais de 70% de todas as mortes na região da UE". Isso ocorre porque o PAC limita o consumo de frutas e legumes entre os grupos de baixa renda, aumentando o preço, e, ao mesmo tempo, oferece incentivos para o consumo de gorduras animais a partir de produtos lácteos. Essas avaliações devem, portanto, serem seguidas por um plano de ação para a promoção de uma dieta mais saudável, para serem consideradas pelos órgãos políticos e profissionais responsáveis. As decisões, tomadas ou não, devem ser revistas periodicamente, analisadas e amplamente divulgadas, para tornar as políticas tanto saudáveis e não saudáveis explícitas.

- Desenvolver estratégias nacionais orientadas pela equidade para promover e facilitar a dietas mais acessíveis e saudáveis e maiores possibilidades de atividades físicas de lazer diárias. A implementação dessas estratégias devem incluir avaliações periódicas da prevalência de dietas pouco saudáveis e a falta de atividades físicas no lazer, bem como a taxa de desnutrição e obesidade por grupo socioeconômico. Esforços especiais devem então ser feitos para identificar Esforços especiais devem então ser feita para identificar forças motrizes por trás da tendência aumentada da obesidade na população em geral e em grupos de baixa renda, em particular.

- Trabalhar com a indústria de alimentos e empresas de refeição para melhorar a qualidade nutricional dos alimentos processados.

- Fornecer almoços escolares grátis de uma boa qualidade e restringir o acesso a alimentos menos saudáveis e doces nas instalações da escola.

- Aumentar a disponibilidade e acessibilidade de frutas e legumes, bem como outros produtos de baixo teor de gordura - em particular, em áreas de baixa renda.

- Elevar o apoio financeiro dado a famílias de baixa renda com crianças, para torná-lo possível para eles para escolher uma dieta saudável.

- Desenvolver programas de informação de saúde de dietas saudáveis sob medida, para grupos-alvo específicos. Estas devem ser acompanhadas de mudanças estruturais que facilitam a mudança na dieta. Por exemplo, o Sindicato dos Trabalhadores na Suécia iniciou um programa desse tipo para os motoristas de caminhão. Além de informações para os motoristas e suas famílias, o programa inclui pratos alternativos, mais saudáveis nos locais para comer ao longo das principais estradas, muitas vezes frequentadas pelos motoristas.

- Introduzir ou manter regras e controles rígidos sobre publicidade e promoções que têm como alvo as crianças e promover o consumo de alimentos considerados menos saudáveis (alimentos e doces ricos em gordura, açúcar ou sal, ou ambos).

- Priorizar investimentos públicos em instalações de recreação para as zonas desfavorecidas. Facilitar as atividades para renovar recreios escolares e pré-escolares, de modo que eles inspirem jogo, movimento e recreação ao ar livre. Além disso, deve ser dada especial atenção aos interesses das crianças obesas.

- Monitorar periodicamente o progresso, por meio do cálculo de investimentos públicos ou subsídios por pessoa, em instalações recreativas em melhor situação e em áreas menos privilegiadas. No que diz respeito à atividade física, realizar pesquisas que mostram o uso de diferentes instalações em áreas menos privilegiadas, pelo fundo social e pelos hábitos anteriores.

1. Na linguagem figurada, as locuções adverbiais “a montante” e “a jusante” são usadas para se referir a acontecimentos antes (a montante) ou depois (a jusante) de uma determinada data. Esses termos são empregados em diversas áreas, em especial nas ciências exatas. [↑](#footnote-ref-1)